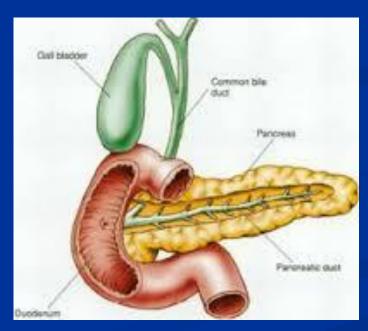
БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

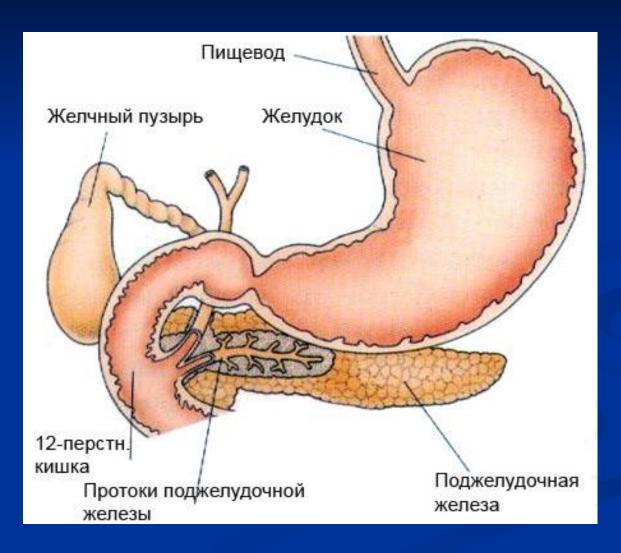
КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПИИ

ЛЕКЦИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ



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 воспалительнодистрофическое 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 XП 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 XП (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., XПН)
- 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 XП отражает классификация TIGAR-0 (2001)

- Т-токсико-метаболический
- **І**-идиопатический
- **G**-генетически обусловленный
- **А**-аутоиммунный
- **R**-рецидивирующий острый
- 0-обструктивный

Причины паренхиматозного панкреатита



ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЕМ



НЕРЕГУЛЯРНОЕ ПИТАНИЕ



КУРЕНИЕ



ЖИРНАЯ, ОСТРАЯ И СОЛЕНАЯ ПИЩА



НЕХВАТКА ВИТАМИНОВ



НЕХВАТКА БЕЛКОВОГО ПИТАНИЯ







ИН ФЕКЦИ ОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

© PankreatitPro.ru

ПАТОГЕНЕЗ КАЛЬЦИФИРУЮЩЕГО АЛКОГОЛЬНОГО ХП, НАСЛЕДСТВЕННОГО, ИДИОПАТИЧЕСКОГО

- Под влиянием этиологических факторов:
- Нарушение продукции секретина и холецистокинина в СО 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 лимфоплазмоцитарной инфильтрацией тканей

- Происходит активация калликреинкининовой, 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 XП Марсельско-Римская (1988)

- Кальцифицирующий (49 90% всех XП)
- 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

- І. 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 развиться СД, рак п/ж)

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

КЛИНИКА ХП. ЖАЛОБЫ

І. 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 иррадиирует 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
- натощак 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 XП 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 животапри 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



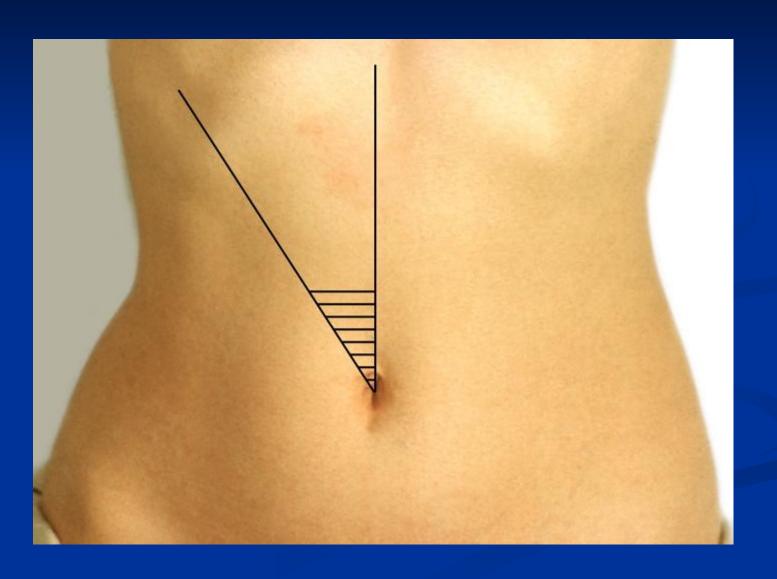
Пальпаторно:

- 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

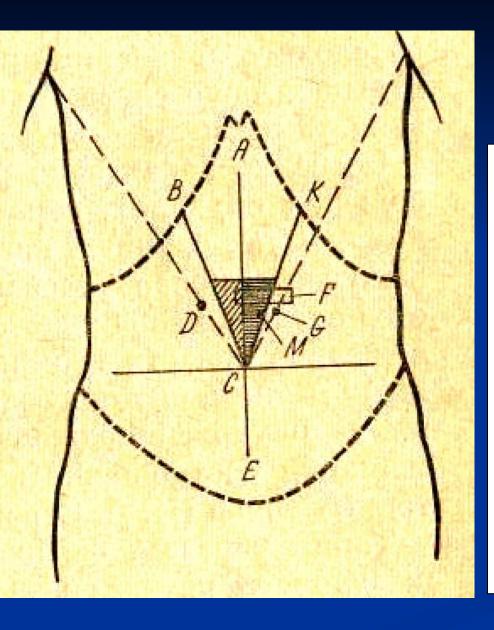
ПАЛЬПАТОРНЫЕ БОЛЕЗНЕННЫЕ ЗОНЫ И ТОЧКИ

- 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



АВС — зона Шоффара АСК — зона М. Губергрица — Скульского

D – точка Дежардена

М – 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 мальабсорбции

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 непереваренными частицами пищи
- диагноз ставится при УЗИ или КТ п/ж, по копрограмме, повышении активности ферментов п/ж в крови и моче

2. Для кальфицирующего XП характерно:

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

3. Для обструктивного XП характерно:

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

4. Для паренхиматозного XП 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



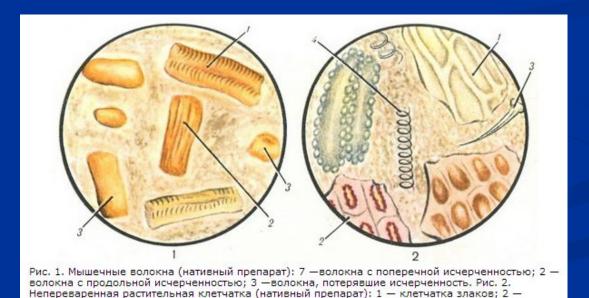
6. Склерозирующая форма

- 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 а-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



клетчатка овощей: 3 — волоски растений: 4 — сосуды растений.

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 секретином

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 XП: 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)

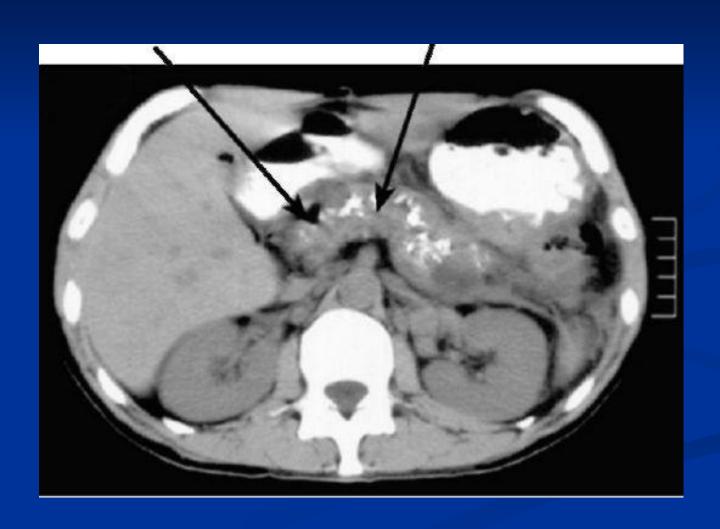


Левосторонний плеврит при остром панкреатите



- 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 секретином 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 морфологичесие 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 XП

- 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

2014 © PankreatitPro.ru

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 Н2-гистаминовых рецепторов (фамотидин –квамател в/в) или ингибиторы протоновой помпы (омепразол, рабепразол, пантопразол) в/в и внутрь
- М-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 1 NOVARTIS

Сандостатин[®] Октреотид



Раствор для внутривенного и подкожного введения

0,1 мг/мл 5 ампул



- 3. Ингибиция 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, мотилиума, 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.)!

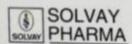


Формы выпуска Креона

Креон® 40000 Kreon® 40000

панкреатин 40000 ЕД 50 капсул

Для лечения ферментной недостаточности при заболеваниях желудочно-кишечного тракта





Креон® 25000

Kreon® 25000

панкреатин 300 мг 20 капсул

Для лечения ферментной недостаточности при заболеваниях желудочно-кишечного тракта



Креон[®]10000 Kreon[®]10000

панкреатин 150 мг 20 капсул

Для лечения ферментной недостаточности при заболеваниях желудочно-кишечного тракта



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



Диета при обострении ХП



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!



Рекомендуемые продукты с постепенным расширением диеты



Разрешено в тушеном виде



- 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
- з. Ессентуки, Пятигорск и Железноводск (Краснодарский край)
- 4. Карловы Вары (Чехословакия)

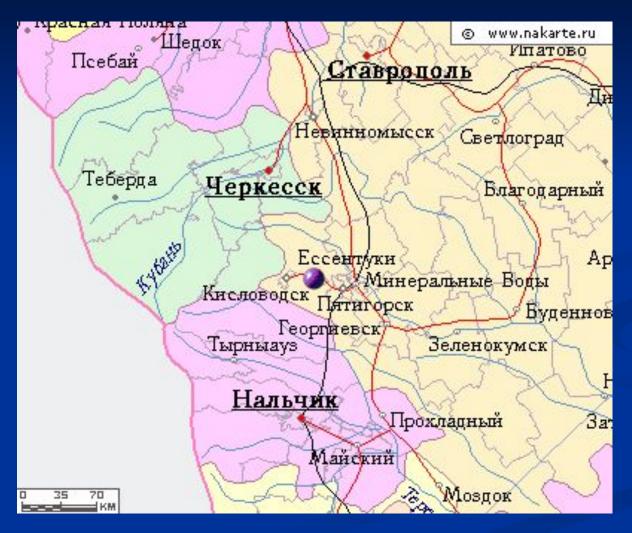
Красноусольск



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 XП?
- 3. Что отражает классификация XП TIGAR-O?
- 4. Какой фактор риска XП сопоставим по вредности с злоупотреблением алкоголя?
- 5. Какая доза этанола приводит к XП при ежедневном употреблении в течение 10 лет?
- 6. В результате чего при кальцифицирующем XП в протоках образуются нерастворимые белково-кальциевые преципитаты?
- 7. В результате каких механизмов происходит самопереваривание п/ж при обострении XП?

- 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 XП 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 XП.
- 18. Механизм «рубиновых капелек» при XП?
- 19. О чем свидетельствует симптом Воскресенского?

- 20. Причины и клинические проявления синдрома мальдигестии и мальабсорбции.
- 21. Причина частого гипогликемического синдрома у больных XП?
- 22. Для какой формы ХП характерна механическая желтуха?
- 23. При каком осложнении XП 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-r ХП?
- 26. Какие изменения со стороны органов дыхания характерны для тяжелого обострения или острого XП?
- 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 XП?
- 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 XП?

- 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 XП? Почему не показаны фестал и его аналоги?
- 38. Назовите показания к заместительной ферментной терапии при XП 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 XП.

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.