

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ**  
**ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»**

**"Утверждено"**

на заседании кафедры  
внутренней медицины №1  
**Заведующий кафедрой**  
Профессор Скрыпник И.Н.

\_\_\_\_\_  
Протокол № 2 от 15.09.2016 г.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**  
**ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ**  
**ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ**

<i>Учебная дисциплина</i>	Внутренняя медицина
<i>Модуль</i>	Основы внутренней медицины
<i>Содержательный модуль</i>	Основы диагностики, лечения и профилактики болезней органов пищеварения
<i>Тема занятия</i>	<b>Хронические панкреатиты</b>
<i>Курс</i>	IV
<i>Факультет</i>	Подготовки иностранных студентов

Полтава 2016 г.

## 1. Актуальность темы

Заболеваемость хроническим панкреатитом (ХП) в странах Европы составляет 4-8 случаев, а распространенность – 25 случаев на 100 тыс. населения, по данным аутопсий – 0,3–0,4%.

По данным исследований в Украине уровень заболеваемости патологией поджелудочной железы в 2012 г. составил 226 случаев на 100 тыс. населения, распространенность – 2471 на 100 тыс. населения. Такая разница в количестве больных ХП в Украине и в других странах может быть связана с гипердиагностикой при установлении диагноза ХП, а также более высоким уровнем злоупотребления алкоголем, что является одной из основных причин развития ХП, несбалансированным питанием.

## 2. Конкретные цели.

**Студент должен знать:**

- Определять этиопатогенез ХП в зависимости от разных этиологических факторов;
- Классификацию ХП;
- Формулировать основные клинические синдромы при ХП, особенности клинического течения;
- Диагностику ХП;
- Трактовать особенности лабораторных и инструментальных методов исследования при ХП;
- Проводить дифференциальный диагноз ХП в зависимости от формы и локализации патологического процесса;
- Обнаруживать осложнения ХП;
- Составлять план лечения ХП;
- Первичную и вторичную профилактику ХП;
- Прогноз и трудоспособность.

## 3. 3. Базовые знания, умения, навыки, необходимые для изучения темы. (междисциплинарная интеграция)

№	Названия предыдущих дисциплин	Полученные навыки
1	Анатомия	Анатомические особенности строения ПЖ
2	Биохимия	Нормальный метаболизм биоценозных клеток
3	Физиология	Физиологические особенности ПЖ
4	Патофизиология	Этиология и патогенез ХП
5	Пропедевтика внутренних болезней	Симптоматология ХП. Клинические варианты течения ХП. Владеть методами обследования больного с ХП
6	Фармакология	Принципы лечения ХП, рецептура

## 4. Задачи для самостоятельной работы во время подготовки к занятию

4.1 Перечень основных терминов, параметров, характеристик, которые должен усвоить студент при подготовке к занятию.

№	Терминология	Определение
1	Стеаторея	Выделение увеличенного количества жира с каловыми массами (больше 5 г/сут) вследствие нарушения всасывания жира в кале
2	Амилорея	Выделение большого количества

		непереваренного крахмала с испражнениями
3	Креаторея	Повышенное содержание азота в каловых массах вследствие нарушения пищеварения
4	Мальабсорбция	Нарушение всасывания в тонком кишечнике
5	Мальдигестия	Нарушение полостного пищеварения, обусловленное недостаточностью поступления в кишечник пищеварительных ферментов

#### 4.2 Теоретические вопросы к занятию:

- 1/ Определение ХП.
- 2/ Этиология и патогенез ХП
- 3/ Основные клинические признаки ХП
- 4/ Классификация хронического панкреатита.
- 5/ Особенности клинического течения
- 6/ Диагностика хронического панкреатита
- 7/ Дифференциальная диагностика
- 8/ Осложнения
- 9/ Основные принципы диетотерапии
- 10/ Дифференцированное лечение. Выпишите рецепты
- 11/ Санаторно-курортное лечение, профилактика хронического панкреатита
- 12/ Медико-социальная экспертиза, вопрос трудоустройства

#### 4.3 Практические задачи, которые выполняются на занятии :

- целеустремленно собрать жалобы и анамнез у больного;
- провести обследование, выявить и дать оценку изменениям в его состоянии;
- сформулировать предварительный диагноз
- составить план дополнительных обследований и оценить его результаты.
- дать оценку лабораторным и инструментальным методам исследования.
- составить схему дифференциального диагноза
- сформулировать обоснованный клинический диагноз согласно требованиям современной классификации
- составить план лечения в зависимости от варианта течения хронического панкреатита
- назначить восстановительное лечение на разных этапах реабилитации
- определить тактику решения вопросов медико-социальной экспертизы, трудоустройства, профилактики

**Панкреатит** – заболевание ПЖ связанное с активацией панкреатических ферментов внутри самой железы и ферментативной токсемией. По течению панкреатит может быть острым, хроническим.

Хронический панкреатит - хроническое полиэтиологическое воспалительно-дистрофическое заболевание поджелудочной железы, которое характеризуется прогрессирующим течением, нарастающими очаговыми, сегментарными или диффузными дегенеративными и деструктивными изменениями ее паренхимы и развития фиброза, нарушениями проходимости панкреатических протоков (образованием псевдокист, кальцификатов, конкрементов), постепенным замещением паренхимы органа соединительной тканью с развитием ее экзо- и эндокринной недостаточности (П.А. Кольцов, 1998).

**Этиология.** Основными причинами развития хронического панкреатита является интоксикация алкоголем и заболевания билиарной системы: желчекаменная болезнь, хронический некалькулезный холецистит и другие.

Алкогольные панкреатиты встречаются в 25-56 % больных (в основном у мужчин), а холецистопанкреатиты в 25-40% (преимущественно женщины). К этим двум важным этиологическим группам примыкает третья - патология области большого дуоденального сфинктера (папиллиты, сфинктериты, дивертикулиты и другие) и двенадцатиперстной кишки (язвенная болезнь, эрозии, гастродуодениты). Четвертая наиболее малочисленная группа объединяет разные причины, в частности, травмы поджелудочной железы, панкреатотоксические лекарства (сульфаниламиды, тетрациклин, хлортиазид, фуросемид, иммунодепрессанты, антикоагулянты, индометацин, ибупрофен, эстрогены), вирусные инфекции (вирус гепатита В и С, вирус эпидемического паротита, гиперлипидемии, гиперпаратиреоз и другие).

**Патогенез.** В патогенезе хронического панкреатита выделяют несколько звеньев, которые нередко зависят от этиологического фактора и дополняют друг друга. Нарушение оттока панкреатического секрета вследствие спазма или органического сужения сфинктера Одди, а также дискинезии двенадцатиперстной кишки, усиление панкреатической секреции под влиянием гастроинтестинальных гормонов, инкреция которых стимулируется приемом алкоголя, прямое токсичное влияние последнего и его метаболитов на ткань железы, повышение концентрации желчных кислот, содержащего белка в панкреатическом соке при одновременном снижении секреции бикарбонатов приводят к развитию заболевания.

Рефлюкс желчи и дуоденального секрета, которые содержат активированные энтерокиназой протеолитические ферменты, желчные кислоты, лизолецитин, эмульгированные жиры, бактерии, вызывают повреждение паренхимы поджелудочной железы непосредственно или через каскадную активацию панкреатических энзимов. При этом трипсин вызывает коагуляционный некроз ацинарной ткани с лейкоцитарной инфильтрацией: А- и В-фосфолипазы уничтожают фосфолипидный пласт мембран и клеток; эластаза расщепляет эластичный каркас стенок сосудов и таким образом оказывает содействие геморагиям. Активация каликреина приводит к повышению сосудистой проницаемости, отека ткани железы и усилению болевых ощущений. Вследствие отека, а потом и склеротических изменений ацинарной ткани затрудняется лимфоотток, ухудшается микроциркуляция, вследствие образования и выпадения в осадок в капиллярах и венах фибринных нитей и их микротромбирование. Одновременно наступает уплотнение поджелудочной железы за счет разрастания соединительной ткани, фиброза.

В последние годы широко обсуждается теория, “окислительного стресса” - накопление в ацинарных клетках продуктов ПОЛ, свободных радикалов, которые вызывают повреждение клеток, воспаление, синтез белков острой фазы. Роль врожденного или приобретенного дефекта синтеза литостатина, который приводит к преципитации белка и кальция и обструкции мелких протоков с последующим перидуктальным воспалением и фиброзом.

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ (МКБ - 10)			
K86.0	Хронический панкреатит	алкогольной этиологии	
K86.1	Другие хронические панкреатиты (хронический панкреатит неуточненной этиологии, инфекционный, рецидивирующий)		
K86.2	Киста	поджелудочной железы	
K86.3	Псевдокиста	поджелудочной железы	

## КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА Марсельско-римская классификация (1988 г.):

1. Хронический кальцифицирующий панкреатит.
2. Хронический обструктивный панкреатит.
3. Хронический фиброзно-индуративный (воспалительный) панкреатит.
4. Хронические кисты и псевдокисты поджелудочной железы.

Течение заболевания:

1. Панкреатит легкой степени тяжести - признаки нарушения внешнесекреторной и внутрисекреторной функции не выявляются.
2. Панкреатит средней степени тяжести - есть нарушение внешне - внутрисекреторной функции.
3. Панкреатит тяжелой степени (терминальная, кахектичная стадия) - наличие стойких панкреатических поносов, гиповитаминоза, прогрессирующего истощения.

Классификация ХП (по А.С.Логинову):

1. Хронический рецидивирующий панкреатит (частые рецидивы, которые напоминают клинику острого панкреатита).
2. ХП с постоянным болевым синдромом.
3. Латентный, безболевой ХП (преимущественно с нарушением эндокринной функции ПЖ).
4. Псевдотуморозный ХП.

Выделяют три стадии заболевания : I - начальная (легкое течение), II - средней тяжести, III – тяжелое течение. II и, особенно, III стадии заболевания протекают с нарушением внешнесекреторной и инкреторной функции ПЖ.

Развернутый клинический диагноз формулируется с учетом :

- 1) формы заболевания (по клинической классификации);
- 2) степени тяжести течения (легкая, средняя тяжесть, тяжелая);
- 3) фазы (обострение, ремиссии);
- 4) наличия функциональных нарушений:
  - с нарушением внешней секреции (снижение, гиперсекреция),
  - с нарушением инкреторной функции (нарушением толерантности к глюкозе, сахарный диабет, гиперинсулизм);
- 5) - с установлением этиологического фактора.

### Осложнения ХП:

- абсцесс ПЖ (после тяжелых обострений и присоединения инфекции);
- псевдокисты ПЖ;
- механическая желтуха (вследствие обструкции холедоха, его сдавливания увеличенной головкой поджелудочной железы);
- развитие холангита, билиарного цирроза;
- хроническая дуоденальная непроходимость;
- панкреатический асцит (вследствие разрыва панкреатических протоков из-за повышения внутрипротокового давления);
- инфекционные осложнения (воспалительные инфильтраты, гнойные холангиты, сепсис, перитонит);
- эрозивный эзофагит;
- желудочно-кишечные кровотечения (при прорыве псевдокист или абсцессов в кишечник, варикозном расширении вен пищевода и кардиального отдела желудка, сопутствующей язвенной болезни, синдроме Меллори– Вейса);
- выпотной плеврит;
- гиповолемический шок (при выраженном обострении);
- некроз подкожно-жировой клетчатки;
- жировой некроз костного мозга;

- рак ПЖ;

**Клиническая картина.** В клинической картине хронического панкреатита ведущими являются:

- болевой
- диспепсический
- синдром внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы и связанные с ним синдромы мальдигестии и мальабсорбции с прогрессирующей потерей массы тела
- эндокринный синдром (панкреатический сахарный диабет)
- астено-невротический синдром.

Боль при хроническом панкреатите локализуется в эпигастральной области или в левом подреберье. У части больных хроническим панкреатитом боль имеет опоясывающий характер, которую нередко относят к патогномоничным признакам этого заболевания. Боль возникает, как правило, после приема пищи, особенно острой и жирной, алкоголя, может быть периодической, продолжительностью от нескольких часов до нескольких дней. В отдельных случаях боль постоянная, очень сильная, требует применения обезболивающих препаратов, вплоть до наркотиков. Как правило, она локализуется в глубине живота, нередко отдает вверх и назад, в спину, в левое плечо, в лопатку, левую половину грудной клетки. Реже отмечается иррадиация боли в правое плечо и лопатку, правую половину грудной клетки. Рефлекторная отдача боли в участок сердца может имитировать приступ стенокардии.

Боль в правой половине эпигастрия, возникающая во время приема пищи, а также употребления холодных шипучих напитков, крепких вин, острых приправ, имеет острый характер, характерный для патологических изменений сфинктера печеночно-поджелудочной ампулы и носит название сфинктерного.

Во время обострения заболевания увеличенная поджелудочная железа давит на брюшное сплетение, вызывая сильную боль. При этом больные занимают характерную позу - сидят, наклонившись вперед. Вследствие сильных болей больные часто ограничивают себя в еде, что является одной из причин похудения.

Иногда, при наличии других симптомов панкреатита, боли могут отсутствовать. В зависимости от характеристики можно выделить несколько видов абдоминального болевого синдрома при хроническом панкреатите:

- типичный
- язвенноподобный
- по типу левосторонней почечной колики
- по типу синдрома правого подреберья (в 30-40% случаев сопровождается желтухой)
- дисмоторный
- распространенный без четкой локализации

Диспепсический синдром при хроническом панкреатите охватывает две основные группы признаков. Первая группа связана с дискинезией нисходящего отдела

двенадцатиперстной кишки, которая протекает по типу дуоденостаза и проявляется тошнотой, отрыжкой, изжогой. Вторая группа признаков связана с внешнесекреторной недостаточностью железы и проявляется слюнотечением, рвотой, метеоризмом, нарушением стула с преобладанием поносов, или чередованием поносов и запоров. Рвота при панкреатите облегчения не приносит.

Синдром внешнесекреторной недостаточности возникает, как правило, после 5-10 лет заболевания и проявляется постоянными поносами, снижением массы тела. В стуле имеется большое количество нейтрального жира, в связи с чем он тяжело смывается с унитаза, блестящий, количество его большое (полифекалия). Ухудшается всасывание витаминов, развиваются разные варианты гиповитаминоза.

Синдром эндокринных нарушений у 30 процентов больных кальцинирующей формой хронического панкреатита, в 70 процентов некальцинирующей на поздних стадиях развития болезни проявляется снижением толерантности к углеводам, а в 10-30 процентов выявляются признаки сахарного диабета (А.И.Хазанов.1996). Последний имеет ряд особенностей, в частности для него нехарактерны такие явления, как кетоацидоз, вазопатии, нефропатии, редко повышается концентрация в крови липидов и холестерина. Иногда у больных алкогольным панкреатитом развиваются тяжелые гипогликемии, что связано с нарушением синтеза в поджелудочной железе глюкагона. В начальных стадиях хронического панкреатита, при сохраненной функциональной активности поджелудочной железы, в результате раздражения инсулярного аппарата, возникают явления гиперинсулинизма с клиническими проявлениями гиперинсулинизма - ощущение голода, дрожание во всем теле, слабость, потливость.

Астено-невротический синдром проявляется общей слабостью, быстрой утомляемостью, адинамией, нарушением сна. Синдром воспалительной и ферментативной интоксикации развивается лишь при повышенной секреторной активности ацинарной части поджелудочной железы и проявляется лихорадкой, тахикардией, лейкоцитозом, ускорением СОЭ, общей слабостью, гипотонией, отсутствием аппетита.

Аллергический синдром отмечается у 1/3 больных ХП, и у таких людей нередко имеются проявления пищевой, медикаментозной аллергии - крапивница, экзема, аллергические риносинусопатии, иногда эозинофилия в крови.

Синдром сжатия окружающих органов может развиваться при псевдотуморозном панкреатите и проявиться желтухой, дуоденостазом с частичной высокой кишечной непроходимостью, спленомегалией, в результате сжатия или тромбоза селезеночной вены, икотой, вследствие раздражения диафрагмального нерва, а при сжатии портальной вены - варикозным расширением вен пищевода и панкреатическим асцитом.

**Течение** хронического панкреатита можно поделить на три стадии (А. В. Яковенко, 2001).

В первой (начальной стадии, или периоде, продолжительностью до 10 лет) имеет место чередование обострений и ремиссий, основное проявление - боль разной интенсивности и локализации, в зависимости от поражений участков поджелудочной железы, диспепсический синдром носит сопутствующий характер и первым исчезает при лечении.

Во второй стадии (периоде) - стадии внешнесекреторной недостаточности (как правило, через 10 лет) болевой синдром уменьшается, клинические проявления определяют признаки экзокринной недостаточности.

В третьей стадии - осложненного течения хронического панкреатита, изменяется интенсивность, характер, иррадиация боли, появляется стойкий диспепсический синдром, явления гипогликемии, вследствие раздражения островкового аппарата поджелудочной железы и выброса инсулина, продолжительная гипермилаземия (при формировании кист).

**Диагностика.** Диагностика хронического панкреатита очень затруднена, что обусловлено анатомическим размещением поджелудочной железы, ее тесной функциональной связью с другими органами желудочно-кишечного тракта, отсутствием простых и доступных методов исследования.

Во время осмотра больного выявляют клинические признаки синдрома недостаточности внешней секреции и дефицит массы тела, снижение тургора кожи, проявления гиповитаминоза (заеды, сухость кожи, ломкость волос и ногтей). При осмотре также можно отметить желтушность слизистых и кожи.

1. Пальпация живота: пропальпировать поджелудочную железу почти не удастся, за исключением кистозных и опухолеподобных форм. При острых и подострых формах иногда можно определить границы болевой резистентности поджелудочной железы.

Некоторое диагностическое значение имеют определенные болевые точки, которые могут помочь заподозрить хронический панкреатит. В частности:

- а) точка Мейо-Робсона - болезненность при пальпации на границе внешней и средней трети линии, которая соединяет пупок со серединой левой реберной дуги.
- б) точка Малле-Ги - болезненность в месте пересечения внешнего края левой прямой мышцы с реберной дугой;
- в) симптом Тужилина - появление на коже живота, груди и спины красных пятнышек круглой формы, которые не исчезают при нажиме и являются сосудистыми аневризмами.
- г) симптом Холтеда - участка цианоза передней брюшной стенки.
- д) симптом Куллена - цианоз вокруг пупка.
- е) симптом Мондора - фиолетовые пятна на лице и теле.

Патологический процесс в головке поджелудочной железы нередко сопровождается болезненностью при пальпации в зоне Шофара-Риве, а для локализации в теле и хвосте характерная пальпаторная болезненность в зоне Губергрица-Скульского, которые образуются средней линией, которую проводят от пупка до вершин подмышечных впадин с обеих сторон. На такой линии на 5-6 см выше пупка находится точка Дежардена, а слева, симметрично - точка А. Губергрица.

- е) симптом Воскресенского - отсутствие пульсации брюшной аорты.
- ж) симптом Чухриенко - болезненность при толчкообразных движениях снизу вверх кистью, поставленной поперек живота ниже пупка.
- з) симптом Георгиевского-Мюсси - слева болезненность при нажиме между ножками грудинно-ключично-сосцевидной мышцы.
- и) синдром Эдельмана - кахексия, фолликулярный гиперкератоз, утонченность кожи, ее диффузная сероватая пигментация, паралич глазных мышц, вестибулярные расстройства, полиневриты, изменение психики, которые развиваются при выраженной недостаточности секреторной функции поджелудочной железы.



й) симптом Гротта - атрофия подкожной клетчатки в проекции поджелудочной железы.

### **Лабораторно-инструментальные исследования.**

1.Повышение активности амилазы в моче и сыворотке крови, особенно в период выраженного болевого синдрома. Причем определение активности амилазы должно проводиться не одновременно, а два-три раза, особенно после инструментальных исследований (гастроскопии, рентгеноскопического обследования желудка и кишечника).

2. Определение в сыворотке крови активности трипсина, его ингибиторов, липазы, эластазы, последняя есть наиболее чувствительным маркером поражения ПЖ.

3. Копрологическое исследование. Каловые массы имеют серый оттенок, резкий запах и жирный вид. Их суточное количество превышает 200 г. Повышение содержимого нейтрального жира в кале тоже является чувствительным признаком панкреатической недостаточности. Для стеатореи характерно выделение с калом больше 7-9 г жира, при пребывании больного на рационе, который содержит 100 г жира. Несколько позднее стеатореи появляется креаторея - выявление больше 10 мышечных волокон в поле зрения при микроскопии кала.

4. Исследование внешнесекреторной функции поджелудочной железы, после стимуляции гастроинтестинальными гормонами и гормоноподобными пептидами (секретином, панкреозимином, церулеином, пентагастрином). Критерием гипофункции поджелудочной железы есть снижение объема секреции бикарбонатов и, реже, дебита ферментов в дуоденальном содержимом, полученном при дуоденальном зондировании с помощью двух- и трехканального зонда.

В качестве диагностического критерия хронического панкреатита, также может быть использовано определение активности хемотрипсина в дуоденальном аспирате в объединении с исследованием пиковой продукции бикарбонатов при стимуляции панкреозимином и секретинном.

5. ПАБК-тест (ПАБА-спофа-гност, флюоресцин-дилауратный тест, ФД-тест), основанный на приеме внутрь 1-2 г трипептида парааминобензойной кислоты, который хемотрипсином расщепляется в тонкой кишке. В норме за 8 часов с мочой выделяется не меньше 50 процентов принятой внутрь парааминобензойной кислоты.

6. Тест с нагрузкой глюкозой. Больному с подозрением на хронический панкреатит дается внутрь 75 г глюкозы. При этом уровень глюкозы в крови через два часа не должен превышать 8 ммоль/л. Уровень глюкозы в крови от 8 до 11 ммоль/л свидетельствует о нарушении толерантности к глюкозе, а выше 11 ммоль/л - о сахарном диабете.

7. А. Выявление на обзорных рентгенограммах живота кальцинатов, особенно часто в области головки и правой половине тела поджелудочной железы, которые наиболее часто регистрируются при хроническом панкреатите алкогольной этиологии.

Б. При рентгенологическом исследовании желудка и двенадцатиперстной кишки обнаруживают косвенные, характерные для хронического панкреатита признаки, такие как:

а) дискинезия вертикального отдела двенадцатиперстной кишки, которая нередко переходит в дуоденостаз;

б) изменение положения и конфигурации желудка и двенадцатиперстной кишки (смещение вверх антрального отдела и расширение дуги двенадцатиперстной кишки);

в) разные изменения медиальной стенки двенадцатиперстной кишки (нечеткость и неровность контура, симптом “кулис”, симптом Фростберга).

8. Выявление при эндоскопическом обследовании желудка и двенадцатиперстной кишки признаков дуоденального папилита, парафатерального дивертикула, экзогастральной деформации задней стенки тела желудка (симптом “панкреатического порога”), который свидетельствует об увеличении размеров железы, дискинезии вертикального отдела двенадцатиперстной кишки.

9. Выявление псевдокист, кальцинатов, опухолеподобных образований, изменение диаметра панкреатического протока при ультразвуковом исследовании. Кроме того, для хронического панкреатита при ультразвуковом исследовании характерны неровность контуров железы, изменение ее размеров, увеличение плотности поджелудочной железы. Фиброзноизмененная железа имеет вид выгнутого тяжа, плотность которого выше от плотности печени.

10. Компьютерная томография поджелудочной железы позволяет выявить характерные для хронического панкреатита участки обызвествления, некроза, кисты, а также отдефференцировать хронический панкреатит от карциномы железы. Нередко необходимо использовать методику “усиления” за счет введения в вену водорастворимых контрастных веществ.

11. Магнито-резонансная томография (МРТ) определяет положение, форму, величину и отношение поджелудочной железы к соседним структурам (нижней полой вены, хвостатой доли печени, левой почки, селезенки).

12. Стриктуры и стаз в панкреатических протоках, деформация главного панкреатического протока, неравномерность его просвета с чередованием стенозов и расширений, изменения в боковых протоках, закупорка мелких протоков (первого и второго порядка) с образованием кистозных расширений, нарушение высвобождения главного протока (меньше 2 мин, больше 5 мин) при проведении эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ). Вместе с тем, необходимо отметить, что последняя должна проводиться по строгим показаниям преимущественно с целью дифференциальной диагностики хронического панкреатита и карциномы поджелудочной железы.

### **Дифференциальный диагноз.**

Дифференциальную диагностику хронического панкреатита необходимо проводить с:

1. опухолью поджелудочной железы
2. язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки
3. хроническим холециститом
4. желчнокаменной болезнью
5. хроническим энтеритом, энтероколитом
6. глютеиновой болезнью
7. дисахаридазодефицитными энтеропатиями
8. муковисцидозом

9. гемохроматозом

10. ишемической болезнью сердца.

Крите-рии	ХП	Рак ПЖ	Муковисцидоз (кисто- фиброз ПЖ – врожденное системное заболевание)	Хронический энтерит
Начало	Часто после острого панкреатита	Незаметный	В раннем возрасте	В ряде случаев после острого энтерита или энтероколита
Возраст	Средний, преклонный	Преклонный	Детский, реже встречается в среднем возрасте	Средний, преклонный
Пол	Чаще женщины	Мужчины	Не характерен	Не характерен
Этиоло- гическ ие факт оры	Злоупотр ебле- ние алкоголе м, жирной и острой пищей, переедан ие	Этиология не известна, часто на фоне ХП	Генетический дефект ферментных систем, секреторных клеток, экзокринных желез	Систематиче- ское нарушение диеты
Боль	Тупая, сильная, редко локализу ется в эпигастр ии	Различного характера	Не характерна	Преимущест венно в мезогастр ии
Аппетит	Сниженный	Резко сниженный, иногда извращенны й  (отвращение к мясу)	Нередко повышенный	Сниженный
Сопутс твующ	Хрониче ский холецист	Хронически е воспалитель	Хроническая пневмония, бронхоэктатическа	Хронически й колит, гипосекре-

ие заболеван ания	ит, алкоголь ный гепатоз, алкоголь ная кардиоми опа- тия	ные процессы других отделов ЖКТ	я болезнь	торный колит, другие заболевания органов пищеварени я
Желтуха	Редко (подпече ночная, механиче ская) незначит ельная	При поражении головки ПЖ характерна (механическ ая),значител ьная	Отсутствует	Отсутствует
Содер жание пан- креа- тичес- ких фер- ментов в дуо- деналь ном соке	Сниженное	Нормальное или сниженное	Сниженное	Нормальное или несколько снижено
СОЭ	Нормаль ная или умеренно повышен ная	Прогрессиру ю-щее повышение	Изменения мало - характерны	Нормальная или повышенная
Угле- водный обмен	Может быть нарушен	Может быть нарушен	Не нарушен	Не нарушен
Течение	Без лечения часто медленно прогресс ирую- щее с периодам и ремиссии	Быстро прогрессиру ю-щее	Прогрессирующее	Без лечения часто медленно прогрессиру ю-щее с периодами обострения и ремиссии

	и обострен ия			
--	---------------------	--	--	--

ХП следует отличать от других заболеваний ЖКТ и, в первую очередь, от хронических заболеваний желчных путей и печени. Заболевание желчных путей характеризуется, прежде всего, наличием боли в правом подреберье с иррадиацией вправо и вверх (лопатку, плечо, шею), что исключительно редко наблюдается при панкреатите.

Даже в случаях правосторонней локализации при поражении головки ПЖ боль отдает не вправо, а в спину, поясницу, возможная боль опоясывающего характера.

В случаях поражения желчевыводной системы при пальпации определяется увеличение печени, болезненность в области печени или желчного пузыря, уплотнение нижнего края печени, наличие симптома Ортнера, болезненность точек Мюсси, Кера и др. Важным дифференциально-диагностическим признаком является выявление при дуоденальном зондировании элементов воспаления в порциях желчи В и С при заболевании желчных путей и изменений концентрации ферментов при панкреатите. Для распознавания заболеваний желчных путей, особенно калькулезного холецистита, используют рентгенологическое исследование (контрастную холецистографию), УЗИ. Выявлению ХП в условиях поражения головки помогает также УЗИ или дуоденография в условиях искусственной гипотонии 12-перстной кишки.

Язвенная болезнь отличается своеобразным анамнезом и, в первую очередь, закономерной связью между возникновением боли и приемом пищи, сезонностью обострения, наличием рвоты, которая облегчает боль, отсутствием поносов. При язвенной болезни также наблюдается гиперацидность и гиперхлоргидрия, наличие скрытой крови в кале. Выявление с помощью эндоскопического или рентгенологического исследования “ниши” в 12-перстной кишке подтверждает диагноз язвенной болезни.

Хронические гастриты отличаются от панкреатита характерным для них диффузным и нерезким болевым синдромом в эпигастрии, ощущением тяжести, диспепсическими нарушениями (тошнотой, рвотой, изжогой, отрыжкой), неприятным привкусом во рту, нарушением желудочной секреции и наличием в желудочном соке большого количества слизи. Для уточнения диагноза используют рентгенологическое и эндоскопическое исследования. Следует помнить о возможностях объединения ХП с гастритом, который иногда затрудняет диагностику этих заболеваний.

Стенокардию, а особенно инфаркт миокарда, следует дифференцировать с ХП лишь в тех случаях, когда панкреатит сопровождается болью в области сердца. Для уточнения диагноза в этих случаях используются анамнестические данные и результаты лабораторных (общий анализ крови, коагулограмма, ферменты и др.) и инструментальных (ЭКГ, УЗИ, рентгенологических) исследований.

#### **Лечение хронического панкреатита:**

- устранение провоцирующих факторов;
- ликвидация болевого синдрома;
- коррекция экзокринной и эндокринной функций ПЖ;
- устранение сопутствующих заболеваний пищеварительной системы.
- Обязательная госпитализация в гастроэнтерологические или хирургические стационары;

Режим лечения определяется степенью тяжести течения болезни. В период обострения больной должен находиться на постельном режиме (режим 2), в дальнейшем при улучшении состояния - на полупостельном (режим 3) и в дальнейшем - на общем (режим 4).

Питание больного регламентируется также его состоянием. В острый период назначается голод на 3-5 дней с чрезмерным слабощелочным питьем или минеральных вод.

(Лужанская, Свалявская и др.) температурой 20-22°C, неконцентрированного отвара шиповника, чая.

Из питания исключаются механически, химически раздражающие, экстрактивные вещества, растительная клетчатка, кислоты, алкогольные напитки. Назначаются слизи, протертые супы, жидкие каши, картофельное пюре, белковые омлеты, свежий сыр, отварное мясо, отварная рыба, белый черствый хлеб, компоты из сухофруктов, ягод, отварные овощи и фрукты. По мере снижения активности воспалительного процесса пищевой режим расширяется в пределах диеты № 5. Если в первые дни ограничивается калорийность пищи до 1200, то с улучшением состояния увеличивается до 2500 (белков 100 г, жиров 50 г, углеводов 400 г) и в период ремиссии - 2500 - 3000 калорий.

С целью снижения функциональной активности поджелудочной железы на зону левого подреберья кладут пузырь со льдом или проводят локальную желудочную гипотермию на протяжении одного-двух часов с одно-, трехчасовым интервалом;

### **Ликвидация болевого синдрома:**

Для его ликвидации используют препараты, обладающие спазмолитическим действием, снимают спазм сфинктера Одди, уменьшают внутриорганный давление, восстанавливают отток панкреатического секрета.

- периферические М-холинолитики (атропин 0,1% раствор 1,0 под -кожно, два-три раза в день; метацин 0,1% раствор 1,0 подкожно, два-три раза в день; платифиллина гидротартрат 0,2% раствор по 8 мг три-четыре раза в день).

- селективный М-холинолитик (гастроцепин по 2 мл внутримышечно или в таблетках по 0,05г два-три раза в день).

- миотропные спазмолитики (2% раствор но-шпы по 2,0 мл внутримышечно; папаверин 2% 3,0 мл внутримышечно; фаникаберан по 2 мл 0,25% раствора; бускопан по 1,0 мл внутримышечно).

- при стойком болевом синдроме назначают 2-5 мл 50% раствора анальгина внутримышечно или 5 мл баралгина внутримышечно. По мере стихания боли назначают эти препараты внутрь. У отдельных больных возникает необходимость в назначении 1-2 мл 1-2% раствора промедола подкожно или внутримышечно. Эти препараты можно объединять с антигистаминными, в частности, димедролом по 1 мл 1% раствора подкожно или внутримышечно; супрастин по 1 мл 2% раствора внутримышечно; фенкарол по 0,025 г внутрь; диазолин по 0,05 г три раза в день; тавегил по 1-2 мл 0,1% раствора внутримышечно.

- С целью обезболивающего действия также можно назначать 0,25% раствор новокаина 200-250 мл внутривенно капельно.

- Спазм сфинктера Одди хорошо снимается внутривенным введением 10 мл 2,4% эуфиллина в 10-20 мл изотонического раствора, а также употреблением под язык нитроглицерина в дозе 0,0005 г. При подозрении на нарушение функции сфинктера Одди, а также при холецистопанкреатитах эффективными являются назначения одестона (гемекремона) по 200-400 г 3р.

Для угнетения секреторной функции поджелудочной железы, кроме голодания, рекомендуется постоянное отсасывание желудочного содержимого, прием антацидов, блокаторов Н<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов I, II и III поколений (циметидин, ранитидин, фамотидин), а также блокаторов протонной помпы (омепразол, омез, контролок, париет), а при объединении хронического панкреатита с ишемической болезнью используют В-адреноблокаторы (анаприлин, индерал, обзидан), синтетического опиоидного пептида-даларгина по 1 мл внутримышечно два раза в день.

**При отеке железы**, а также при значительной и стойкой гиперферментемии (повышение уровня амилазы в крови и мочи), характерных для кистозных форм заболевания, показана антиферментная терапия с помощью антипротеолитических препаратов (трасилол - по 100-200 тыс. ед. в сутки; контрикал-20-40 тыс. ед.; гордокс-50 и больше тыс.). Препараты вводятся внутривенно капельно в 0,9% растворе NaCl. Кроме того, с этой же целью внутривенно капельно вводится аминокарпроновая кислота по 200,0 мл 5% раствора, один-два раза на день.

Октреотид (сандостатин) по 100 мкг подкожно, 2-3р в день, 3-5 дней, вызывает сильный угнетающий эффект на секрецию ферментов поджелудочной железы, желудка.

Стиламин (соматостатин) - по 250 мкг (1 ампула) на 100-200 мл физиологического раствора внутривенно по 3-5 капель в 1 мин, № 3-4.

- В тех случаях, когда обострение хронического панкреатита сопровождается **перипанкреатитом**, который визуализируется при ультразвуковом исследовании и компьютерной томографии, повышении температуры тела, выраженной интоксикации, а также для профилактики септических осложнений назначаются антибиотики (ампицилин, оксацилин до 4-6 г внутримышечно или внутрь; ампиокс внутримышечно 2 г в день; кефзол, клафоран по 2-4 г ; гентамицин 0,8 мг/кг, два-четыре раза в день; доксацилин (вибромицин) по 0,1 г 4-6 раз в день, внутрь.

**Для снижения гипертензии в протоках поджелудочной железы** также назначается церукал в таблетках или внутривенно, или внутримышечно; сульпирид (еглонил) по 100 мг внутримышечно.

**Для борьбы с интоксикацией, обезвоживанием**, электролитными нарушениями, сосудистой недостаточностью, в период выраженного обострения хронического панкреатита назначают гемодез, солевые растворы (дисоль, трисоль, ацесольхлосоль, квартасоль), реополиглюкин, реомакродекс внутривенно капельно от 400 мл до 1 л.

#### **Поддерживающая терапия в период ремиссии включает:**

Диету № 5 П в двух вариантах. Первый вариант отличается низкой калорийностью, механической и химической разгрузкой поджелудочной железы. Эта диета назначается на 5-7 дней, калорийностью 1800-2000 ккал, содержит 80-90 г белков, 40-60г жиров, 200-250 г углеводов, прием пищи 5-6 раз.

Второй вариант назначается в фазе ремиссии, его энергетическая ценность-2500-2800 ккал, белка -110-120 г, углеводов - 300-350 г, жиров-80 г.

2. Заместительная терапия включает прием препаратов поджелудочной железы, которые содержат панкреатические ферменты (панзинорм, креон , полизим, панкурмен, котазим, мезим-форте, панкреатин, солиз им, сомиласа, ораза, фестал, дигестал, энзистал, меркензим, панцитрат, пепфиз).

3. Для стимуляции репаративных процессов в поджелудочной железе необходимо назначать метилурацил по 0,25-0,5 г три раза в день внутрь, калия оротат по 0,5 г три раза в день, рибоксин по 0,2-0,4 г три раза в день, кобамамид внутрь по 0,0005-0,001г три раза в день.

4. Лечение минеральными водами, температуры 37-40С, начиная с 1 стакана, постепенно доведя их дозу до 200,0 мл. Из минеральных вод показаны те, что содержат сульфатные и гидрокарбонатные ионы, магний, кальций, микроэлементы. В период затухающего обострения назначают электродренинг контрикала, гамма-оксимасляной кислоты, низкочастотное переменное магнитное поле, диодинамические токи, ультразвуковая терапия, методики которых приведены в специальных учебниках.

Хирургическое лечение применяют при осложненных формах хронического панкреатита, которые сопровождаются внутрипротоковой гипертензией, наличием камней в протоке поджелудочной железы, образованием кист, сжиманием общего желчного протока, возникновением обтурационной желтухи, нарушением проходимости двенадцатиперстной кишки. Операцию выполняют как на сопредельных с поджелудочной железой органах (желчных протоках, пищеварительном канале), так и на самой поджелудочной железе. Операции на поджелудочной железе могут быть как органосберегающими (внутреннее дренирование протоков или кист), так и те, которые предусматривают разную по объему резекцию (удаление наиболее пораженной части) органа. Выбор объема оперативного вмешательства определяют после комплексного обследования пациента специалистом, который владеет достаточным опытом в хирургической панкреатологии.

### **Прогноз и осложнения.**

Прогноз хронического панкреатита без адекватного лечения преимущественно неблагоприятный. Серьезными осложнениями болезни являются: сахарный диабет, абсцедирование и обызвествление поджелудочной железы, образование псевдокист, кровотечения, асцит, плеврит, тромбоз селезеночной вены и т.п..

**Профилактика** хронического панкреатита состоит в предотвращении заболеваний, которые служат причиной панкреатита (холецистит, желчнокаменная болезнь, дуодениты, ожирение) и своевременное их лечение. Больной должен целиком отказаться от употребления алкоголя, на протяжении всей жизни придерживаться рационального питания.

### **ЛИТЕРАТУРА:**

1. Н.Швец, И.Н.Скрыпник, Т.М.Бенца/Фармакотерапия заболеваний пищеварительной системы в практике терапевта.-Киев.2007
2. Клиническая гастроэнтерология (Протоколы диагностики и лечения) (Филиппов Ю.А.,Бойко Т.И.,Гравіровська Н.Г. и другие)-2003.
3. Справочник по гастроэнтерологии и гепатологии: справочное издание / Сек.Блум, Дж.Вебстер, пер с англ. под ред. В.Т.Ивашкина, Ы.В.Маэва, А.С.Трухманова. – М.: Гозтар-медиа, 2010. – 592 с.
4. Современные классификации и стандарты лечения распространенных заболеваний внутренних органов / под ред. проф. Ю.М.Мостового. – 14-е изд., доп. и перераб. – Вінниця: ДП «ДКФ», 2012. – 576 с.
5. Триполка С.А. Дифференциальная диагностика суставного синдрома в практике семейного врача / Сек.А.Триполка, А.В.Благовещенская // Украинский терапевтический журнал. – 2011 – № 2. – С.73-78.
6. Шулипенко И.М. Пропедевтика внутренней медицины: Общая семиотика и диагностика: Учеб. пособие. – К.: Медицина, 2008. – 304 с.

**Методические указания составил:**

**ассистент, к.мед.н Шапошник О.А.**