

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Наименование дисциплины	Пропедевтика внутренних болезней
Специальность	31.05.02 Педиатрия
Форма обучения	Очная

Тема 9. Методы исследования больных с патологией поджелудочной железы. Синдромы, характерные для патологии поджелудочной железы. Симптоматология панкреатитов.

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»:

Разработаны

Доцент

Журбина Н.В.

Обсуждены на заседании кафедры
«Пропедевтики внутренних болезней»,
зав. кафедрой

Павленко В.В.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном процессе для обучающихся по направлению подготовки (специальности) 31.05.01 Лечебное дело 2025 года набора очной формы обучения 28.05.25 (протокол №10)

Руководитель ОПОП ВО, декан факультета

Климов Л.Я.

Методические указания по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней» размещены в ЭИОС университета в авторской редакции

1. Цель:

Необходимо знать и уметь анализировать полученные результаты исследований больных с патологией поджелудочной железы. Знать и уметь выявлять основные клинические синдромы, характерные для патологии поджелудочной железы. Знать симптоматику панкреатитов. В процессе изучения темы у студента формируется необходимость углубления и расширения своего научно-творческого потенциала, научного мировоззрения для формирования высокого уровня общей и профессиональной культуры.

2. Учебные вопросы

1. Анатомические особенности ПЖЖ?
2. Функции ПЖЖ?
3. Какие ферменты продуцируются эндокринным аппаратом поджелудочной железы?
4. Какие ферменты продуцируются экзокринным аппаратом поджелудочной железы?
5. Какие симптомы характерны для острого и хронического панкреатита?
6. Какие этиологические факторы могут спровоцировать развитие острого и обострение хронического панкреатита?
7. Что характерно для клинической картины острого и хронического панкреатита?
8. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз при хроническом панкреатите?
9. Какова клиническая картина острого и хронического панкреатита?
10. Какие изменения в биохимическом анализе крови характерны для острого и хронического панкреатита?
11. Какова медикаментозная терапия острого и хронического панкреатита?
12. Какие процессы лежат в основе патогенеза острого и хронического панкреатита?
13. Какие жалобы характерны для больных острым и хроническим панкреатитом?
14. Перечислите осложнения хронического панкреатита.

Хронический панкреатит (ХП) - хроническое полиэтиологическое заболевание ПЖ, патоморфологической основой которого является воспалительно-деструктивный процесс при участии собственных ферментов с исходом в склероз, фиброз и утратой внешне- и (или) внутрисекреторной функции органа.

Классификация хронического панкреатита.

В настоящее время существует несколько классификаций ХП:

1. Классификация Российской гастроэнтерологической ассоциации - используется в реальной клинической практике в РФ (включает этиологию, клинические, морфологические признаки, характер течения, осложнения).

Систематизация хронического панкреатита (ХП) (Ивашкин В.Т. с соавт. 1990г.):

По этиологии:

1. Билиарнозависимый
2. Алкогольный
3. Дисметаболический
4. Инфекционный
5. Идиопатический
6. Аутоиммунный

По клинике:

1. Болевой
2. Диспептический

3. Астеноневротический
4. Латентный
5. Сочетанный

По морфологии:

1. Обструктивный
2. Фиброзно-индуративный (воспалительный)
3. Гиперпластический (псевдотуморозный)
4. Кистозный
5. Кальцифицирующий

По характеру клинического течения:

- 1) Редко рецидивирующий
- 2) Часто рецидивирующий
- 3) С постоянно присутствующей симптоматикой хронического панкреатита

Осложнения:

- 1 Нарушение оттока желчи (билиарная гипертензия).
- 2 Воспалительные изменения, вызванные повреждающим действием панкреатических ферментов: парапанкреатит, «ферментативный» холецистит, абсцесс, киста, выпотной плеврит, пневмония, паранефрит, реактивный гепатит.
- 3 Эндокринные нарушения: "панкреатогенный" сахарный диабет, гипогликемические состояния и др.

2.Классификация TIGAR-O (основана на этиологической характеристике ХП):

Токсико-метаболический:

- алкогольный
- никотиновый
- гиперкальциемический
- гиперлипидемический
- при хронической почечной недостаточности
- медикаментозный
- токсический (органические составляющие)

Идиопатический:

- раннее начало
- позднее начало
- тропический (тропический кальцифицирующий и фиброкалькулезный тропический диабет)
- другие

Наследственный:

- аутосомно-доминантный
- аутосомно-рецессивный

Аутоиммунный

- изолированный
- синдромный (ассоциированный с синдромом Шегрена, воспалительными заболеваниями кишечника, первичным билиарным циррозом)

Рецидивирующий и тяжелый острый панкреатит:

- постнекротический (тяжелый острый панкреатит)
- рецидивирующий острый панкреатит
- сосудистые заболевания (ишемический)
- радиационное повреждение

Обструктивный

- дисфункция сфинктера Одди (противоречиво)
- обструкция протока (например, опухолью)
- периапулярный дивертикул ДПК
- посттравматическое повреждение протока

3.Классификация M-ANNHEIM (включает этиологические, клинические характеристики, стадию заболевания и степень тяжести):

- M – (Multiple) – предполагается множественность факторов риска, в том числе и у одного индивида, например, реализация генетических причин ХП при умеренном употреблении алкоголя;
- A – (Alcohol) алкоголь;
- N – (Nicotine) никотин, курение;
- N – (Nutrition) пищевые факторы;
- H – (Heredity) наследственный и семейный панкреатит;
- E – (Efferent pancreatic duct factors) обструктивные причины и нарушения оттока панкреатического секрета;
- I – (Immunological factors) иммунологические факторы – аутоиммунный панкреатит;
- M – (Miscellaneous) различные другие и метаболические факторы.

Этиология хронического панкреатита

Распространенность ХП в России составляет 27–50 случаев на 100 тыс. населения. Средний возраст с момента установления диагноза ХП в настоящее время снизился с 50 до 35-39 лет. Мужчины в 5 раз болеют чаще, чем женщины, однако доля женщин за последние 10 лет увеличилась на 30%. Существует множество причин, приводящих к развитию ХП. Этиологические характеристики используются в большинстве современных классификаций (см.выше) поскольку от этого во многом зависит клиническое течение и прогноз заболевания ПЖ. К ним относятся:

- 1) Алкоголь и курение (у 70-80% больных) - повышает риск ХП более чем в 2 раза – это самые частые причины ХП.
- 2) Механические причины – желчно-каменная болезнь (ЖКБ), микрохолелитиаз, опухоли, стриктуры фатерова сосочка, интраэпителиальная протоковая неоплазия ПЖ, pancreas divisum.
- 3) Лекарственные препараты - эстрогены, тиазидные диуретики, фуросемид, метронидазол, тетрациклин, сульфаниламиды, 5-аминосалицилаты, азатиоприн, 6-меркаптопурин, метилдопа, нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), глюкокортикостероиды, изониазид, непрямые антикоагулянты.
- 4) Дисметаболический - гиперпаратиреоз, гиперкальциемия, гипертриглицеридемия.
- 5) Наследственный (генетический) - дефицит α 1-антитрипсина, гемохроматоз, мутации гена трипсинагена PRSS1, ингибитора трипсина SPINK1, муковисцидоз – CFTR.
- 6) Токсические вещества - тяжелые металлы, растворители, фосфорорганические соединения, эндогенная интоксикация (уремические токсины).
- 7) Алиментарные - белковый дефицит, избыток жиров.
- 8) Инфекции – вирусы гепатитов В, С, герпеса, цитомегаловирус, Коксаки, паротит, краснуха, ВИЧ, лептоспироз, аскаридоз, токсоплазмоз, грибы.
- 9) Аутоиммунный - IgG4-ассоциированные заболевания; синдром Шегрена, воспалительные заболевания кишечника, первичный билиарный холангит, системная красная волчанка, узелковый полиартериит, склеродермия.
- 10) Нарушение кровоснабжения - атеросклероз, тромбоз.
- 11) Травма - тупая травма живота, ЭРХПГ, манометрия СО.
- 12) Идиопатический ХП – тропический (при выраженной минеральной недостаточности, чаще у лиц до 20 лет, встречается в странах Азии, Африки, Индонезии, южной Индии); ранний (ювенильный) – в возрасте 15-25 лет; поздний (сенильный) – в возрасте 55-65 лет.

Патогенез хронического панкреатита

Воздействие этиологического фактора, приводящего к увеличению панкреатической секреции и/или нарушению оттока панкреатического сока, а также несостоятельность собственных защитных механизмов, препятствующих аутолизу ткани ПЖ, приводят к интрапанкреатической активации протеолитических ферментов, развитию воспалительного некроза паренхимы ПЖ, с последующим замещением ее фиброзной тканью. В результате фиброзных, атрофических процессов (при потере более 90% функционирующей ткани ПЖ) возникает прогрессирующая экзо-/эндокринная недостаточность ПЖ, приводящая к развитию синдромов мальдигестии и мальабсорбции, панкреато-

генного сахарного диабета (тип 3с). Исходом ХП может быть также панкреатическая интраэпителиальная неоплазия и аденокарцинома ПЖ. Дополнительно, при развитии синдромов мальдигестии и мальабсорбции, вследствие экзокринной недостаточности ПЖ, у 40-65% больных развивается синдром избыточного бактериального роста (СИБР) в тонкой кишке, что приводит к формированию дуоденальной гипертензии, усугублению нарушения оттока сока ПЖ, инактивации липазы в просвете ДПК и вторичной недостаточности ферментов щеточной каймы, развитию секреторной диареи.

Генетическими факторами риска, которые приводят к неэффективности механизмов защиты ПЖ, являются изменения генов катионного трипсиногена (PRSS1), панкреатического секреторного ингибитора трипсина (SPINK1), карбоксипептидазы А1 (CPA1), а также муковисцидозного трансмембранного регулятора проводимости (CFTR), химотрипсиногена С (CTRC) и карбоксиэстролипаза (CEL). Важнейшее значение также придается активации перекисного окисления липидов, микроциркуляторным нарушениям, выработке провоспалительных цитокинов. Вследствие развития воспалительного отека и растяжения капсулы ПЖ, повышения внутрипротокового давления, спастических сокращений панкреатической части сфинктера Одди, периневрального воспаления, формирования псевдокист в участках аутолиза ткани ПЖ, развивается выраженный болевой синдром.

Клинические проявления хронического панкреатита

Клиническая картина ХП зависит от фазы течения заболевания (период обострения или ремиссии). Обострения провоцируются нарушениями диеты, приемом алкоголя, стрессом, вирусными инфекциями, приемом лекарственных препаратов.

1) *Болевой синдром*: ранние резкие боли (через 15-30 минут) глубоко в эпигастральной области, после употребления жирной, жареной, острой, соленой, кислой, копченой, сладкой свежепеченой пищи и алкоголя, иррадиирующие в левое подреберье («левый полупояс»), в прекардиальную область, спину, в левую и правую лопатки («опоясывающие боли»). Боль усиливается в положении на спине, облегчается в вынужденном коленно-локтевом положении, сопровождается тошнотой и многократной рвотой, не приносящей облегчения. Боль может быть постоянна (капсульная) или схваткообразная (сфинктерная). Нередко развивается ситофобия (боязнь приема пищи), вследствие чего развивается похудание.

2) *Внешнесекреторная недостаточность* (ВСН) (панкреатогенная диспепсия): диарея с полифекалией и жирным, зловонным стулом (стеаторея), метеоризм, тошнота, рецидивирующая рвота, снижение аппетита, отвращение к жирной пище.

Различают 3 степени тяжести экзокринной недостаточности ПЖ:

I - минимальная - жирный кал, периодический метеоризм, прослабление после алкоголя или употребления жирной пищи;

II - умеренная - постоянный метеоризм, диарея периодически, выраженная стеаторея;

III - выраженная – постоянная диарея и метеоризм, похудание и развитие синдрома мальабсорбции.

3) *Синдром мальабсорбции* (трофологическая недостаточность) – нарушение всасывания в тонкой кишке вследствие мальдигестии, обусловленной дефицитом панкреатических ферментов.

Наиболее часто развивается мальабсорбция жиров: похудание, стеаторея, дефицит жирорастворимых витаминов А (гемалопия, ксерофтальмия, фолликулярный гиперкератоз), Д (боли в костях, остеопороз), Е (атаксия, периферическая нейропатия, половые расстройства), К (эксхимозы), возможно развитие гипохолестеринемии, а также оксалатурии и мочекаменной болезни (конкуренция между не всосавшимся жиром и оксалатами в просвете кишки за связывание с кальцием, для дальнейшего транзита, приводит к уклонению оксалатов в кровяное русло и выведению их через почки. Жир, соединяется с солями кальция с образованием мылов).

При ХП нередко обнаруживается мальабсорбция цинка (нарушения в иммунной системе, алопеция, длительное заживление ран), магния (слабость, судороги, парестезии и др.), витамина В12 (макроцитоз, гиперхромия эритроцитов, реже – анемия).

При тяжелой ВСН развивается мальабсорбция белков (похудание, снижение иммунитета, сухость и трофические нарушения кожи) и углеводов (похудание, гипогликемические состояния).

Важно отметить, что нарушения нутритивного статуса при ХП приводят к частому развитию осложнений (инфекционных, сердечно-сосудистых, переломов) и увеличивает риск летального исхода от любых соматических заболеваний. В этой связи в последние годы особое внимание уделяется диагностике и лечению ВСН ПЖ.

4) *Внутрисекреторная недостаточность* (нарушение толерантности к глюкозе, панкреатогенный СД (типа 3с)). Панкреатогенный СД, в отличие от СД 2 типа, характеризуется отсутствием резистентности к инсулину (по данным НОМА-IR), более плохим контролем гликемии (в особенности при не скоррегированной ВСН ПЖ), частой склонностью к гипогликемическим состояниям (вследствие нарушения синтеза глюкагона), более редкому развитию кетоацидоза.

Общее состояние пациента зависит от фазы течения заболевания.

Пациенты с длительным анамнезом заболевания и выраженной ВСН имеют признаки трофологической недостаточности, вследствие развития синдрома мальабсорбции. *При осмотре кожных покровов* и слизистых могут выявляться симптомы, связанные с дефицитом жирорастворимых витаминов и микроэлементов: сухость, истончение и снижение тургора кожи, фолликулярный гиперкератоз, сероватая пигментация над областью ПЖ, ангулит, атрофия подкожной клетчатки в проекции ПЖ (симптом Гротта). Язык обложен белым налетом, суховат. Весьма характерным признаком является появление на коже живота, спины и груди ярко-красных приподнятых пятнышек, не исчезающих при надавливании, так называемых “капелек кровавой росы” или “рубиновых капелек” – *симптом Тужилина*. Эти изменения представляют собой микроаневризмы и связаны с попаданием незначительного количества протеолитических ферментов ПЖ в кровяное русло и активацией калликреин-кининовой системы.

Другие кожные симптомы, в виде возникновения участков цианоза и экхимозов (симптомы Холстеда, Куллена, Грюнвальда, Грея-Тернера и др.), характерные для атаки острого панкреатита и связанные с выраженным уклонением ферментов ПЖ в кровь, при ХП, в том числе при его обострении, не встречаются.

При поверхностной пальпации живота может определяться болезненность в эпигастральной области, левом подреберье. Большое диагностическое значение имеет выявление болезненности *при глубокой пальпации ПЖ* по Гротту, а также в зонах Шоффара (холедохо-панкреато-дуоденальная зона, проекция головки ПЖ) и Губергрица (проекция тела ПЖ), точках Дежардена (проекция СО), Мейо-Робсона и Кача (точки тела и хвоста ПЖ). Могут определяться положительные симптомы Мюсси-Георгиевского слева, Мейо-Робсона (болезненность при пальпации в левом реберно-позвоночном углу) (рис.1).

Болезненные точки и симптомы при патологии поджелудочной железы:

Зона Шоффара – между вертикальной линией, проведённой через пупок и биссектрисой угла, образованного вертикальной и горизонтальной линией, проходящей через пупок. Болезненность в этой зоне наиболее характерна для локализации воспаления в области головки поджелудочной железы.

Зона Губергрица-Скульского – аналогична зоне Шоффара, но расположена слева. Болезненность в этой зоне характерна для локализации воспаления в области тела поджелудочной железы.

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);

Точка Губергрица – аналогична точке Дежардена, но располагается слева. Болезненность в этой точке наблюдается при воспалении хвоста поджелудочной железы.

Точка Мейо-Робсона – располагается на границе наружной и средней трети линии, соединяющей пупок и середину левой рёберной дуги. Сзади данная точка проецируется в левый рёберно-позвоночный угол. Болезненность в этой точке характерна для воспаления хвоста поджелудочной железы.

Симптом Мейо-Робсона - болезненность в левом реберно-позвоночном углу.

Точка Кача - в проекции левой прямой мышцы живота, на 5 см выше пупка.

Точка Мале-Ги - ниже рёберной дуги, вдоль наружного края левой прямой мышцы живота (хвост поджелудочной железы).

Признак Гротта ((J.W. Grott) – атрофия подкожной жировой клетчатки в области проекции поджелудочной железы.

Симптом «красных капелек» (симптом Тужилина) - наличие красных пятнышек на коже живота, груди, спины.

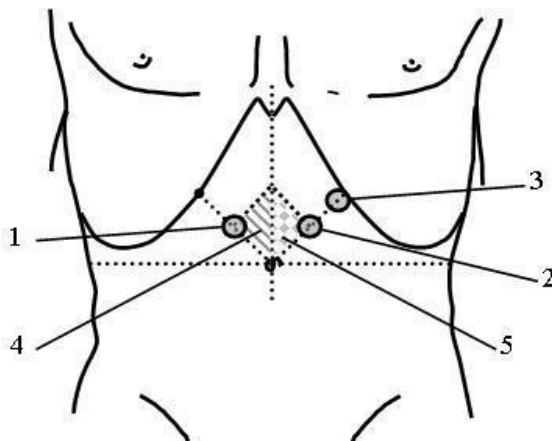


Рис. 1 Болевые точки и зоны при ХП: 1 – точка Дежардена; 2 – точка Мейо-Робсона; 3 – точка Кача; 4 – зона Шоффара; 5 – зона Губергрица

План обследования при хроническом панкреатите

Диагностика ХП основывается на оценке жалоб, данных об этиологии ХП и анамнеза, физикального обследования, результатов лабораторного и инструментальных исследований.

Лабораторная диагностика

План лабораторного обследования пациента с ХП включает основные и дополнительные методы, направленные на подтверждение диагноза, выявление причины заболевания, оценку степени ВСН (внешнесекреторная недостаточность) ПЖ.

О с н о в н ы е:

1. Клинический анализ крови.
2. Биохимический анализ крови (липаза, амилаза, трипсин, эластаза-1, общий белок, белковые фракции, билирубин, АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП, липидограмма, кальций, ферритин, электролиты, глюкоза, гликированный гемоглобин (HbA1c), креатинин, мочевины).
3. Копрограмма – выявление стеатореи (нейтральный жир, мыла), креатореи (измененные мышечные волокна), иногда – амилореи.
4. Анализ мочи на диастазу (изоамилазу).
5. Определение ферментов ПЖ в кале (фекальная эластаза 1) – один из наиболее доступных методов диагностики ВСН (внешнесекреторная недостаточность) ПЖ. Данное исследование целесообразно проводить после купирования диареи и СИБР, для исключения некорректной оценки результатов.

В зависимости от уровня фекальной эластазы различают 3 степени ВСН ПЖ:

- 1) (легкая) - фекальная эластаза более 200 мкг
- 2) (умеренная) - 100-200 мкг
- 3) (выраженная) - менее 100 мкг

Д о п о л н и т е л ь н ы е:

1. Тест на толерантность к глюкозе.
2. Функциональные тесты для диагностики ВСН (внешнесекреторная недостаточность) ПЖ: - прямой зондовый секретин-холецистокининовый и непрямой зондовый тест Лунда после стандартного пробного завтрака (применяется только в специализированных центрах).

-Определение коэффициента абсорбции жира после нагрузочной диеты Шмидта: 105г белка, 135 г жира, 180 г углеводов в сутки – обнаружение нейтрального жира в кале более 7 г – «золотой стандарт» диагностики тяжелой ВСН (мало доступен в клинической практике).

- Дыхательный тест с C13-смешанными триглицеридами (не доступен в клинической практике).

3. Онкомаркеры (СА 19-9, РЭА).

4. Генетическое тестирование (гены катионного трипсिनогена (PRSS1), панкреатического секреторного ингибитора трипсина (SPINK1), карбоксипептидазы А1 (CPA1), муковисцидозный трансмембранный регулятор проводимости (CFTR), химотрипсिनоген С (CTRC) и карбоксиэстролипаза (CEL), а также анализ крови на альфа-1-антитрипсин – при неясной этиологии ХП, отягощенном наследственном анамнезе в отношении заболеваний ПЖ, сохранении активности болезни после терапевтического вмешательства (например, рецидивирующий острый панкреатит после ревизии желчных протоков), а также в том случае, если возраст пациента менее 35 лет.

5. Диагностика синдрома мальабсорбции: преальбумин, ретинол-связывающий белок, 25(ОН)-холекальциферол (витамин D), сывороточное железо, цинк и магний.

6. Иммунологические исследования (IgG4, рАНЦА, антинуклеарные антитела, антитела к карбоангидразе и лактоферрину, ревматоидный фактор (РФ) – при подозрении на аутоиммунный ХП.

7. Определение уровня паратгормона в крови – при часто рецидивирующих обострениях ХП с выявлением кальцификации ПЖ и отсутствии злоупотребления алкоголем.

8. Посев кала на дисбактериоз, водородный дыхательный тест с лактулозой – для диагностики СИБР.

Инструментальные исследования

На сегодняшний день для верификации диагноза ХП необходимы подтверждающие признаки, которые обнаруживаются при помощи визуализирующих методов диагностики, прежде всего мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) с контрастированием. Этот метод является методом выбора для диагностики ХП при ранних стадиях заболевания, а также при развитии осложнений. Магнитно-резонансная томография (МРТ), ввиду более низкой чувствительности, имеет ограниченное значение при диагностике начальных изменений ПЖ.

Ультразвуковое исследование брюшной полости (УЗИ), наиболее широко доступное в клинической практике, обнаруживает признаки, характерные для ХП, на более поздних стадиях (формирование псевдокиста, расширение и иррегулярность главного панкреатического протока (ГПП), кальцификация ткани ПЖ, увеличение размеров ПЖ), при развитии осложнений (псевдокисты, скопление жидкости и др.), а также при атаке острого панкреатита (очаги панкреонекроза, отек ткани ПЖ). Кроме того, при этом исследовании возможны затруднения визуализации ПЖ, из-за ожирения или метеоризма. **Важно отметить, что заключение УЗИ: “диффузные изменения ПЖ” не является основанием для постановки диагноза ХП!**

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) в настоящее время не рассматривается в качестве необходимой диагностической методики при ХП, вследствие ее инвазивности и сложной локальной доступности. Этот метод применяется только при необходимости проведения дифференциальной диагностики. Эндоскопическая ультрасонография ПЖ (эндо-УЗИ) является наиболее чувствительным методом ранней диагностики ХП, а также внутрипротоковой интраэпителиальной неоплазии и других осложнений ХП. При этом предложены специфические диагностические критерии протоковых и паренхиматозных изменений, характерных для ХП – критерии Rosemont. Однако учитывая инвазивность, высокую стоимость процедуры и недостаточную доступность данного исследования, эндо-УЗИ рекомендуется выполнять только в сложных диагностических ситуациях, если диагноз не подтвержден КТ/МРТ. Кроме этого, данный метод наиболее информативен при верификации аутоиммунного панкреатита и рака ПЖ, так как во время процедуры возможно выполнить тонкоигольную биопсию ПЖ.

Таким образом, план инструментального обследования пациента с ХП включает методы, необходимые для подтверждения диагноза ХП, а также выявления осложнений заболевания и проведения дифференциального диагноза.

О с н о в н ы е:

1.УЗИ органов брюшной полости;

2.МСКТ брюшной полости с контрастированием;

3.Видеогастродуоденоскопия (ВГДС) - могут выявляться косвенные признаки: развернутость подковы ДПК, подслизистые кровоизлияния в дне желудка, симптом «манной крупы» в слизистой оболочке ДПК.

Д о п о л н и т е л ь н ы е:

- 1.Эндо-УЗИ ПЖ;
- 2.МРТ и МРХПГ;
- 3.ЭРХПГ – по строгим показаниям;
- 4.Обзорная рентгенограмма брюшной полости - наличие кальцификатов в области ПЖ;
- 5.Контрастная рентгенография желудка с искусственной гипотонией – оценка контура головки ПЖ по развороту петли ДПК;
- 6.Рентген грудной клетки (может встречаться левосторонний экссудативный плеврит и дисковидные ателектазы нижней доли левого легкого при тяжелом обострении панкреатита).

Лечение хронического панкреатита

Немедикаментозное лечение

1. Отказ от употребления алкоголя и табакокурения.
2. Диета: исключаются кислые соки, газированные напитки, мясные, рыбные, костные бульоны, грибы, цельное молоко, мед, варенье, сдобное тесто, шоколад, кофе, бобовые, редис, лук, чеснок, тугоплавкие жиры, алкоголь, пиво, квас. Пища готовится на пару или запекается в духовке. При выраженном обострении ХП рекомендуется полное прекращение приема пищи в первые 3 дня (**принцип “холод, голод и покой”**), разрешается щелочное питье. Далее - перевод на ограниченное пероральное питание (механически и химически щадящее, малокалорийное) со слизистых супов, протертых каш, овощных пюре и киселей, дробно в небольших количествах 6 раз в сутки (3 основных приема, 3 перекуса). Общий калораж 2500-2800 ккал/сут. Следует избегать применения низкожировой диеты, так как она усугубляет дефицит жирорастворимых витаминов (витамина Д, А, Е и К), а также снижает активность ферментов (липазы) в тонкой кишке. Поэтому, содержание животных жиров должно составлять не менее 30% калорийности пищи или возможна их замена на растительные жиры.

Медикаментозное лечение

1. Купирование болевого синдрома:
 - Анальгетики (НПВС: диклофенак, ибупрофен, парацетамол).
 - Неселективные (дротаверин, папаверин, платифиллин) и селективные спазмолитики (мебеверин, тримебутин, бускопан).
 - Ферменты (панкреатин, креон, панцитрат, микразим) – экзогенные ферменты, содержащие протеазы, ингибируют высвобождение ХЦК в просвете ДПК и секрецию собственных ферментов ПЖ.
 - Подавление секреции и создание функционального покоя ПЖ: секретолитики (ингибиторы протонной помпы – рабепразол, омепразол; H₂-гистаминоблокаторы – фамотидин; М-холинолитики - платифиллин, бускопан; антациды – маалокс, фосфалюгель; группа резерва - сандостатин, октреотид).
2. Коррекция экзокринной недостаточности ПЖ:
 - Ферменты (креон, панцитрат, пангрол, эрмиталь, панкреатин, микразим). Важен расчет суточной дозы препарата по содержанию липазы, в зависимости от степени ВСН (*внешнесекреторная недостаточность*):
 - Минимальная степень -50-75 000 Ед/сут.
 - Умеренная - 75-150 000 Ед /сут.
 - Выраженная - 150-200 000 Ед/сут.
 - Ферменты, предпочтительнее в виде минимикросфер или минитаблеток, покрытых кишечнорастворимой оболочкой, принимаются во время всех основных приемов пищи и перекусах, содержащих жиры. Заместительная ферментная терапия помогает скорректировать стеаторею, трофологическую недостаточность, дефицит жирорастворимых витаминов. Лечение ферментами ПЖ способствует также поддержанию секреции инкретинов в ДПК (глюкагоноподобного пептида-1, гастроинтестинального полипептида), что улучшает толерантность к углеводам.

3.Коррекция СИБР (кишечные антисептики: рифаксимин, энтерофурил, ципрофлоксацин; пробиотики, пребиотики, синбиотики: максилак, баксет форте, пробиолог, бифиформ, линекс, энетролак-тис).

4.Коррекция дуоденальной гипертензии (ферменты, антациды, прокинетики - домперидон, ито-мед, ганатон; купирование СИБР).

Профилактика хронического панкреатита

Первичная профилактика - активное выявление факторов риска и лиц, предрасположенных к возникновению ХП, диспансерное наблюдение за ними, соблюдение рекомендаций по изменению образа и стиля жизни, а также режима и характера питания.

Вторичная профилактика - активное выявление больных с клинически выраженными формами ХП, частыми обострениями и их адекватная немедикаментозная (диета, устранение факторов риска) и лекарственная противорецидивная терапия курсами 2 раза в год, поливитаминные препараты, ферментотерапия, коррекция кишечной микрофлоры.

Заключение

- выходной контроль (ситуационные задачи 1-15);
- краткая оценка работы студентов на занятии (подготовленность студентов, объявление результатов контроля, отметить лучших и не справившихся с заданием);
- поставить задачу на подготовку к очередному занятию (напомнить тему, прокомментировать литературу, какие выполнить «заготовки», что повторить по своей дисциплине и другим дисциплинам).

7. Вопросы для самоконтроля

1. Какие функции выполняет поджелудочная железа?
2. Какие ферменты продуцируются эндокринным аппаратом поджелудочной железы?
3. Какие ферменты продуцируются экзокринным аппаратом поджелудочной железы?
4. Какие жалобы характерны для больных острым панкреатитом?
5. Какие жалобы характерны для больных хроническим панкреатитом?
6. Какие симптомы характерны для острого панкреатита?
7. Какие симптомы характерны для хронического панкреатита?
8. Какие процессы лежат в основе патогенеза острого панкреатита?
9. Какие процессы лежат в основе патогенеза хронического панкреатита?
10. Какие изменения в биохимическом анализе крови характерны для острого панкреатита?
11. Какие изменения в биохимическом анализе крови характерны для хронического панкреатита?
12. Какие основные принципы терапии острого панкреатита вы знаете?
13. Какие основные принципы терапии хронического панкреатита вы знаете?
14. Какие осложнения хронического панкреатита вы знаете?

8. Рекомендуемая литература:

1. Мухин, Н. А. Пропедевтика внутренних болезней [Текст] : учеб. для студ.мед. вузов / Н. А. Мухин, В. С. Моисеев. - 2-е изд., доп. и перераб. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2012. - 848с. – (300 экз.)
2. Мухин, Н. А. Пропедевтика внутренних болезней [Электронный ресурс]: учеб. для студ. мед. вузов / Н. А. Мухин, В. С. Моисеев. - 2-е изд., доп. и перераб. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2012. - 848с.- Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970421321.html?SSr=3301337aeb105a62164857828011959>
3. Мухин, Н. А. Пропедевтика внутренних болезней [Электронный ресурс]: учеб. для студ. мед. вузов / Н. А. Мухин, В. С. Моисеев. - 2-е изд., доп. и перераб. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2015. - 848с.- Режим доступа:

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434703.html?SSr=3301337aeb105a6216485782801>
1959

4. Основы семиотики заболеваний внутренних органов [Текст] : учеб. пособие / А.В. Струтинский [и др.]. - 8-е изд. - М. : МЕДпресс-информ, 2013. - 304 с. (170 экз.)

5. Практическое руководство по пропедевтике внутренних болезней: уч. пособие / под ред. С. Н. Шульгина. – М.: МИА, 2006. – 256 с. (291 экз.)

ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ

(Выберите один вариант ответа)

1. Признаки хронического ХП нижеследующие, КРОМЕ :
 - 1) постоянной боли в сочетании с приступообразной;
 - 2) локализации боли в эпигастральной области;
 - 3) общей слабости;
 - 4) снижения аппетита;
 - 5) повышения температуры.
2. В наибольшей степени на панкреатическую недостаточность указывает :
 - 1) полифекалия;
 - 2) креаторея;
 - 3) стеаторея;
 - 4) амилорея;
 - 5) наличие крови и слизи в стуле.
3. Стеаторея характерна для:
 - 1) хронического анацидного гастрита;
 - 2) язвенной болезни;
 - 3) язвенного колита;
 - 4) дисбактериоза кишечника;
 - 5) хронического панкреатита.

4. Боль при хроническом панкреатите чаще всего возникает:
- 1) после простудных заболеваний;
 - 2) после рвоты;
 - 3) после употребления жирной пищи;
 - 4) после кофе;
 - 5) после тряской езды.
5. Боль в эпигастральной области с иррадиацией в левое подреберье может встречаться при:
- 1) хроническом панкреатите;
 - 2) заболеваниях плевры;
 - 3) остром инфаркте миокарда;
 - 4) язвенной болезни желудка;
 - 5) всем выше перечисленном
6. Осложнениями хронического панкреатита не являются:
- 1) язвенная болезнь;
 - 2) механическая желтуха;
 - 3) полисерозиты;
 - 4) рак ПЖ;
 - 5) левосторонний гидроторакс.
7. Выработка каких ферментов относится к экзокринной функции ПЖ:
- 1) инсулин;
 - 2) амилаза;
 - 3) глюкагон;
 - 4) соматостатин;
 - 5) панкреатический полипептид.
8. О чем в типичных случаях свидетельствует болезненность в зоне Шоффара:
- 1) о поражении тела желудка
 - 2) о поражении пилорической части желудка
 - 3) о поражении двенадцатиперстной кишки
 - 4) о поражении двенадцатиперстной кишки и пилорической части желудка
 - 5) о поражении пилорической части желудка и/или головки поджелудочной железы
9. Для заболеваний поджелудочной железы наиболее характерен:
- 1) жидкий кал черного цвета
 - 2) обесцвеченный кал
 - 3) «жирный», блестящий, плохо смывающийся кал
 - 4) черный оформленный кал
10. Положение лежа на животе или в коленно-локтевом положении занимают больные при одном из заболеваний:
- 1) острый аппендицит
 - 2) почечно-каменная болезнь
 - 3) рак поджелудочной железы
 - 4) печеночная колика
 - 5) язвенная болезнь желудка

11. Сиптом Курвуазье может появиться при:

- 1) циррозе печени
- 2) раке печени
- 3) раке головки поджелудочной железы
- 4) хроническом холангите
- 5) хроническом гепатите

12. Хронический рецидивирующий панкреатит наблюдается чаще всего при:

- 1) язвенной болезни
- 2) холелитиазе
- 3) постгастрорезекционном синдроме
- 4) хроническом колите
- 5) лямблиоз.

13. О чем свидетельствует при пальпации болезненность в точке Мейо-Робсона:

- 1) о поражении всей поджелудочной железы
- 2) о поражении тела поджелудочной железы
- 3) о поражении хвоста поджелудочной железы
- 4) о поражении пилорической части желудка и/или головки поджелудочной железы

14. Креаторея – это:

- 1) сахар в моче
- 2) увеличенное количество крахмала в кале
- 3) большое количество нейтрального жира в кале
- 4) большое количество мышечных волокон в кале большое количество нейтрального жира в кале
- 5) желчные кислоты в моче

15. О чем в типичных случаях свидетельствует болезненность в зоне Губергрица-Скульского:

- 1) о поражении тела желудка
- 2) о поражении пилорической части желудка и/или головки поджелудочной железы
- 3) о поражении двенадцатиперстной кишки и пилорической части желудка
- 4) о поражении тела поджелудочной железы

Ответы к тестовым вопросам

Тест 1	Тест 2	Тест 3	Тест 4	Тест 5
5	3	5	3	5
Тест 6	Тест 7	Тест 8	Тест 9	Тест 10
1	2	5	3	3
Тест 11	Тест 12	Тест 13	Тест 14	Тест 15
3	2	2	4	4

