

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России
Кафедра факультетской терапии

ЛЕКЦИЯ:

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

Уфа-2022

medfish.ru

Определение

Хронический панкреатит (ХП) - хроническое прогрессирующее воспалительно-дистрофическое заболевание поджелудочной железы с постепенным замещением паренхимы органа соединительной тканью и развитием экзокринной и эндокринной недостаточности.

Различают **первичный** и **вторичный** ХП

- При **первичном** панкреатите воспалительный процесс изначально локализуется в поджелудочной железе.
- **Вторичный** (сопутствующий) ХП развивается на фоне каких-либо других заболеваний, чаще всего органов пищеварения (язвенная болезнь желудка, 12-перстной кишки, воспалительные заболевания желчевыводящих путей и др.)

Эпидемиология

- Распространенность хронического панкреатита колеблется от 0,2 до 0,6% в общей популяции
- Ежегодно регистрируется 7-10 случаев заболевания на 100 000 населения
- Рост заболеваемости связан с ростом алкоголизма, увеличением желудочно-кишечных заболеваний и заболеваний желчевыводящих путей

ЭТИОЛОГИЯ

1. Злоупотребление алкоголем

Частота алкогольного панкреатита составляет **от 25 до 50%** всех этиологических форм заболевания.

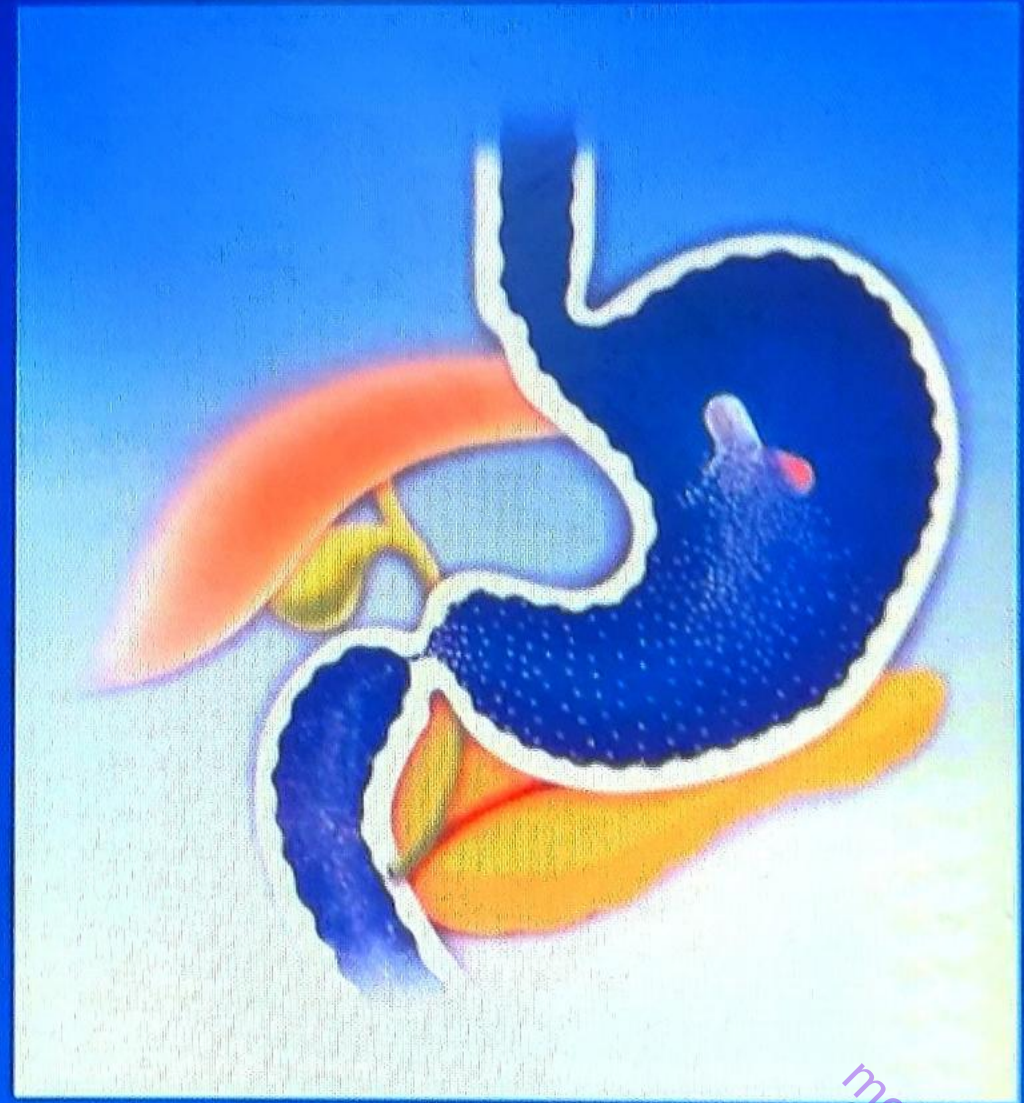
Употребление алкоголя в суточной дозе 80-120 мл этанола, включая пиво, джин с тоником, особенно в пластмассовых бутылках, на протяжении 3-5 лет приводит к гистологическим изменениям поджелудочной железы. Клинически выраженные проявления хронического панкреатита развиваются у женщин через 10-12 лет, а у мужчин - через 17-18 лет от начала систематического употребления алкоголя (!!!).

ЭТИОЛОГИЯ

- **Курение** повышает частоту болезни, снижает эффективность лечения и повышает уровень летальности

ЭТИОЛОГИЯ

**2. Заболевания
желчевыводящих
путей и
печени** (ДЖВП,
холециститы, ЖКБ,
гепатиты, циррозы и
т.д.) -
у 63% больных
(А.Я.Губергриц).



ЭТИОЛОГИЯ

3. Заболевания 12-перстной кишки, желудка и большого дуоденального соска (хронический дуоденит, дивертикулы 12-перстной кишки, в особенности околососочковые; язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки - при пенетрации язвы, расположенной на задней стенке желудка или 12-перстной кишки, в поджелудочную железу, а также обтурация большого дуоденального соска камнем, опухолью, паразитами).

ЭТИОЛОГИЯ

4. Алиментарный фактор:

- обильный прием пищи, особенно жирной, острой, жареной;
- значительное снижение содержания белка и жиров в рационе, поли-, гиповитаминоз) (недоедание). При дефиците белка и витаминов поджелудочная железа становится более чувствительной к воздействию и других этиологических факторов.

ЭТИОЛОГИЯ

5. Генетически обусловленные нарушения белкового обмена

(избыточное выделение с мочой отдельных аминокислот - цистеина, лизина, аргинина, орнитина и др.).

ЭТИОЛОГИЯ

6. Влияние лекарственных препаратов (длительный прием цитостатиков, эстрогенов, глюкокортикостероидов, сульфаниламидов, нестероидных противовоспалительных средств, тиазидных диуретиков, тетрациклина, азатиоприна, ингибиторов холинэстеразы) и **ТОКСИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ** (растворители, хлор- и фосфоорганические соединения, бензол и др.).

ЭТИОЛОГИЯ

7. Вирусная инфекция

Установлено, что некоторые вирусы могут быть причиной развития как острого, так и хронического панкреатита. Допускается **роль вируса гепатита В** (он способен реплицироваться в клетках поджелудочной железы), **вируса Коксаки** подгруппы В, причем чаще у лиц с антигенами HLA CW2.

Инфекционные заболевания (чаще — **инфекционный паротит**)

ЭТИОЛОГИЯ

8. **Дисметаболические заболевания:**
сахарный диабет, гиперлипидемия,
гемохроматоз
9. **Гиперпаратиреоз** (ХП встречается в
10-19% случаев из-за избыточной
секреции паратгормона и длительной
гиперкальциемии)
10. **Перенесенный острый
панкреатит**
11. **Травмы поджелудочной железы**

ЭТИОЛОГИЯ

12. Нарушение кровообращения в поджелудочной железе

Изменения сосудов, поджелудочную атеросклеротические тромбоз, эмболия, изменения при системных васкулитах), могут вызывать развитие ХП. мезентериальных кровоснабжающих железу (спазм, изменения, воспалительные)

ЭТИОЛОГИЯ

В патогенезе так называемого ишемического панкреатита имеют значение ишемия поджелудочной железы, ацидоз, активация лизосомальных ферментов, избыточное накопление в клетках ионов кальция, увеличение интенсивности процессов свободно-радикального окисления и накопление перекисных соединений и свободных радикалов, активация ферментов протеолиза.

ЭТИОЛОГИЯ

13. Генетическая предрасположенность

Существуют данные, подтверждающие участие генетических факторов в развитии ХП. Так, установлено, что у больных ХП чаще по сравнению со здоровыми выявляются антигены системы HLA A1, B8, B27, CW1. У больных, имеющих выявленные антипанкреатические антитела, чаще обнаруживается антиген HLA B15.

ЭТИОЛОГИЯ

14. Идиопатический хронический панкреатит

Этиологические факторы ХП удается установить лишь у 60-80% больных. В остальных случаях выявить заболевания не удастся. В этом случае говорят об идиопатическом ХП.

Патогенез

- В патогенезе ХП играют роль несколько факторов. **Этиологические факторы** → дистрофия и атрофия слизистой оболочки 12-ти ПК, нарушение продукции секрета и холецистокинина-панкреозимина → повышение давления в 12-ти ПК, спазм сфинктера Одди, **увеличение давления в панкреатическом протоке** → **нарушение оттока и задержка выделения** панкреатического секрета, а также проникновение и затекание **желчи** в проток поджелудочной железы с последующей **активацией собственных проферментов** (трипсиногена, химотрипсиногена, проэластазы, прокарибоксипептидазы А, В и профосфолипазы А) **в активные ферменты**, повреждающих ткани органа.

Патогенез

- Воздействие алкоголя, пищевых погрешностей приводят к истощению и уменьшению содержания гидрокарбонатов и объема жидкой части, нейтрализуют кислое желудочное содержимое в 12-перстной кишке, приводят к сгущению панкреатического сока, образованию белковых пробок, обтурирующих протоки, замедляя отток секрета → панкреатический секрет выходит в окружающую межуточную ткань → отек поджелудочной железы.

Патогенез

- В норме активирование ферментов поджелудочной железы происходит в просвете 12-перстной кишки, а при остром и хроническом панкреатитах активация этих ферментов идет уже в самой железе → **самопереваривание железы.**

Патогенез

- Активные ферменты переваривают клеточные мембраны, вызывают повреждение сосудов, возникают протеолиз, отек, некроз жировых и паренхиматозных клеток, происходят гиперплазия и кальцификация паренхимы железы.
- Может быть **инфицирование патологических очагов** поджелудочной железы и прилегающих тканей и органов

Патогенез

Таким образом, сдавление из-за отека ткани поджелудочной железы и самопереваривание железы активными ферментами панкреатического сока приводит к некрозу, атрофии ацинарных желез и фиброзу ткани поджелудочной железы. Затем железа рубцово сморщивается и происходит склерозирование органа →

- Развивается экзокринная (внешнесекреторная) недостаточность

- В патогенезе ХП также имеет значение **активация калликреин-кининовой, свертывающей и фибринолитической систем.** Это обуславливает развитие ДВС – синдрома с возникновением **тромбозов, кровоизлияний, нарушений микроциркуляции** вплоть до **коагуляционного некроза** с развитием тяжелых гемодинамических, электролитных нарушений.
- Из-за поражения **островков Лангерганса** развивается **эндокринная (внутрисекреторная) недостаточность** поджелудочной железы с развитием **сахарного диабета** (недостаточность инсулина) и **гипогликемический синдром** (недостаток глюкагона)

Патогенез

- В последние годы обсуждается **роль аллергических и иммунологических механизмов ХП** (развитие реакции замедленного типа, уменьшение количества Т-лимфоцитов, повышение функции Т-лимфоцитов-хелперов, появление антител к поджелудочной железе). Иммунологические процессы могут обусловить внутрипанкреатическую активность трипсина. Встречается чаще у женщин и протекает более тяжело по сравнению с формой без выраженных иммунологических нарушений.

Марсельско-римская классификация (1988)

1. **Хронический кальцифицирующий панкреатит** (наиболее частая форма, составляет от 49 до 95% всех панкреатитов); характеризуется образованием в протоках белковых преципитатов и камней с последующим стенозированием и атрофией протоков и ткани железы. Рецидивирующее течение с эпизодами обострения. Частая причина - **алкоголь**
2. **Хронический обструктивный панкреатит** (вторая по частоте форма ХП) — развивается в результате обструкции главного или крупных панкреатических протоков. Постоянный болевой синдром

Марсельско-римская классификация (1988)

3. **Хронический воспалительный (паренхиматозный)** (редкая форма) – характеризуется развитием очагов воспаления в паренхиме с преобладанием мононуклеарных клеток и участков фиброза, замещающих паренхиму железы с нарушением ее внешне- и внутрисекреторной функции
4. **Хронические кисты и псевдокисты поджелудочной железы**

Марсельско-римская классификация (1988)

1. **Хронический кальцифицирующий панкреатит** (наиболее частая форма, составляет от 49 до 95% всех панкреатитов); характеризуется образованием в протоках белковых преципитатов и камней с последующим стенозированием и атрофией протоков и ткани железы. Рецидивирующее течение с эпизодами обострения. Частая причина - **алкоголь**
2. **Хронический обструктивный панкреатит** (вторая по частоте форма ХП) — развивается в результате обструкции главного или крупных панкреатических протоков. Постоянный болевой синдром

По клинической симптоматике

- Латентный
- Болевой (с периодическими или постоянными болями)
- Безболевой (с экзо- или эндокринной недостаточностью)

Рабочая классификация ХПН (В.Т.Ивашкин, 1990)

По этиологии:

- Билиарнозависимый (при ХХ, ЖКБ и т.д.)
- Алкогольный
- Дисметаболический (при СД, гиперлипидемии и т.д.)
- Инфекционный
- Лекарственный
- Идиопатический

Рабочая классификация ХП (В.Т.Ивашкин, 1990)

По морфологическим признакам:

1. Интерстициально – отечный
2. Паренхиматозный
3. Фиброзно- склеротический или индуративный
4. Гиперпластический или псевдотуморозный
5. Кистозный

Пример формулировки диагноза:

- Хронический кальцифицирующий панкреатит смешанной этиологии с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы, средней степени тяжести, стадия обострения.

Клиническая картина

Осмотр: сухость, шелушение кожи, панкреатические капельки;

- Ожирение или дефицит массы тела;
- Вздутие живота
- Глоссит, стоматит

Клиническая картина

1. Болевой синдром - ведущий признак ХП. При локализации воспалительного процесса в области головки поджелудочной железы боли ощущаются в эпигастрии преимущественно справа, в правом подреберье, иррадиируют в область VI-XI грудных позвонков.

Клиническая картина

- При **тотальном** поражении поджелудочной железы **боль** локализуется во всей верхней половине живота и носит **опоясывающий** характер.
- Чаще всего **боли** появляются после обильной еды, особенно после жирной, жареной пищи, приема алкоголя, шоколада.

Клиническая картина

- Достаточно часто боли возникают или усиливаются через 40-60 мин после еды. При голодании боли успокаиваются, поэтому многие больные мало едят и потому худеют.
- Существует определенный суточный ритм болей: до обеда боли беспокоят мало, после обеда усиливаются (или появляются, если их не было до этого времени) и достигают наибольшей интенсивности к вечеру.

Клиническая картина

- Боли могут быть давящими, жгучими, сверлящими, значительно более выражены в положении лежа и уменьшаются в положении сидя с наклоном туловища вперед. При выраженном обострении хронического панкреатита и резком болевом синдроме больной принимает вынужденное положение - сидит с согнутыми в коленях ногами, приведенными к животу.

Клиническая картина

При пальпации живота определяются следующие болезненные зоны и точки:

- **зона Шоффара** - между вертикальной линией, проходящей через пупок и биссектрисой угла, образованного вертикальной и правой горизонтальной линиями, проходящими через пупок. Болезненность в этой зоне наиболее характерна для локализации воспаления в области головки поджелудочной железы

Клиническая картина

- **точка Дежардена** – расположена на 6 см выше пупка по линии, соединяющей пупок с правой подмышечной впадиной. Болезненность в этой точке характерна для локализации воспаления в области головки поджелудочной железы

Клиническая картина

- **точка Губергрица** - аналогична точке Дежардена, но расположена слева. Болезненность в этой точке наблюдается при воспалении хвоста поджелудочной железы

Клиническая картина

- **Симптом Мюсси** – болезненность при надавливании между ножками грудинно-ключично-сосцевидной мышцы слева
- **Симптом Керте** – болезненность в эпигастральной области на 5-7 см выше пупка

Клиническая картина

- У многих больных определяется положительный **признак Грота** - атрофия поджелудочной жировой клетчатки в области проекции поджелудочной железы на переднюю брюшную стенку.

Клиническая картина

2. Диспептический синдром - (панкреатическая диспепсия)

- проявляется повышенным слюноотделением, отрыжкой воздухом или съеденной пищей, тошнотой, рвотой, потерей аппетита, отвращением к жирной пище, вздутием живота.

Клиническая картина

3. Похудание - развивается вследствие ограничений в еде (при голодании боли уменьшаются), а также в связи с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы и всасывания в кишечнике.

Клиническая картина

4. **Панкреатогенные поносы и синдромы недостаточного пищеварения и всасывания** - характерны для тяжелых и длительно существующих форм ХП с выраженным нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы. При этом характерно выделение больших количеств зловонного кашицеобразного кала с жирным блеском (**стеаторея**) и кусочками непереваренной пищи.

Клиническая картина

- При тяжелых формах ХП развиваются **синдромы мальдигестии и мальабсорбции**, что приводит к снижению массы тела, сухости и нарушению кожи, гиповитаминозам (в частности, недостатку витаминов А, D, Е, К и других), обезвоживанию, электролитным нарушениям (снижению содержания в крови натрия, калия, хлоридов, кальция), анемии; в кале обнаруживаются жир, крахмал, непереваренные мышечные волокна.

Клиническая картина

- **Гемодинамические нарушения** – артериальная гипотония, синусовая тахикардия, одышка
- **Инкреторная недостаточность** – проявляется сахарным диабетом или нарушенной толерантностью к глюкозе.

Осложнения

В периоде обострения :

- Гиповолемический шок (!!!)
- Некрозы поджелудочной железы (!!!)
- Желудочно-кишечное кровотечение
- Желтуха
- Инфекционные: абсцессы в поджелудочной железе, гнойные холангиты, перитониты, сепсис
- ДВС - синдром

Клиническая картина

- **Гемодинамические нарушения** –
артериальная гипотония, синусовая
тахикардия, одышка
- **Инкреторная недостаточность** –
проявляется сахарным диабетом или
нарушенной толерантностью к глюкозе.

Осложнения

- Псевдокисты
- Секреторная недостаточность с синдромом мальабсорбции
- Сужение общего желчного протока, 12-ти перстной кишки
- Тромбоз селезеночной вены
- Выпот в плевральную, перикардальную, брюшную полости

Клинические формы

Латентная (безболевая) форма

- боли отсутствуют или слабо выражены;
- периодически больных беспокоят неинтенсивно выраженные диспептические расстройства (тошнота, отрыжка съеденной пищей, снижение аппетита);
- иногда появляются поносы или кашицеобразный кал;

Клинические формы

Хроническая рецидивирующая (болевая) форма - наблюдается у 55-60% больных и характеризуется периодическими приступами интенсивных болей опоясывающего характера или локализующихся в эпигастрии, левом подреберье. Во время обострения бывает рвота, наблюдаются увеличение и отек поджелудочной железы (по данным УЗИ и рентгенологического исследования), повышается содержание α -амилазы в крови и моче.

Клинические формы

Псевдоопухолевая (желтушная) форма - встречается у 10% больных, чаще у мужчин. При этой форме воспалительный процесс локализуется в головке поджелудочной железы, вызывая ее увеличение и сдавливание общего желчного протока. Основными клиническими признаками являются:

- желтуха; кожный зуд;
- боли в эпигастрии, больше справа;
- диспептические расстройства (обусловлены внешнесекреторной недостаточностью);
- потемнение мочи; обесцвеченный кал;
- значительное снижение массы тела;
- увеличение головки поджелудочной железы (обычно это определяется с помощью УЗИ).

Клинические формы

Хронический панкреатит с постоянным болевым синдромом.
Эта форма характеризуется постоянными болями в верхней половине живота, иррадирующими в спину, снижением аппетита, похуданием, неустойчивым стулом, метеоризмом. Может прощупываться увеличенная уплотненная поджелудочная железа.

Клинические формы

- **Склерозирующая форма хронического панкреатита.** Эта форма характеризуется болями в верхней половине живота, усиливающимися после еды; плохим аппетитом; тошнотой; поносами; похудением; выраженным нарушением внешнесекреторной и инкреторной функций поджелудочной железы. При УЗИ определяются выраженное уплотнение и уменьшение размеров поджелудочной железы.

Лабораторные данные

- **ОАК:** увеличение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом влево при обострении.
- **ОАМ:** наличие билирубина, отсутствие уробилина при псевдотуморозном (желтушном) варианте; повышение α -амилазы (диастазы) при обострении, снижение - при склерозирующей форме с нарушением внешнесекреторной функции.

Лабораторные данные

- **БАК:** при обострение - увеличение содержание α -амилазы, липазы, трипсина, γ -глобулинов, сиаловых кислот, серомукоида, билирубина за счет конъюгированной фракции при желтушной форме; глюкозы (уровень гликированного гемоглобина HBA1c) при нарушении инкреторной функции (склерозирующая форма); снижение уровня альбумина при длительном течении склерозирующей формы.

Лабораторные данные

Исследование внешнесекреторной функции поджелудочной железы:

- определение ферментов (липазы, α -амилазы, трипсина) в сыворотке крови и в моче, эластазы в крови и кале
- Исследование содержимого 12-ти перстной кишки до и после стимуляции секретин-панкреозимином (секретин-панкреозимин-тест); Лунд-тест
- ПАБК-тест

Лабораторные данные

- **Панкреозиминный тест.** У здоровых людей при стимуляции внешнесекреторной функции поджелудочной железы уровень панкреатических ферментов в сыворотке крови не превышает верхнюю границу нормы. Повышение уровня ферментов по сравнению с исходным на 40% считается положительным результатом теста.

Лабораторные данные

- **Копроцитограмма:** мазеподобная консистенция, непереваренная клетчатка, креаторея, стеаторея, амилорея при выраженной внешнесекреторной недостаточности.

ДИАГНОСТИКА

■ Оценка нутритивного статуса

Клиническая оценка нутритивного статуса должна проводиться **всем** больным ХП при поступлении в стационар, а также при амбулаторном обращении для оценки тяжести течения ХП и прогнозирования риска развития осложнений и неблагоприятных исходов.

ДИАГНОСТИКА

- **Оценка нутритивного статуса:**
- расчет индекса массы тела (ИМТ)
- констатации факта потери веса и ее выраженности
- наличия косвенных признаков:
трофологической недостаточности при общем осмотре больного (анемия, трофические расстройства кожи, признаки квашиоркора и т.п.)

Трофологический статус

Трофологический статус — это обусловленный конституцией (генотипом) и возрастом человека совокупность метаболических процессов организма обеспечивающих адекватное его функционирование с целью поддержания устойчивого гомеостаза и широких адаптационных резервов, зависящих от предшествующего фактического питания, условий жизни, а для больного еще и болезнью.

Инструментальные данные

Ультразвуковое исследование поджелудочной железы (можно оценить размеры железы, расширение и неровность контура протоков, псевдокисты и др.).

Инструментальные данные

Рентгенологическое исследование -

головка поджелудочной железы находится в подкове 12-перстной кишки, при этом необходимо замедлить пассаж бария сульфата в 12-перстной кишке, это достигается введением атропина и другими препаратами, ослабляющими перистальтику.

- **Обзорная рентгенограмма брюшной полости** указывает на кальцификацию поджелудочной железы.

Инструментальные данные

Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография - «золотой стандарт» выявляет следующие признаки хронического панкреатита:

- неравномерное расширение вирсунгова протока, его изломанный характер, деформация контура;
- камни в протоке поджелудочной железы;
- неоднородность контрастирования сегментов железы;
- нарушение опорожнения главного протока поджелудочной железы.

Инструментальные данные

- **Мультиспиральная компьютерная томография и магнитнорезонансная томография поджелудочной железы** выявляют уменьшение или увеличение размеров, изменения плотности железы, кальцинаты, псевдокисты.
- **Радиоизотопное сканирование поджелудочной железы** с использованием метионина, меченого селеном-75 - характерно увеличение или уменьшение ее размеров, диффузное неравномерное накопление изотопа.

Дифференциальная диагностика

- Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки
- Хронический холецистит
- Хронический энтерит и колит
- Хронический абдоминальный ишемический синдром
- Рак поджелудочной железы

Лечение

- При выраженном обострении ХП больным показана госпитализация.

Основными задачами лечения в этот период являются:

- 1) подавление желудочной секреции;
- 2) подавление секреции поджелудочной железы;

Лечение

- **Цель:** при хроническом панкреатите воздействовать на этиологические факторы и патогенетические механизмы. Устранить причины, приводящие к развитию болезни, что предусматривает санацию желчевыводящих путей (при необходимости холецистэктомия), лечение заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки, отказ от приема алкоголя, нормализацию питания (достаточное содержание белка).

Лечение

- При выраженном обострении ХП больным показана госпитализация.

Основными задачами лечения в этот период являются:

- 1) подавление желудочной секреции;
- 2) подавление секреции поджелудочной железы;

Лечение

Подавление желудочной секреции:

- **голод** в течение 1—3 дней; постоянное откачивание желудочного содержимого через зонд
- блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов в течение 6-8 недель: **ранитидин** по 150мг 2 раза в сутки или 300мг на ночь, **фамотидин** по 20мг 2 раза в сутки или 40мг на ночь
- В тяжелых случаях **квamatел** 20мг в/в струйно или капельно на физ.р-ре 2 раза в сутки

Лечение

- ингибиторы протонной помпы: **омепразол, лансопрозол, рабепразол** по 20мг 1-2 раза в сутки
- М-холинолитики селективные – **гастроцепин** по 50мг 2 раза в сутки
- антацидные препараты: **алмагель, фосфалюгель** по 1-3доз.ложки 3-4 раза в сутки за 30 мин до еды; **маалокс** по 1-2 табл. или 15 мл 3-4 раза в сутки через 1 после еды; **смекта** по 1 пакетiku 3 раза в сутки

Лечение

- Показанием к назначению ингибиторов является **выраженная гиперферментемия**, сопровождающаяся не стихающей болью в верхней половине живота. Введение препарата продолжают до наступления ремиссии (обычно уже на 3—4-й день отмечается положительная динамика клинических и биохимических показателей).

Лечение

**Купирование болевого синдрома и
устранение спазма
панкреатических протоков**

- М-холинолитики со спазмолитическим эффектом: **атропин** 0,1% по 1,0мл п/к 2 раза в сутки, **платифиллин** 0,2% по 1,0мл п/к 2-3 раза в сутки (можно в/в капельно с новокаином на физ.р-ре)

Лечение

- Миотропные спазмолитики : **дротаверин (но- шпа)** по 40мг 3 раза в сутки или по 2-4мл в/м; **пипаверия бромид (дицетел)** по 50мг 3 раза в сутки; **мебеверина гидрохлорид (дюспаталин)** по 200мг 2 раза в сутки
- Прокинетики, оказывающие противорвотное и противоикотное действие : **метоклопрамид (церукал)** по 10мг 3-4 раза в сутки или по 2мл в/м; **домперидон (мотилак, мотилиум)** по 10мг 3-4 раза в сутки в течение 4-6 недель

Лечение

- Для купирования выраженных болей назначают **анальгетики** в/м 1-2 раза в сутки (**анальгин, баралгин, кетонал** и др. в сочетании с антигистаминными препаратами, редко — **промедол**, **морфин противопоказан**, так как вызывает спазм сфинктера Одди).

Лечение

- Для восстановления баланса жидкости и электролитов, нарушенный вследствие рвоты, диареи, аспирации желудочного содержимого – **дезинтоксикационная терапия** (плазмозамещающие растворы, витамины): глюкоза 5% 400мл, аскорбиновая кислота 5% 2,0-4,0 в/в, в/м; натрия хлорид 0,9% 400мл; дисоль 400мл; трисоль 400мл, реополиглюкин 400мл, рефортан 500-1000мл в/в капельно

Лечение

Антибактериальная терапия:

- цефтриаксон, цефотаксим по 1г в/м 2 раза в сутки; амоксиклав 1,2г в/в в физ.р-ре; гентамицин 80мг 3 раза в сутки не более 6-7 дней; метронидазол в/в капельно; амоксициллин 500мг 3 раза в сутки; кларитромицин 250-500мг 2 раза в сутки
- Улучшение микроциркуляции и репарации: актовегин по 5мл в/м 10-15 инъекций, даларгин 1-2мл в/м в сутки

Лечение

- Химическое щажение состоит в **исключении** острых блюд, жареного, бульонов, ограничении поваренной соли. **Исключаются** грубая клетчатка (капуста, сырые яблоки, апельсины). Для уменьшения секреторной функции поджелудочной железы ограничивают жиры.

Лечение

- Внешнесекреторную недостаточность возмещают препаратами, содержащими пищеварительные ферменты (амилазу, липазу, трипсин), такими как **панкреатин (мезим форте, панкреофлат)** 10 000 и 25 000 ЕД, в средней дозе – 150 000 Ед в сутки; **креон, панцитрат** по 1-2 капс. 3-4 раза в сутки, **ликкреаза** по 1-3 капс. в сутки. Не рекомендуется использовать препараты, содержащие желчь и экстракты слизистой оболочки желудка. Адекватность дозы определяют клинически.

Лечение

- При умеренной внутрисекреторной недостаточности и сахарном диабете легкого течения ограничивают углеводы. Если нормализации гликемии не происходит, то назначают **препараты инсулина**.
- **Хирургическое лечение** показано при обтурации большого дуоденального сосочка, холедохолитиазе, механической желтухе, панкреонекрозе, ЖК кровотечениях, гнойных осложнения и пр.

Прогноз

- При соблюдении диеты, проведении противорецидивного лечения прогноз может быть благоприятным. Однако при длительном течении болезни трудоспособность больных снижается.
- При развитии осложнений прогноз остается серьезным

Санаторно-курортное лечение

Курорты:

1. Красноусольский
2. Юматово
3. Ессентуки
4. Трусковец
5. Моршин

Спасибо за внимание!

