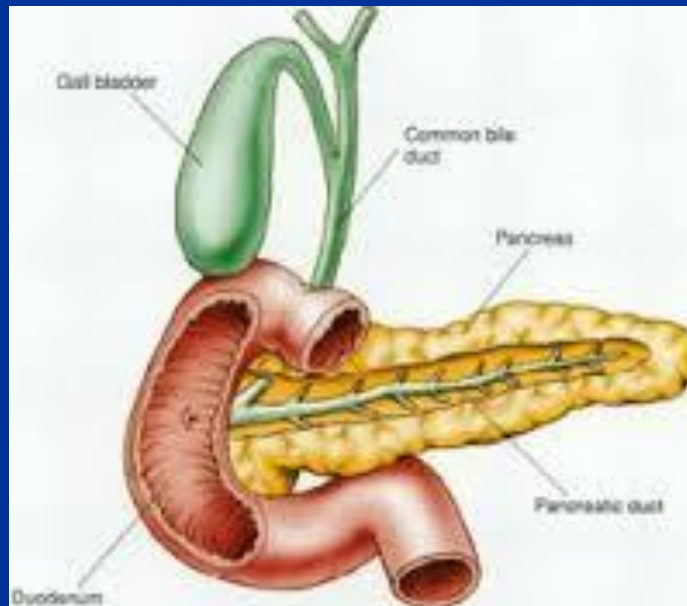


БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПИИ

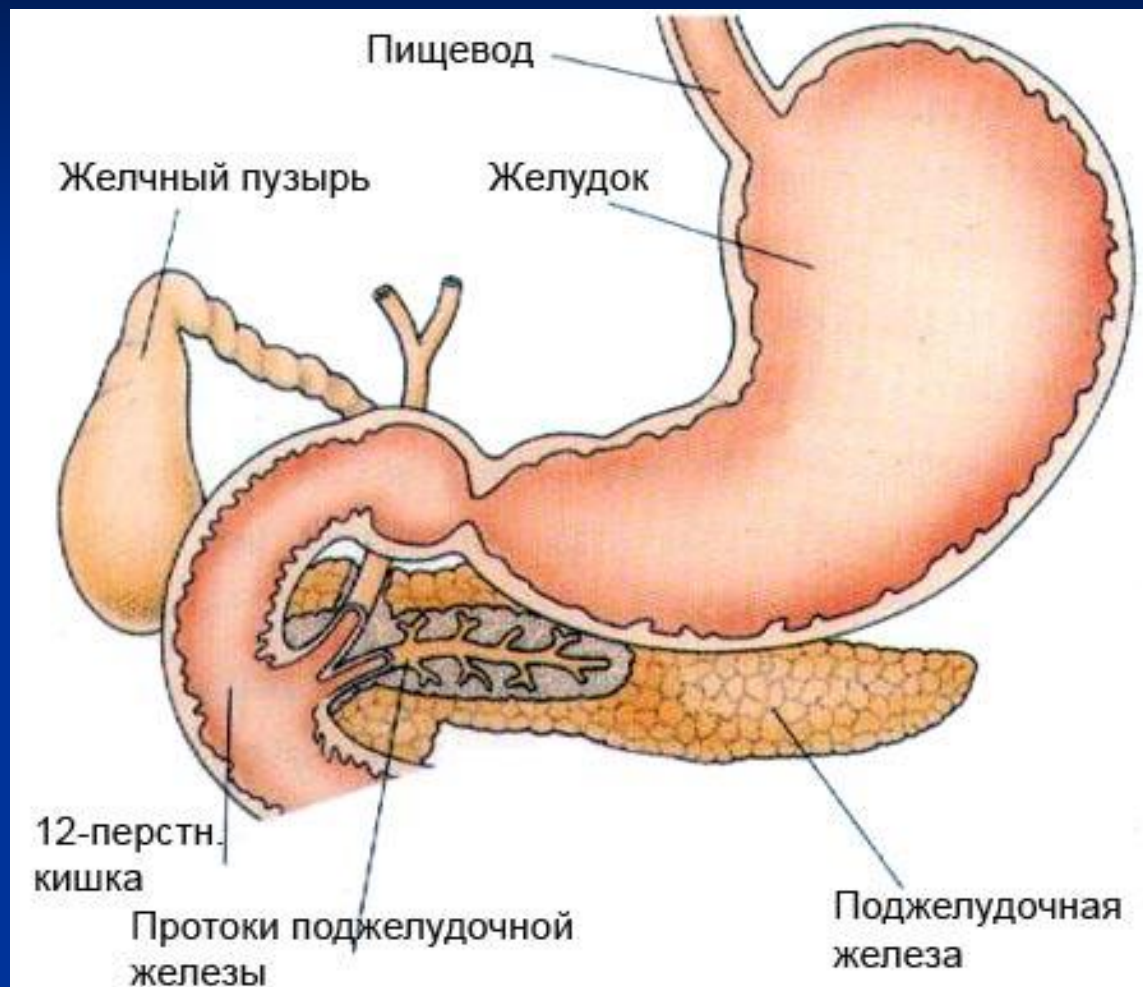
ЛЕКЦИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО

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



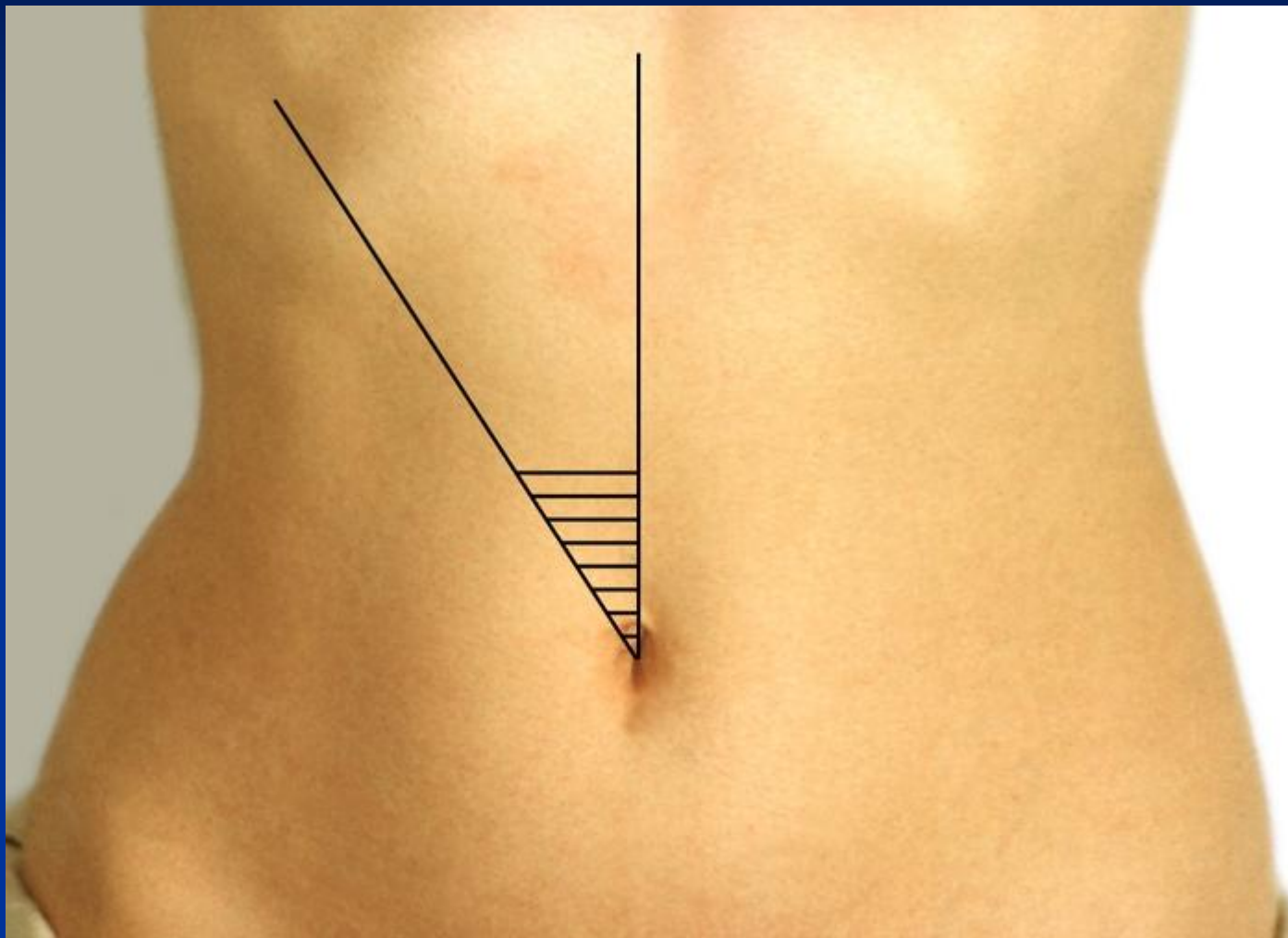
Пальпаторно:

- **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

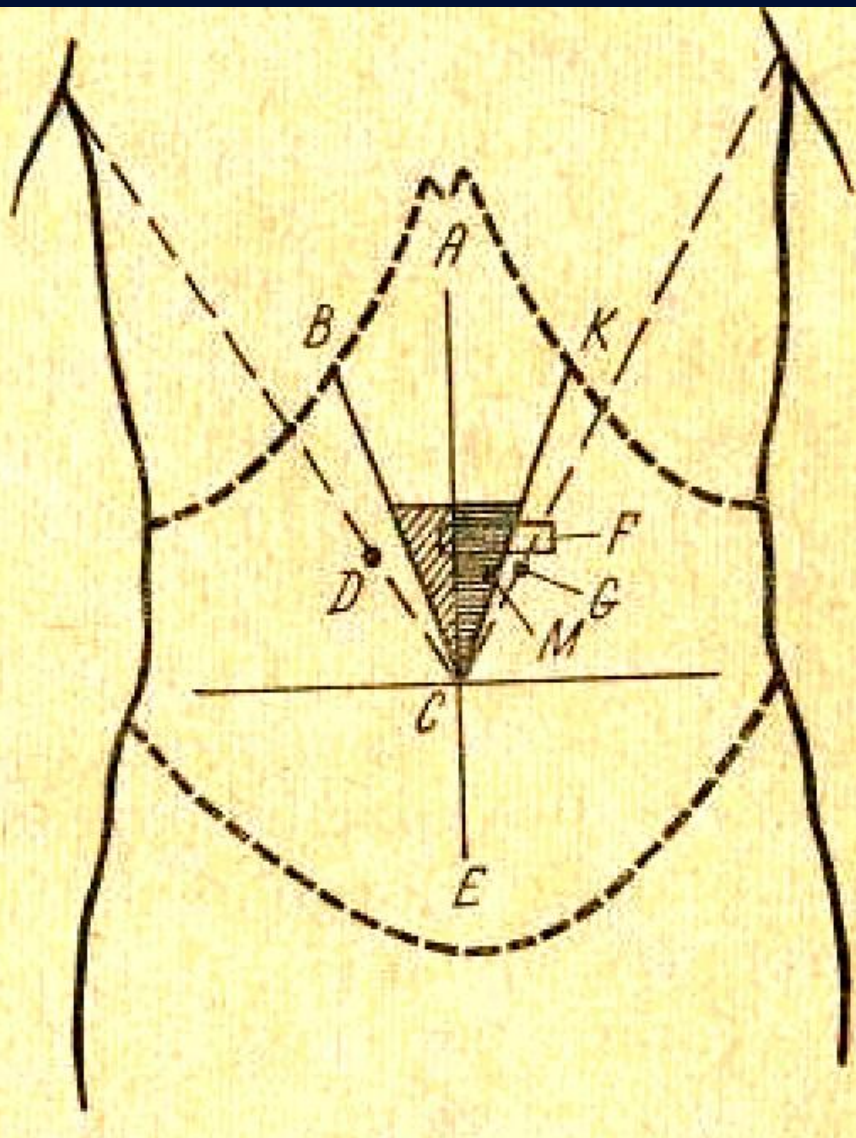
ПАЛЬПАТОРНЫЕ БОЛЕЗНЕННЫЕ ЗОНЫ И ТОЧКИ

- **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

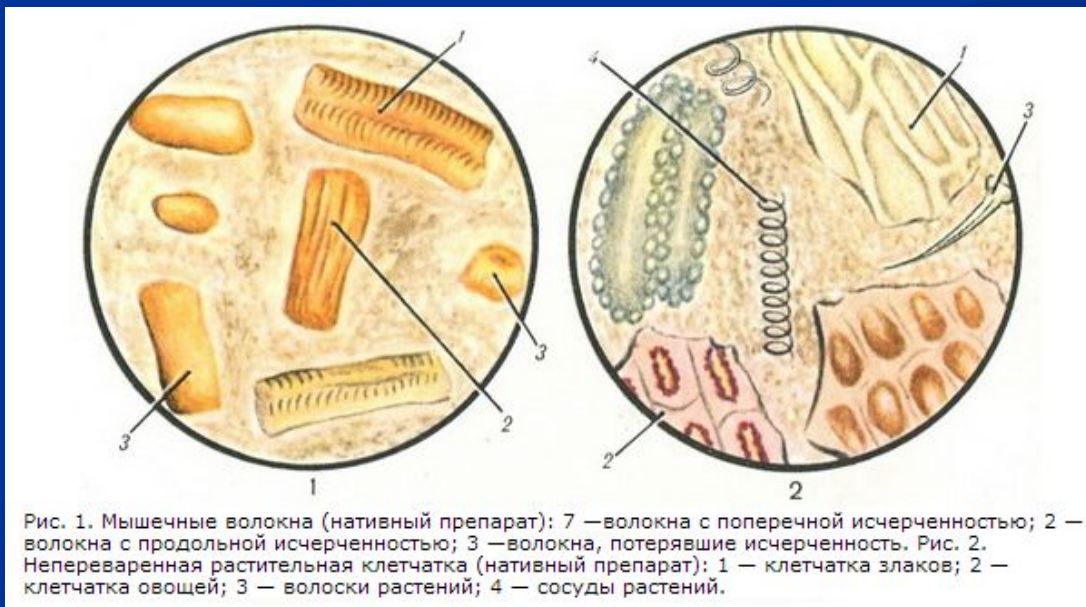
- тупые боли в верхней половине живота, усиливающиеся после еды
- плохой аппетит, тошнота, поносы
похудение , выраженное нарушение
внешнесекреторной и инкреторной
функций п/ж
- при УЗИ –выраженное уплотнение и
уменьшение размеров п/ж

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 **α -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

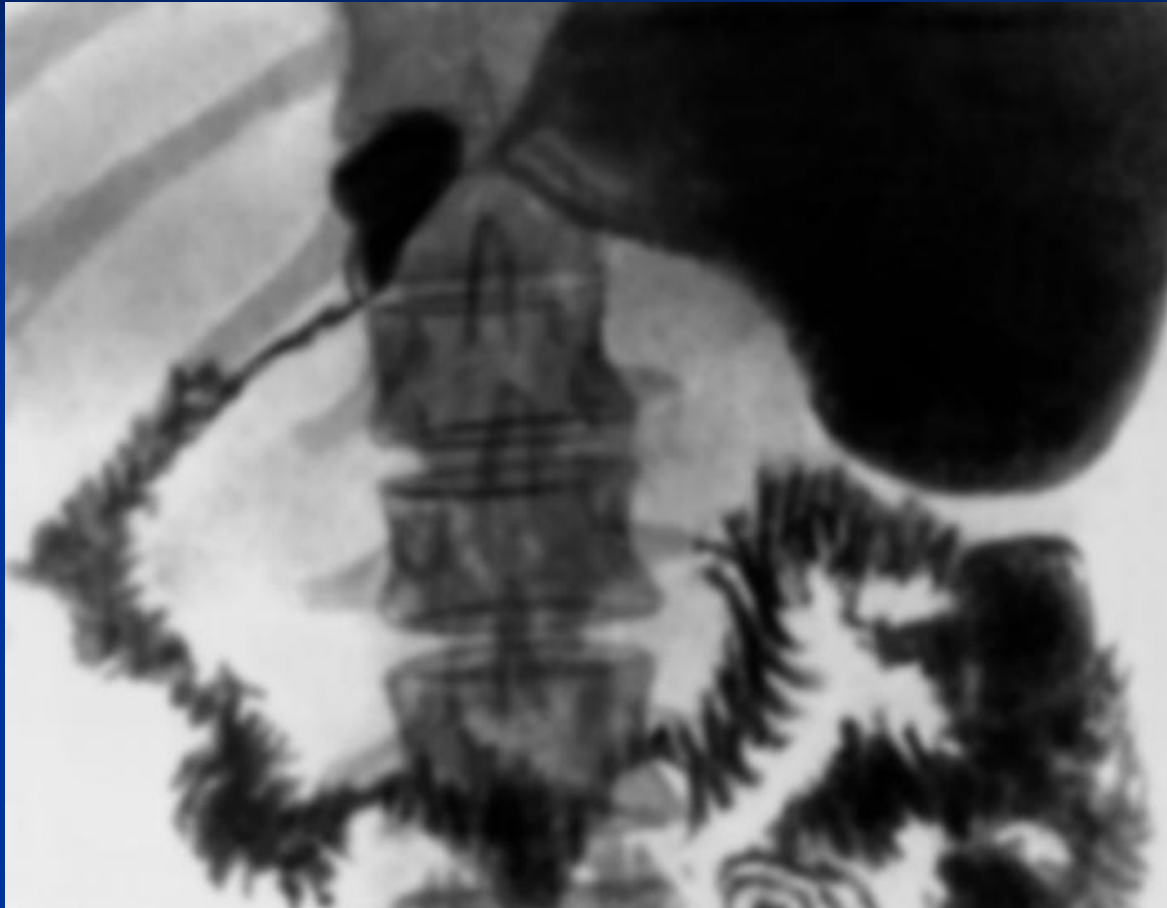


- **R-графия желудка и 12-п.к.** - головка п/ж находится в подкове 12-перстной кишки, при увеличении головки петля 12 п.к. разворачивается
- **Обзорная рентгенография брюшной полости** выявляет кальцификаты в проекции п/ж (метод устаревший)

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.**
- **Секретинный 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 H₂-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[®] *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)

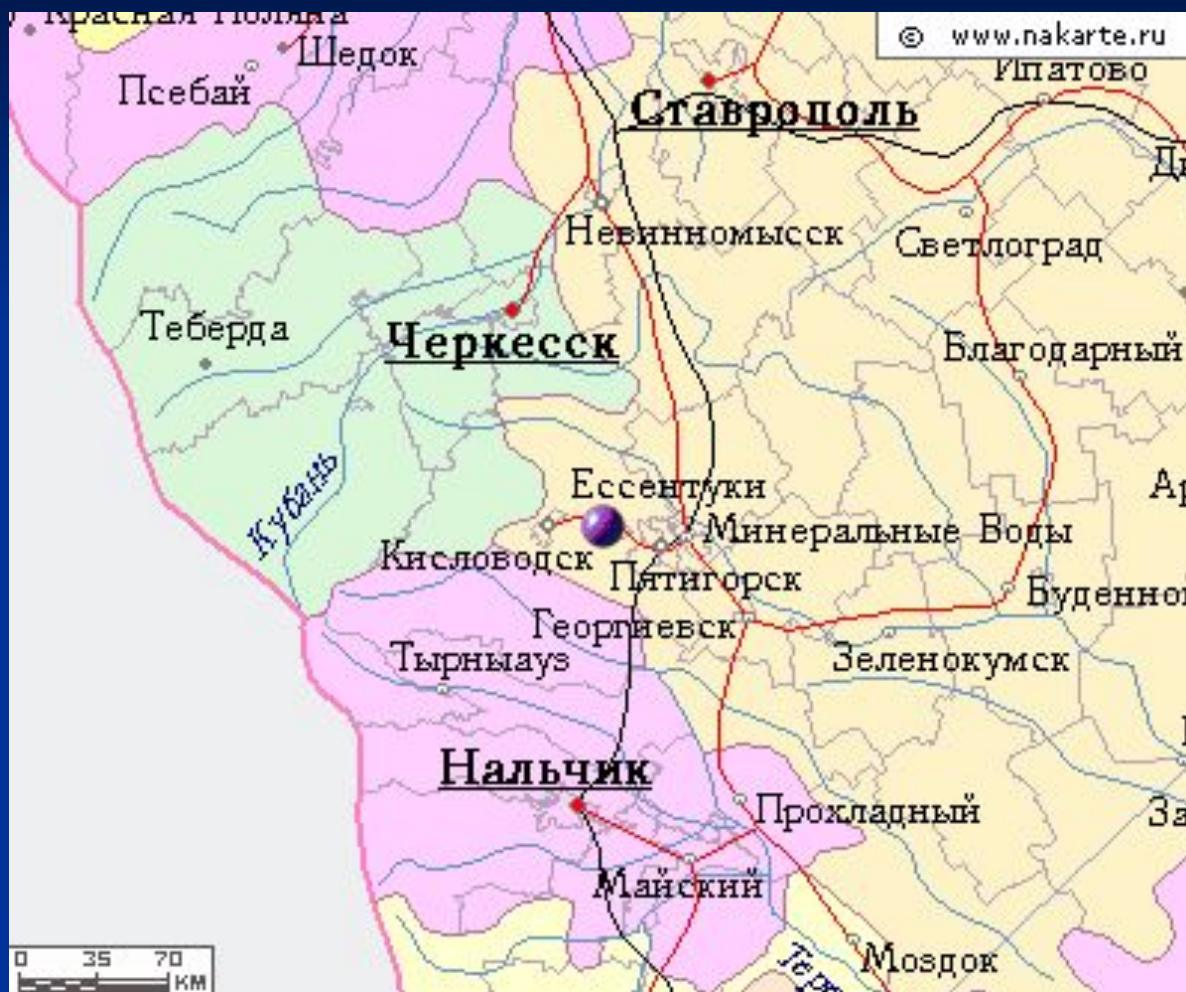
Красноусольск



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.