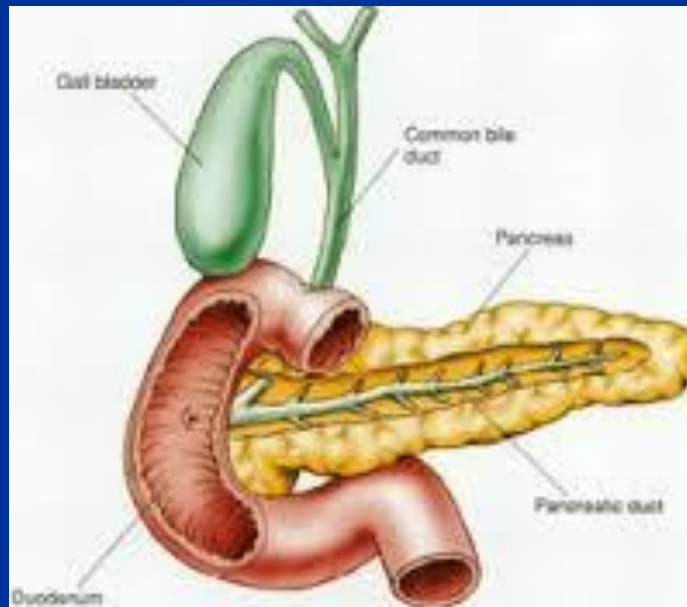


# БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

## КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПИИ

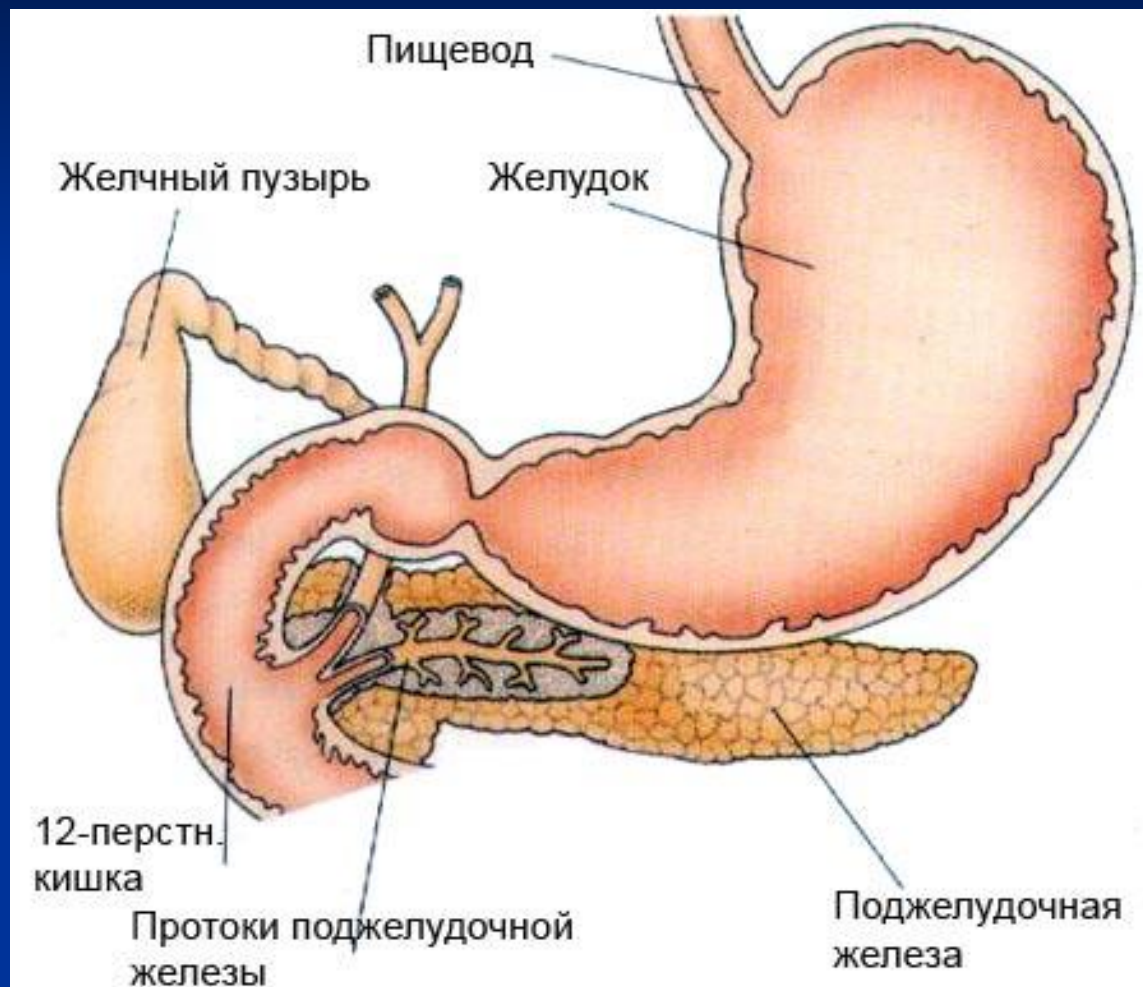
ЛЕКЦИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ  
ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО

# ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ



2020 г

# ТОПОГРАФИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



- **П/ж** залегает в забрюшинном пространстве, располагаясь поперечно на уровне тел I-II поясничных позвонков, прилегая к солнечному сплетению.
- **Длина п/ж** взрослого человека 14-22 см, **ширина** – 3-9 см (в области головки), **толщина** – 2-3 см.

# ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- **Хронический панкреатит (ХП)** - хроническое воспалительно-дистрофическое заболевание поджелудочной железы (**п/ж**), приводящее к нарушению проходимости ее протоков, склерозу паренхимы, нарушению экзокринной и эндокринной функций.

- **Хронический панкреатит** – длительное воспалительное заболевание **п/ж**, проявляющееся необратимыми морфологическими изменениями, которые вызывают боль и/или стойкое снижение функции  
**(Клинические рекомендации МЗ РФ, 2016)**

# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- **Заболеваемость ХП** в России составляет 27,4 – 50 случаев на 100 тыс. населения, в развитых странах Европы – 5-10 случаев
- За последние 30 лет выросла в 2-3 раза
- Средний возраст больных 35-50 лет
- **Высок риск рака п/ж (при ХП развивается чаще в 5 раз)!**
- **За 20 лет умирают 50% больных ХП (от с-г и других осложнений), составляя 11,9%**

# ЭТИОЛОГИЯ

1. **Злоупотребление алкоголем** (в 60 – 70% случаев) Употребление этанола в суточной дозе 60-80 мл на протяжении 10 лет приводит к развитию ХП у 90% лиц. Для прогноза можно использовать Паддингтонский алкогольный тест (ПАТ).
2. **Болезни желчевыводящей системы**, чаще ЖКБ (в 25 – 40% случаев)
3. **Заболевания 12-перстной кишки и Фатерова соска** (пенетрация язвы в п/ж, дуоденит, опухоль. рубцы и др.) в 10%
4. **Алиментарный фактор** (обильная жирная и острая пища или ограниченное содержание Б и Ж в пище)

5. **Влияние медикаментов и токсинов** (антибиотики, цитостатики, НПВС и др., ХПН)
6. **Гиперлипидемия, гиперкальциемия**
7. **Курение** (сопоставимо с влиянием алкоголя)
8. **Вирусная инфекция** (вирус гепатита В, инфекционного паротита)
9. **Нарушения кровообращения в п/ж** (атеросклероз, тромбозы, васкулиты)
10. **Перенесенный острый панкреатит**
11. **Наследственный ХП**
12. **Аутоиммунный ХП** (изолированный, ассоциированный с ПБЦ и др.)
13. **Идиопатический ХП**



# Современные представления об этиологии ХП отражает классификация **TIGAR-O** (2001)

**T**-токсико-метаболический

**I**-идиопатический

**G**-генетически обусловленный

**A**-аутоиммунный

**R**-рецидивирующий острый

**O**-обструктивный

## Причины паренхиматозного панкреатита



ЗЛУОПЮТРЕБЛЕНИЕ  
АЛКОГОЛЕМ



НЕРЕГУЛЯРНОЕ  
ПИТАНИЕ



КУРЕНИЕ



ЖИРНАЯ, ОСТРАЯ  
И СОЛЕНАЯ ПИЩА



НЕХВАТКА  
ВИТАМИНОВ



НЕХВАТКА  
БЕЛКОВОГО ПИТАНИЯ



ЧАСТЫЕ СТРЕССЫ



ОТРАВЛЕНИЯ СОЛЯМИ  
ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ



ИНФЕКЦИОННЫЕ  
ЗАБОЛЕВАНИЯ

# ПАТОГЕНЕЗ КАЛЬЦИФИРУЮЩЕГО АЛКОГОЛЬНОГО ХП, НАСЛЕДСТВЕННОГО, ИДИОПАТИЧЕСКОГО

## ■ Под влиянием этиологических факторов:

- Нарушение продукции секретина и холецистокинина в С0 12-п.к., регулирующих объем и состав панкреатического сока (↑ концентрации белка, образующего пробки в просвете протоков)
- Блокада алкоголем секреции **белка литостатина**, препятствующего осаждению солей кальция в белковые пробки
- Образование в протоках железы нерастворимых белково-кальциевых преципитатов, камней → воспаление п/ж

## При билиарнозависимом обструктивном ХП:

- Затекание желчи в общий проток поджелудочной железы
- Повышение давления в протоках п/ж
- Внутрипротоковая активация ферментов (трипсина, протеазы и липазы) и самопереваривание железы
- Развитие воспаления, а затем фиброза поджелудочной железы
- Выход ферментов в окружающие п/ж ткани и кровь → **панкреонекроз и панкреатический шок**

# При аутоиммунном ХП

- Развивается склерозирующий панкреатит с лимфоплазмочитарной инфильтрацией тканей

- Происходит **активация калликреин-кининовой, свертывающей и фибринолитической систем** – развитие тромбозов, кровоизлияний, некрозов
- **Аллергические и иммунологические механизмы** способствуют хронизации процесса

# Классификации ХП

## ■ По МКБ-10 пересмотра:

К 86 - Другие болезни поджелудочной железы

К 86.0 -Хронический панкреатит алкогольной этиологии

К 86.1 -Другие хронические панкреатиты

К.86.3 -Киста поджелудочной железы

К.86.3 - Псевдокисты поджелудочной железы

# КЛАССИФИКАЦИЯ ХП

## Марсельско-Римская (1988)

- **Кальцифицирующий** (49 – 90% всех ХП)
- **Обструктивный** (при ЖКБ, стенозе Фатерова сосочка)
- **Фиброзно-индуративный** или воспалительный
- **Хронические кисты и псевдокисты железы**



В России принята классификация ХП  
**В.Т. Ивашкина** и соавт. (1990)

## **По морфологическим признакам:**

- интерстициально–отечный
- паренхиматозный
- фиброзно–склеротический  
(индуративный)
- гиперпластический (псевдотуморозный)
- кистозный

## По этиологии:

- алкогольный
- билиарнозависимый
- дисметаболический
- инфекционный
- идиопатический
- аутоиммунный
- лекарственный

# По клиническим проявлениям

- Болевой
- Диспептический
- Сочетанный
- Латентный
- Особая форма – **псевдотуморозная**

# По течению

- Редко рецидивирующий
- Часто рецидивирующий
- С постоянной симптоматикой ХП

# Осложнения ХП

1. Острый панкреатит (панкреонекроз)
2. Рак поджелудочной п/ж (аденокарцинома)
3. Формирование кист и псевдокист п/ж – вследствие разрушения протоков п/ж и последующего скопления секрета
4. Панкреатический сахарный диабет
5. «Ферментативный» холецистит
6. Левосторонний экссудативный плеврит
7. Абсцесс п/ж
8. Портальная гипертензия

# Клинические стадии ХП

- I. **Преклиническая стадия** – случайно выявляется, чаще при УЗИ или КТ ОБП
- II. **Стадия начальных проявлений** – частые обострения в течение 4-7 лет
- III. **Стадия выраженных клинических проявлений** (постоянная боль, яркие признаки экзо- и эндокринной недостаточности)
- IV. **Атрофия поджелудочной железы** (боль менее выражена, выражена экзо- и эндокринная недостаточность п/ж, может развиваться СД, рак п/ж)

- Стадии не характерны для аутоиммунного ХП, могут проявляться индивидуальным течением и при других формах ХП

# КЛИНИКА ХП. ЖАЛОБЫ

## I. ВЕДУЩИЙ СИНДРОМ – БОЛЕВОЙ В 80-90% СЛУЧАЕВ

### Локализация боли:

- при поражении головки п/ж – **в зоне Шоффара**
- при поражении тела п/ж – **в эпигастрии**
- при поражении хвоста – **в левом подреберье**
- при тотальном поражении п/ж боль носит **опоясывающий характер**
- **Боль обычно иррадирует в спину, левую лопатку, плечо**



# ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА

- Боли провоцируют** обильная еда, особенно жирная, жареная, острая пища, прием алкоголя и другие триггеры (пусковые факторы)
- боль появляется или усиливается через 30-40 мин после приема пищи
  - натошак боли стихают, нередко больные голодают и теряют в весе
  - боли могут быть давящими, тупыми, сверлящими, более выражены в положении лежа и уменьшаются в положении сидя с наклоном туловища вперед

# Характерное положение больного ХП при болях





# II. Диспептический синдром

- повышенное слюноотделение, отрыжка воздухом или съеденной пищей, тошнота, «пустая» рвота, потеря аппетита, отвращение к жирной пище, вздутие живота
- **похудание** - вследствие ограничений в еде, а также в связи с нарушением внешнесекреторной функции п/ж
- **поносы, стеаторея, вздутие живота** - при внешнесекреторной недостаточности п/ж

# Метеоризм



# Быстрый стул после еды



# Характер кала при панкреатической стеаторее

- Кал кашицеобразный, обильный, 3-6 раз в сутки, зловонный, с жирным блеском, плохо смывается с унитаза, содержит непереваренные частицы пищи
- Нарушаются процессы кишечного пищеварения (**синдром мальдигестии**), развивается избыточный микробный рост в тонкой кишке

# ОБЪЕКТИВНО:

- **Сухость кожи, бледность – при анемии**
- **Дефицит массы тела**
- **Симптом «рубиновых капелек» (симптом Тужилина)** - наличие рубиновых пятнышек на коже живота, груди, спины (сосудистые микроаневризмы)
- **положительный симптом Гротта** - атрофия подкожно-жировой клетчатки в области проекции п/ж на переднюю брюшную стенку, слева от пупка



# Симптом «рубиновых капелек» – пятен Тужилина- сосудистые минианевризмы



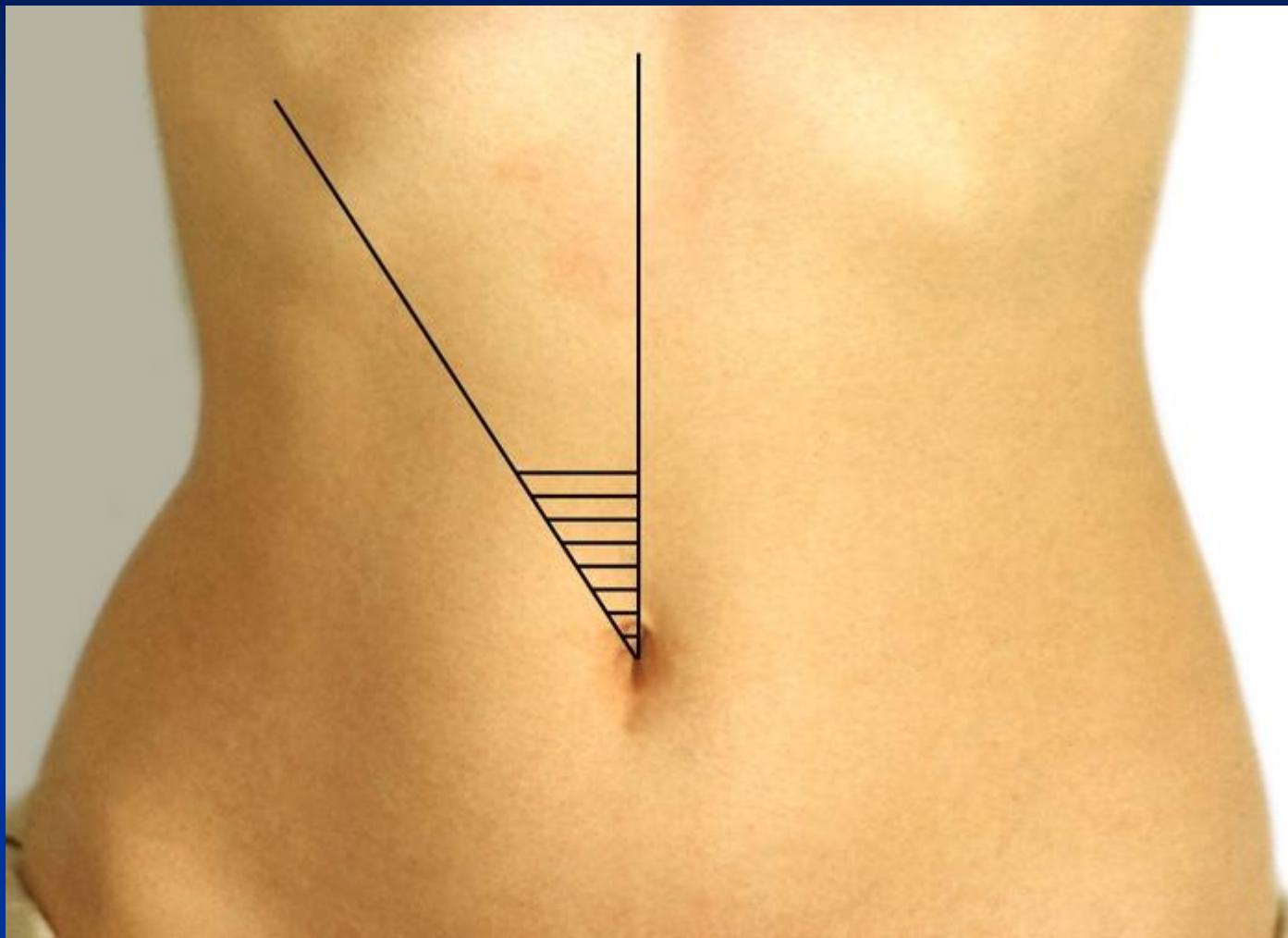
# Пальпаторно:

- **Вздутие живота**
- **Болезненность** при пальпации в проекции п/ж
- **Болезненность** при глубокой пальпации на 7-8 см выше пупка – симптом Керте
- **Симптом Воскресенского** – отсутствие пульсации аорты при пальпации в области п/ж из-за ее увеличения при остром панкреатите или обострении ХП

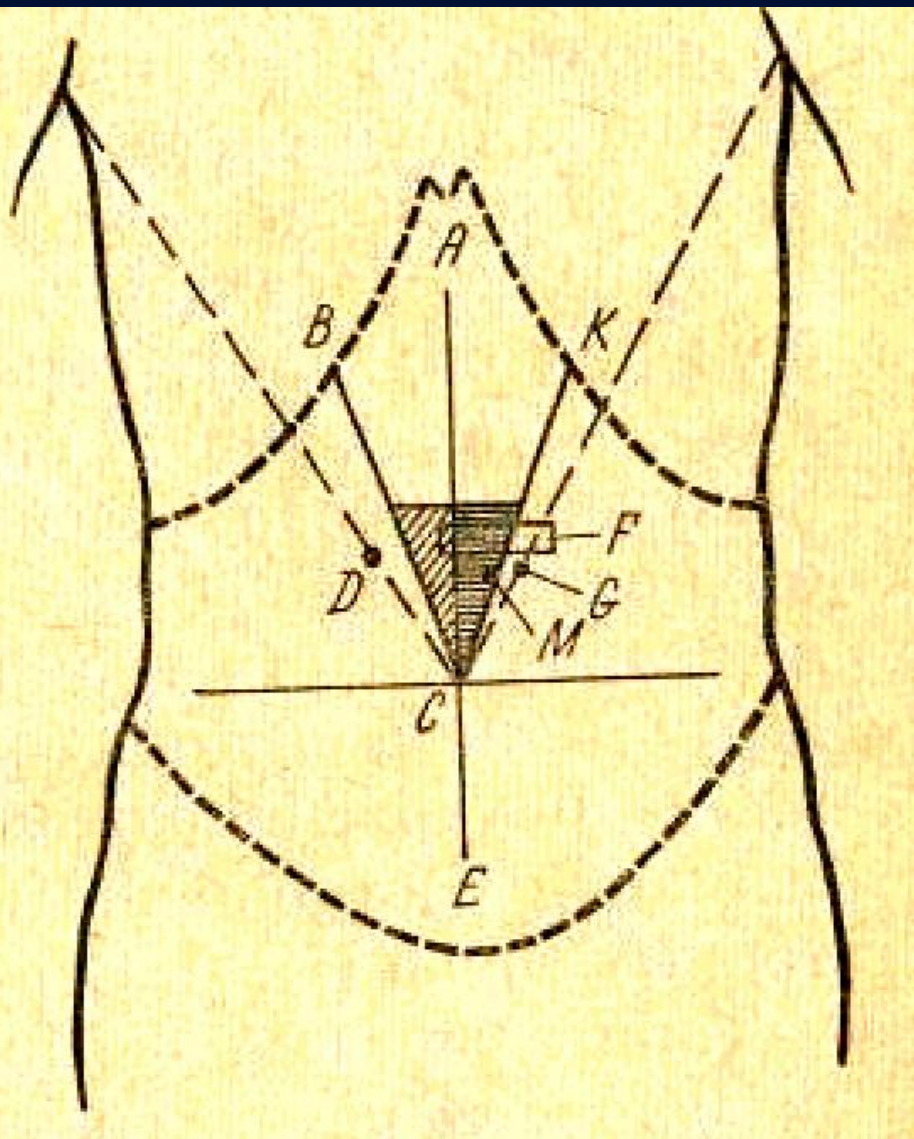
# ПАЛЬПАТОРНЫЕ БОЛЕЗНЕННЫЕ ЗОНЫ И ТОЧКИ

- **зона Шоффара** - характерна для локализации воспаления в области головки п/ж
- **зона Губергрица-Скульского** - аналогична зоне Шоффара, но расположена слева, болезненна при поражении тела п/ж
- **симптом Кача** – кожная гиперестезия слева от пупка в проекции п/ж

# Зона Шоффара



- **Зона Мейо-Робсона** – болезненность в области реберно-позвоночного угла слева при воспалении тела и хвоста п/ж
- Положительный **френикус симптом** слева



**ABC – зона Шоффара**

**АСК – зона М.**

**Губергрица –  
Скульского**

**D – точка Дежардена**

**M – точка Мэйо-  
Робсона**

**G – точка А. Губергрица**

**F – прощупывающаяся  
в виде цилиндра  
поджелудочная  
железа.**



- Клинические симптомы при ХП укладываются в 2 основных взаимосвязанных синдрома:
- **1. Синдром недостаточности** полостного и мембранного переваривания питательных веществ (**мальдигестии**) связанный с внешнесекреторной недостаточностью п/ж (поносы, метеоризм, боли в животе, диспетические симптомы)

- **2. Синдром недостаточности всасывания (мальабсорбции)**

питательных веществ, витаминов и микроэлементов в тонкой кишке (потеря массы тела, сухость кожи, гиповитаминозы, обезвоживание, электролитные и гормональные нарушения, анемия)





Синдром  
малъабсорбции

# Синдром мальабсорбции



- При поражении островкового аппарата п/ж развивается **внутрисекреторная недостаточность железы**, которая проявляется панкреатогенным сахарным диабетом.
- Из-за дефицита не только инсулина, но и глюкагона у больных ХП часто возникает гипогликемический синдром.

# КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОТДЕЛЬНЫХ ФОРМ ХП

## 1. Латентная форма

- боли отсутствуют или слабо выражены
- при нарушении диеты возникают диспепсические расстройства (тошнота, снижение аппетита, вздутие живота)
- иногда появляются поносы или кашицеобразный кал с непереваarenными частицами пищи
- диагноз ставится при УЗИ или КТ п/ж, по копрограмме, повышении активности ферментов п/ж в крови и моче

## 2. Для кальфицирующего ХП характерно:

- рецидивирующее течение с обострениями, напоминающими острый панкреатит, с выраженным болевым синдромом
- выявление при УЗИ п/ж кальцификатов в протоках

### **3. Для обструктивного ХП характерно:**

- постоянный болевой синдром
- может прощупываться увеличенная уплотненная п/ж
- при УЗИ и КТ п/ж обструкция главного протока

## 4. Для паренхиматозного ХП характерно:

- рецидивирующее течение с появлением при обострении клинических симптомов
- медленно прогрессирующее развитие внешне- и внутрисекреторной недостаточности

## **5. Псевдоопухолевая форма -**

воспалительный процесс локализуется в головке п/ж, вызывает ее отек и сдавление общего желчного протока

### **Характерно:**

- желтуха, кожный зуд
- боли в зоне Шоффара
- диспептические расстройства
- потемнение мочи, обесцвеченный кал
- увеличение головки п/ж (при УЗИ и КТ)



# Иктеричность склер



# Желтушность кожи



## 6. Склерозирующая форма

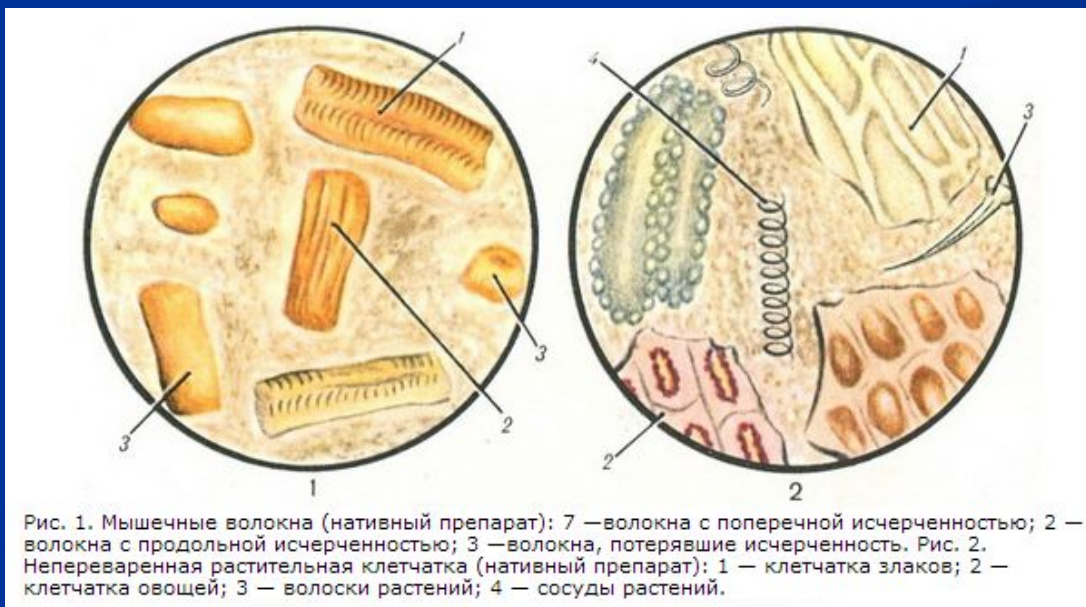
- тупые боли в верхней половине живота, усиливающиеся после еды
- плохой аппетит, тошнота, поносы  
похудение , выраженное нарушение  
внешнесекреторной и инкреторной  
функций п/ж
- при УЗИ –выраженное уплотнение и  
уменьшение размеров п/ж

# Лабораторно

- **ОАК:** увеличение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом влево
- **Анализ мочи:** повышение **диастазы** при обострении ХП, снижение - при склерозирующей форме ХП, наличие желчных кислот, отсутствие уробилина при псевдотуморозном ХП
- **Б/х анализ крови** - может быть увеличение  **$\alpha$ -амилазы**, прямого билирубина, глюкозы, гликированного гемоглобина

- Уровень ферментов крови и мочи при ХП повышается **в меньшей степени**, чем при остром панкреатите

- **Копроцитограмма:** мазеподобная консистенция кала, непереваренная клетчатка, **креаторея, стеаторея, амилорея** при внешнесекреторной недостаточности п/ж, снижение **эластазы-1** в кале при ИФА при панкреатической недостаточности



# ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

- **Трансабдоминальное ультразвуковое исследование п/ж** выявляет размеры железы, расширение и неровность контура главного протока, псевдокисты, атрофию, кальцификаты > 5 мм, асцит и др.)
- **!** Не выявляет ХП на ранних стадиях

- Более информативно **эндоскопическое УЗИ п/ж** (определяет ранние стадии ХП, кальцификаты < 3 мм, протоковые аномалии, с-г на ранних стадиях с проведением пункционной биопсии)
- Повышает информативность эндоскопического УЗИ **стимуляция п/ж секретинном**



# УЗИ поджелудочной железы

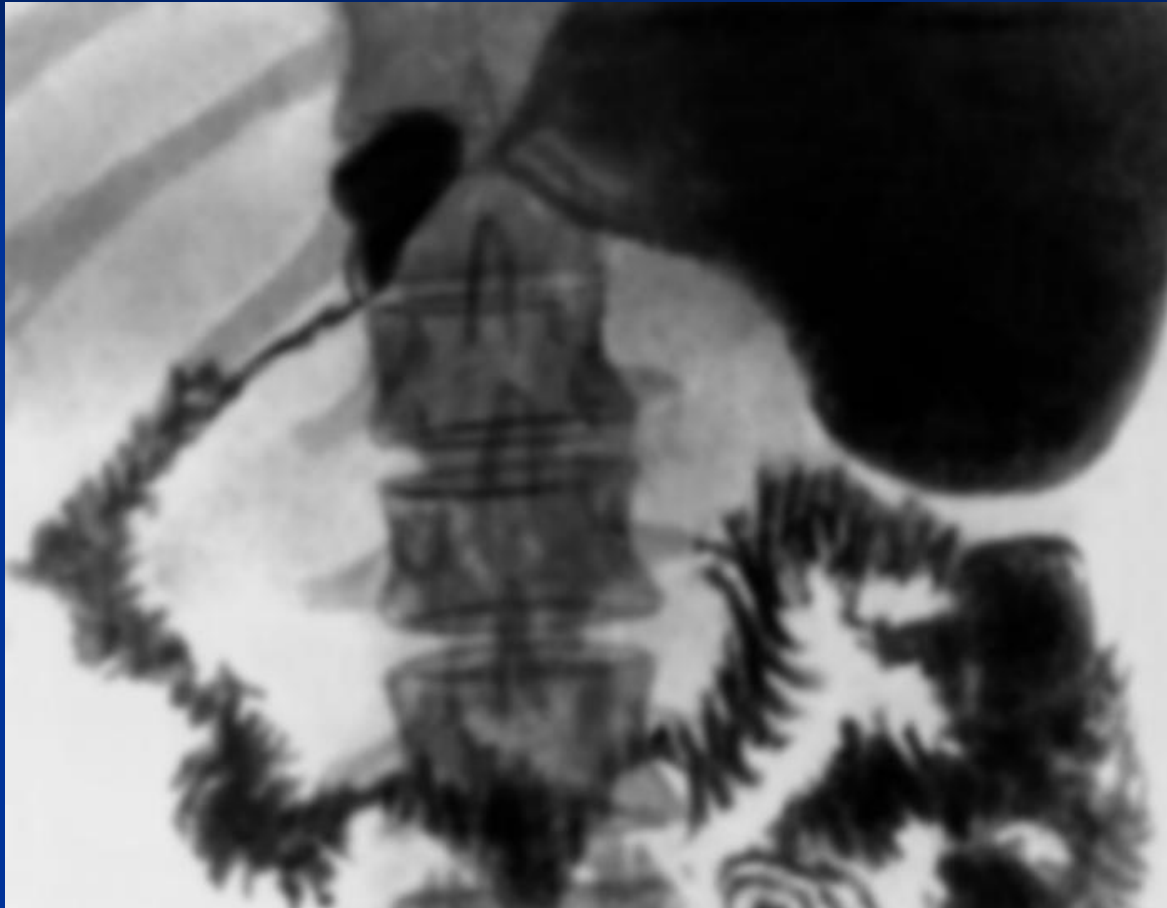


- **R-графия желудка и 12-п.к.** - головка п/ж находится в подкове 12-перстной кишки, при увеличении головки петля 12 п.к. разворачивается
- **Обзорная рентгенография брюшной полости** выявляет кальцификаты в проекции п/ж (метод устаревший)

Определяются множественные камни по  
ходу панкреатического протока



R-грамма желудка и 12-п.к. при ХП: желудок смещен кверху, 12-п.к. развернута



- При тяжелом обострении ХП может развиться **динамическая кишечная непроходимость** или **левосторонний экссудативный плеврит**
- При обзорной R-графии ОБП- **чаши Клойбера**
- При R-графии ОГК – картина **экссудативного плеврита слева**

# Паралитическая кишечная непроходимость при остром панкреатите (чаши Клойбера)



# Левосторонний плеврит при остром панкреатите



- **Мультиспиральная компьютерная томография** - метод выбора для первичной диагностики ХП (выявляет атрофию или увеличение размеров п/ж, изменения плотности железы (фиброз), кальцификаты, псевдокисты, дилатацию ГПП, новообразования > 5 мм, зоны некроза (при в/в контрастировании))
- **Магнитнорезонансная томография** с контрастированием информативна при диф. диагностике ХП и с-г, псевдокист. Стимуляция секретинном повышает информативность МРТ.



КТ поджелудочной железы без контрастирования при ХП. Отмечаются множественные кальцинаты в ткани железы (стрелки)



- **Магнитно-резонансная панкреатохолангиография (МРПХГ)** – с высокой точностью определяет структуры, заполненные жидкостью: **главный панкреатический проток и псевдокисты.**
- **Секретиновый тест** при **МРПХГ** позволяет выявить начальные морфологические изменения протоков и жидкостных структур, оценить внешнесекреторный резерв п/ж.

**Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ)**- инвазивная процедура с риском осложнений.

Выявляет:

- изменение структуры и размеров протоков, псевдокисты
- камни в протоке п/ж
- неоднородность контрастирования сегментов железы

# Особенности диагностики аутоиммунного ХП

- **Учитывают клинически значимые показатели сыворотки крови:**
  - гипергаммаглобулинемия
  - повышение уровня IgG и IgG4
  - наличие аутоантител - антинуклеарных, к гладкой мускулатуре, лактоферрину, карбоангидразе II

## Как распознать панкреатит



БОЛЬ В ВЕРХНЕЙ  
ЧАСТИ ЖИВОТА



ПОЯВЛЕНИЕ  
НА КОЖЕ СЫПИ



ПОВЫШЕННАЯ  
ТЕМПЕРАТУРА



ТОШНОТА  
И РВОТА



ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ



ПОВЫШЕННЫЙ  
МЕТЕОРИЗМ



НАРУШЕНИЯ  
СТУЛА



СНИЖЕНИЕ  
ВЕСА



ПОЖЕЛТЕНИЕ  
ПОКРОВОВ КОЖИ

# ЛЕЧЕНИЕ

## **Модификация образа жизни:**

- Полный отказ от употребления алкоголя
- Отказ от курения
- Устранение других факторов риска
- **Индивидуальный подход** к диете с максимально возможным расширением рациона питания с достаточным количеством Б, У и Ж в сочетании с заместительной терапией для устранения **белково-энергетической недостаточности**. Характерен дефицит жирорастворимых витаминов

# Этиологическое лечение

- по показаниям – антибактериальная терапия
- санация ЖВП (при необходимости холецистэктомия)
- лечение заболеваний желудка и 12-п.к.
- лечение гиперлипидемии, нарушений коагуляции крови
- при выраженном обострении ХП показана госпитализация

# ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

## Основные задачи при обострении ХП:

1. Подавление желудочной секреции
2. Подавление секреции п/ж
3. Ингибирование протеолиза ткани п/ж
4. Восстановление оттока секрета железы
5. Снижение давления в просвете 12-п.к.
6. Снятие боли



- **1. Подавление желудочной секреции:** голод в течение 1-3 дней, постоянное удаление желудочного содержимого через зонд в тяжелых случаях
- **блокаторы H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов** (фамотидин –квamatел в/в) или **ингибиторы протоновой помпы** (омепразол, рабепразол, пантопразол) в/в и внутрь
- **M-холинолитики** (атропин, платифиллин в инъекциях), **антациды** (алмагель, фосфалюгель)

## 2. Подавление секреции п/ж:

- парентеральное введение **октреотида** (**сандостатина**) - синтетический аналог соматостатина, подавляет секрецию п/ж, в дозе 0,05-0,1-0,2 мг подкожно 2-3 раза в день до 7 дней

 NOVARTIS

# Сандостатин®

Октреотид



Раствор для внутривенного  
и подкожного введения

0,1 мг/мл 5 ампул



### 3. Ингибция протеолиза ткани п/ж

ингибиторами протеаз (трасилол, контрикал, гордокс по 100 000—200 000 ЕД/сутки в/в капельно)

#### ■ Показание к назначению

**ингибиторов протеаз** - выраженная гиперферментемия, сопровождающаяся стойкой болью в верхней половине живота. Введение препарата продолжают до стихания болей (3- 4-й дня)

**4. Восстановление оттока секрета п/ж**  
путем снижения давления в просвете  
**12-п.кишки** – назначение прокинетиков  
**метоклопрамида в/м, мотилияума, ганатона**

**5. Снятие спазма протоков и болевого**  
**синдрома** – м – холинолитики (**атропин,**  
**платифиллин** в инъекциях)

анальгетики (лучше ненаркотические –  
**парацетамол, НПВС** или **трамадол**), при  
исключении хирургического процесса !

Уменьшают боль антидепрессанты,  
антиоксиданты (витамины С, Е, селен)

- **Морфин противопоказан, так как вызывает спазм сфинктера Одди !**

- **Восстановление водно-электролитного баланса и белкового дефицита** – инфузии хлорида натрия, глюкозы, солевых растворов, смесей аминокислот до 2-3 л под контролем диуреза
- «Отдых секреции» п/ж дают препараты, легкоусвояемого минимикросферического панкреатина (креон, эрмиталь, микразим) по 25 000 – 40 000 ЕД - 36 000 ЕД)
- **Вобэнзим** оказывает многофакторное действие
- В периоде обострения противопоказаны ферменты, содержащие желчь (фестал, дигестал и др.)!

панкреатин  
**Мезим**<sup>®</sup> *форте 10000*



20 таблеток, вкрити оболонкою, кишкосферичними  
для перорального застосування

Середній препарат

**M** BERLIN-CHEMIE  
MENARINI

*форте 10000*  
20 таблеток,  
вкрити оболонкою,  
кишкосферичними

**Мезим**

# Формы выпуска Креона





Вобэнзим оказывает антиагрегантное, противоотечное, иммуномодулирующее, противовоспалительное, фибринолитическое, ферментное действие



# Диета при обострении ХП

Диета в первую неделю после обострения панкреатита



КАРТОФЕЛЬНОЕ ПЮРЕ



ГАЛЕТНОЕ ПЕЧЕНЬЕ



РАЗЛИЧНЫЕ КАШИ



СУХАРИ



ПРОТЕРТЫЕ СУПЫ

# ТЕРАПИЯ ХП В ФАЗУ РЕМИССИИ

- исключение острых и жареных блюд, крепких бульонов, грубой клетчатки (капуста, сырые яблоки, виноград), ограничение поваренной соли и насыщенных жиров
- нормализация желудочной секреции
- устранение ДЖВП и избыточного бактериального роста в тонкой кишке
- стимуляция репаративных процессов в п/ж (актовегин, даларгин, метилурацил)

# Запрещено!

При панкреатите запрещены:



ЯЧНЕВАЯ КАША



ПШЕННАЯ КАША



ГОРОХОВАЯ КАША



КУКУРУЗНАЯ КАША



ФАСОЛЬ ЗЕРНОВАЯ

# Рекомендуемые продукты с постепенным расширением диеты



# Разрешено в тушеном виде

При панкреатите разрешены:



КАРТОФЕЛЬ



МОРКОВЬ



ЦВЕТНАЯ КАПУСТА



СВЕКЛА



ТЫКВА



КАБАЧКИ

© PankreatitPro.ru

- **С целью коррекции дефицита витаминов** - аскорбиновая кислота, витамины группы В, жирорастворимые - А, Е, Д, поливитамины
- **Заместительная ферментная** терапия при внешнесекреторной недостаточности п/ж в дозе ЕД ферментов, нормализующей стул и вес (**креон, микразим, эрмиталь, вобэнзим**)
- по показаниям **прокинетики, пробиотики**

# Показания к заместительной ферментной терапии:

- выраженная стеаторея
- потеря в весе, нутритивная недостаточность
- ддиарея, полифекалия
- метеоризм
- перенесенный панкреонекроз
- состояние после хирургических вмешательств на п/ж с признаками внешнесекреторной недостаточности



- Пациент должен получать не менее 25-40 тыс. ЕД липазы на основной прием пищи и 10-25 тыс. ЕД на промежуточный прием. Препараты выбора – **креон, эрмиталь, микразим** с минимикросферами ферментов
- Для повышения эффективности заместительной терапии рекомендуют прием **омепразола** по 10-20 мг 2 раза в сутки
- Заместительная терапия может быть пожизненной

- **При умеренной внутрисекреторной недостаточности** и сахарном диабете легкого течения ограничивают углеводы, назначают стол №9. Если нормализации гликемии не происходит, то назначают сахароснижающие препараты (инсулин)

# ПРОФИЛАКТИКА И ПРОГНОЗ

Отказ от алкоголя, лечение заболеваний ЖКТ, правильное питание

- При соблюдении диеты прогноз должен быть благоприятным. Однако при длительном течении болезни трудоспособность больных снижается, растет риск рака п/ж.

# Пиво и пицца при ХП противопоказаны!





Его прогноз ясен ....

# САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- **Бальнеологические курорты** в периоде ремиссии ХП
  1. Красноусольск в РБ
  2. Юматово (кумысолечебный) в РБ
  3. Ессентуки, Пятигорск и Железноводск (Краснодарский край)
  4. Карловы Вары (Чехословакия)



# Красноусольск



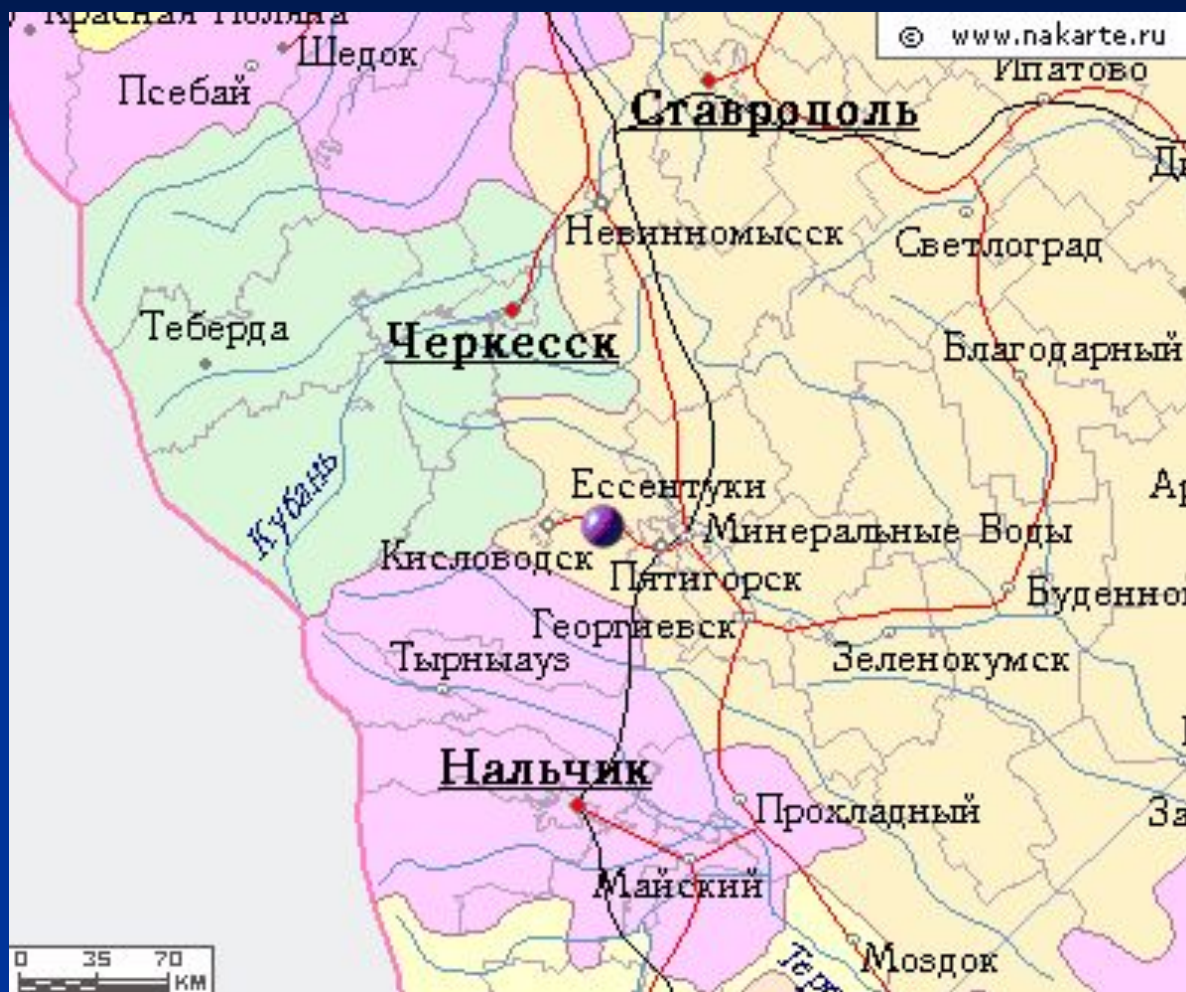


# Православный храм в Красноусольске



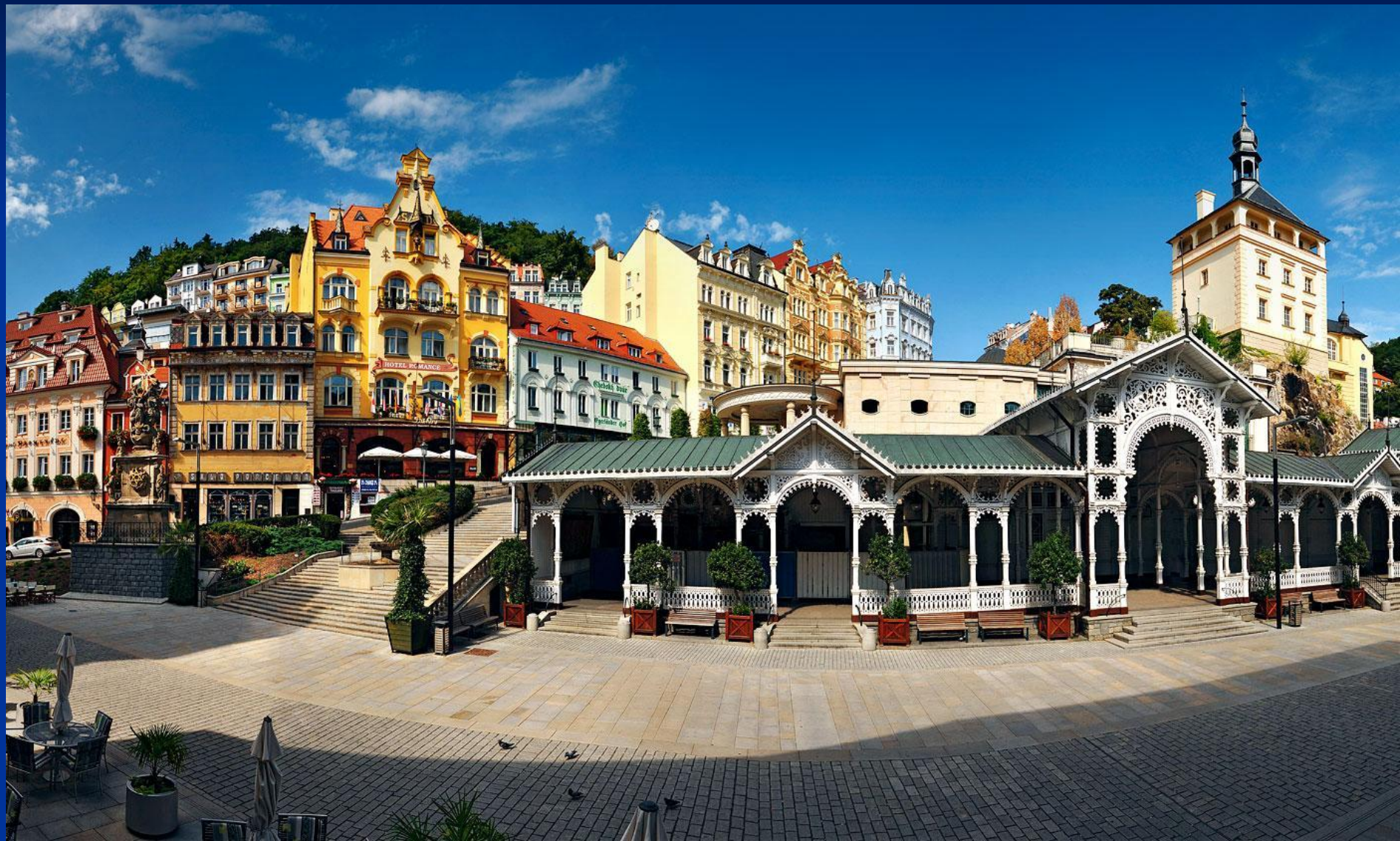


# Кавказские Минеральные Воды





# Карловы Вары



# Успехов в изучении терапии!





# Контрольные вопросы для обучающихся к лекции на тему «Хронический панкреатит (ХП)»

1. Топография и размеры поджелудочной железы.
2. Во сколько раз выше риск развития рака поджелудочной железы при ХП?
3. Что отражает классификация ХП TIGAR-O?
4. Какой фактор риска ХП сопоставим по вредности с злоупотреблением алкоголя?
5. Какая доза этанола приводит к ХП при ежедневном употреблении в течение 10 лет?
6. В результате чего при кальцифицирующем ХП в протоках образуются нерастворимые белково-кальциевые преципитаты?
7. В результате каких механизмов происходит самопереваривание п/ж при обострении ХП?

8. Каков характер воспаления при аутоиммунном ХП?
9. На чем основана Марсельско-Римская классификация ХП?
10. Какие этиологические формы выделяет российская классификация В.Т.Ивашкина?
11. Чем отличаются 4 клинические стадии ХП?
12. Назовите наиболее частые осложнения ХП
13. Механизм образования псевдокист п/ж.
14. Чем вызвана иррадиация болей в животе при ХП в спину или появление опоясывающих болей?
15. С чем связано похудание больных ХП?
16. Какая рвота характерна для обострения ХП?
17. Назовите наиболее характерные черты стула при ХП.
18. Механизм «рубиновых капелек» при ХП?
19. О чем свидетельствует симптом Воскресенского?

20. Причины и клинические проявления синдрома мальдигестии и мальабсорбции.
21. Причина частого гипогликемического синдрома у больных ХП?
22. Для какой формы ХП характерна механическая желтуха?
23. При каком осложнении ХП увеличивается гликированный гемоглобин?
24. Снижение уровня какого фермента в кале свидетельствует о внешнесекреторной недостаточности п/ж?
25. Какая методика УЗИ п/ж позволяет диагностировать ранние стадии ХП и с-г ХП?
26. Какие изменения со стороны органов дыхания характерны для тяжелого обострения или острого ХП?
27. Какой метод лучевой диагностики позволяет визуализировать зоны некроза п/ж и новообразования > 5 мм?

28. Какой метод лучевой диагностики позволяет с высокой точностью определять структуры п/ж, заполненные жидкостью?
29. Какой тест позволяет определить внешнесекреторный резерв п/ж?
30. Особенности диагностики аутоиммунного ХП?
31. Какие мероприятия относятся к модификации образа жизни больных ХП?
32. Какова цель подавления желудочной секреции при обострении ХП? Назовите наиболее эффективные антисекреторные препараты.
33. Какой лекарственный препарат оказывает соматостатиноподобное действие, подавляя секрецию п/ж при тяжелом обострении и остром панкреатите?
34. Каковы показания к назначению ингибиторов протеаз при ХП?

35. Какую роль при лечении ХП играют прокинетики?
36. Какой обезболивающий препарат вызывает спазм сфинктера Одди и не назначается даже при очень сильных болях при ХП ?
37. Какие ферменты и в каких дозах показаны в стадии обострения ХП? Почему не показаны фестал и его аналоги?
38. Назовите показания к заместительной ферментной терапии при ХП в стадии ремиссии. Какие препараты и в каких дозах являются препаратами выбора?
39. Дополнительный прием какого лекарственного препарата повышает эффективность заместительной терапии ферментами?
40. Назовите бальнеологические курорты для лечения больных ХП.



Вниманию обучающихся!

В рамках дистанционного обучения краткие, но конкретные индивидуальные ответы на указанные вопросы вы должны отправить после изучения лекции по электронному адресу своему преподавателю.