

реи показаны увеличение дозы полиферментных препаратов (до 150 000 ЕД FIP/сут и более из расчета активности панкреатической липазы) и дополнительное применение смесей для энтерального питания в качестве добавки к пище (пептамена, нутризона и др.). При неэффективности увеличения дозы ферментов целесообразно добавлять к схеме лечения ИПП (рабепразол в дозе 10–20 мг/сут).

Для улучшения кровотока в ПЖ показан курсовой прием пентоксифиллина. В случае развившейся инкреторной недостаточности больному показаны наблюдения эндокринолога с регулярным контролем уровня гликемии и назначением соответствующей диеты и гипогликемических средств (по показаниям). При расстройствах сна назначают транквилизаторы (диазепам, фенотепам), гипнотики (золпидем, зопиклон).

При компенсации хронического процесса, благоприятной динамике и отсутствии обострений в течение 5 лет больные с ХП могут быть сняты с диспансерного наблюдения. Это, как правило, относится к больным с так называемыми вторичными ХП, если устранена причина (холелитиаз, стеноз БДС и др.). Больные с ХП с экскреторной и инкреторной недостаточностью, перенесшие оперативное вмешательство на ПЖ, подлежат пожизненной (бессрочной) диспансеризации.

На всех этапах медицинской реабилитации к работе с больными с ХП следует привлекать психотерапевта и медицинского психолога.

Информация для пациента

Больного следует проинформировать относительно природы его заболевания, вероятных осложнений и необходимости изменения образа жизни, диеты, соблюдения схемы лечения, диагностических и лечебных мероприятий.

Прогноз

При ХП, в отличие от ОП, отсутствуют какие-либо общепринятые прогностические критерии. Прогноз для жизни больного при ХП зависит от возможного развития осложнений, требующих хирургического вмешательства с высокой интра- и послеоперационной летальностью. Считают, что десятилетняя выживаемость больных с алкогольным ХП составляет 80% при условии прекращения приема алкоголя и снижается более чем в 2 раза, если пациент продолжает употреблять алкоголь. Прогноз в отношении качества жизни зависит от развития хронической боли и тяжести внешнесекреторной и инкреторной недостаточности ПЖ в исходе заболевания.

Глава 13

Заболевания желчевыводящих путей и печени

ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Определение

Дискинезии желчевыводящих путей включают все заболевания, связанные с нарушением моторики билиарного тракта, независимо от этиологии. Проявления этих заболеваний:

- ♦ дисфункция желчного пузыря;
- ♦ дисфункция сфинктера Одди.

Как и другие функциональные заболевания ЖКТ, функциональные заболевания желчевыводящих путей имеют интермиттирующее течение. Одна из трудностей диагностики функциональных расстройств билиарного тракта состоит в том, что даже объективно выявляемые нарушения часто не коррелируют с проявлением клинических симптомов.

Дисфункция желчного пузыря

Дисфункция желчного пузыря — это расстройство сократимости желчного пузыря (опорожнения или наполнения), которое проявляется болью билиарного типа. Причиной дискинезии желчного пузыря могут выступать сужение пузырного протока, мышечная гипертрофия, хронические воспалительные заболевания желчного пузыря.

Эпидемиология

Распространенность дисфункции желчного пузыря неизвестна. Среди пациентов, не имеющих УЗ-признаков ЖКБ, с сохраненным желчным пузырем, билиарную боль отмечают у 7,6% мужчин и 20,7% женщин.

Патогенез

Патофизиологические изменения:

- ♦ патология гладкомышечных клеток желчного пузыря;
- ♦ снижение чувствительности к нейрогормональным стимулам;
- ♦ нарушение координации желчного пузыря и пузырного протока;
- ♦ повышение сопротивления пузырного протока.