

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ.
ЧТО НОВОГО В
КЛИНИЧЕСКИХ
РЕКОМЕНДАЦИЯХ

г. Курган
2023 год

Определение заболевания

Хронический панкреатит (ХП) –
длительное воспалительное заболевание
ПЖ, проявляющееся необратимыми
морфологическими изменениями
паренхимы и протоков органа, которые
вызывают боль и/или стойкое снижение
функции

Этиология

- **Токсический/метаболический**

- -алкоголь
- - табакокурение
- - гипертриглицеридемия
- - гиперкальциемия
- - хроническая почечная недостаточность
- - действие медикаментов и токсинов

- **Наследственный**

- аутосомно-доминантный

- мутации катионического трипсиногена (PRSS1, мутации в кодонах 29 и 122)

- аутосомно-рецессивный

- мутации CFTR (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator)
- мутации SPINK1 (serine protease inhibitor, Kazal type 1)
- мутации катионического трипсиногена (кодоны 16, 22, 23)
- α_1 -антитрипсин

Аутоиммунный

- изолированный АИП
- АИП, ассоциированный с другими аутоиммунными заболеваниями

ХП как следствие рецидивирующего и тяжелого острого панкреатита

- постнекротический (тяжелый острый панкреатит)
- рецидивирующий острый панкреатит
- сосудистые заболевания / ишемический
- лучевой

Обструктивный

- стеноз сфинктера Одди
- обструкция протока (например, опухолью, периампулярными кистами двенадцатиперстной кишки)
- посттравматические рубцы панкреатических протоков (осложнение эндоскопических процедур: папиллосфинктеротомии, экстракции конкрементов и т.д.)

Идиопатический

- раннего начала (средний возраст 20 лет, боль)
- позднего начала (средний возраст 56 лет, боль отсутствует у 50% пациентов; быстрое развитие кальцификации, экзо- и эндокринной недостаточности)
- тропический:
 - тропический кальцифицирующий панкреатит
 - фиброкалькулезный панкреатический диабет

Токсические факторы

Алкоголь является причиной ХП в 60-70% случаев. Доза ежедневного употребления алкоголя, при которой ХП возникает в течение 10-15 лет, составляет примерно 60-80 мл/сутки.

Курение существенно потенцирует действие алкоголя (мультипликативный эффект), повышая риск развития и также прогрессирования ХП.

Результаты наблюдательных исследований свидетельствуют, что значение табакокурения в генезе ХП может быть даже более существенным, нежели чем алкоголя.

Диета

Зависимость между нутритивной недостаточностью, присутствием в диете каких-либо определенных продуктов, а также гипертриглицеридемией, другими гиперлипидемиями и развитием ХП достоверно не установлена. Для диагностики гипертриглицеридемического панкреатита необходимо повышение триглицеридов сыворотки крови более 1000 мг/дл (11,2 ммоль/л). Однако рецидив панкреатита может возникать уже при меньшем подъеме уровня триглицеридов крови – более 500 мг/дл (5,6 ммоль/л)

Обструкция протоков

Состояниями, связанными с развитием обструктивного ХП, являются травма, наличие конкрементов, ложные кисты и опухоли

Иммунологические факторы

АИП может возникать изолированно или в сочетании с синдромом Шегрена, воспалительными заболеваниями кишечника и многими другими аутоиммунными заболеваниями. В последние годы выделяют два типа АИП – I и II.

Наследственные факторы

Мутации гена катионического трипсиногена (PRSS1) приводят к синтезу патологически активного трипсина и развитию наследственного панкреатита. У пациентов наследственным панкреатитом симптомы обычно возникают гораздо раньше (в возрасте до 20 лет), заболевание быстро прогрессирует, на этом фоне повышается риск развития аденокарциномы ПЖ.

У пациентов с идиопатическим ХП выявлены мутации гена регулятора трансмембранной проводимости муковисцидоза (CFTR) и ингибитора трипсина (PST1 или SPINK1)

Другие и редкие метаболические факторы

К доказанным причинам ХП относятся хроническая почечная недостаточность и гиперпаратиреоз, ишемическое поражение при атеросклерозе мезентериальных сосудов, тогда как точная роль лекарственных средств и токсических веществ остается не доказанной.

Кистозно-воспалительная трансформация (КВТ) двенадцатиперстной кишки – воспалительное и кистозное поражение ее стенки с локализацией в нисходящей части кишки, которое встречается у пациентов ХП. Возможно три механизма развития КВТ:

1. Воспаление дорсальной части головки ПЖ, внедренной в стенку ДПК, вследствие нарушения оттока секрета по Санториниевому протоку;
2. Вторичное распространение воспалительного процесса с головки ПЖ на парадуоденальную клетчатку и стенку ДПК;
3. Редко – первичное воспалительно-кистозное поражение истинно гетеротопированной панкреатической ткани с вторичным обструктивным панкреатитом либо с параллельным развитием ХП при злоупотреблении алкоголем

Кодирования заболевания по Международной статической классификации болезней

- К.86.0 Алкогольный хронический панкреатит
- К.86.1 Другие формы хронического панкреатита (инфекционный, непрерывно-рецидивирующий, возвратный)
- К.86.2 Киста поджелудочной железы
- К.86.3 Псевдокисты поджелудочной железы
- К.86.8 Другие уточненные заболевания поджелудочной железы (атрофия, литиаз, фиброз, цирроз, панкреатический инфантилизм, некроз)
- К.90.1 Панкреатическая стеаторея

Классификация заболевания

1. По этиологии:

- Билиарнозависимый
- Алкогольный
- Дисметаболический
- Инфекционный
- Лекарственный
- Аутоиммунный
- Идиопатический

2. По клиническим проявлениям:

- Болевой
- Диспептический
- Сочетанный
- Латентный

3. По морфологическим признакам:

- Интерстиционально-отечный
- Паренхиматозный
- Фиброзно-склеротический
- Гиперпластический
- Кистозный

4. По характеру клинического течения:

- Редко-рецидивирующий
- Часто-рецидивирующий
- С постоянно присутствующей симптоматикой ХП

5. Осложнения:

- Нарушение оттока желчи и пассажа дуоденального содержимого
- Портальная гипертензия (подпеченочная)
- Псевдоаневризма
- Эндокринные нарушения:
 - панкреатогенный сахарный диабет,
 - гипогликемические состояния и др.

Воспалительные изменения: абсцесс, киста, парапанкреатит, «ферментативный» холецистит, пневмония, экссудативный плеврит, паранефрит и пр.

Клиническая картина заболевания

Наиболее типичные клинические проявления ХП – боль в животе и симптомы недостаточности функции ПЖ, однако в ряде случаев клиническая картина заболевания может манифестировать клинической картиной осложнений

Боль в животе – основной симптом ХП.

Обычно боль локализуется в эпигастрии с иррадиацией в спину, усиливаясь после приема пищи и уменьшаясь в положении сидя или наклоне вперед. Боль наблюдается у 80–90% пациентов, у 10–20% отмечается «безболевого панкреатит».

Приступы боли могут рецидивировать (тип А: непродолжительные приступы боли с длительностью до 10 дней на фоне длительных безболевых периодов), иногда пациенты испытывают постоянную боль (тип В: более тяжелые и длительные эпизоды с безболевыми периодами длительностью 1–2-х месяцев, чаще наблюдается при алкогольном ХП)

Недостаточность внешнесекреторной функции ПЖ, проявляющаяся клинически, возникает только при снижении функциональной активности железы более чем на 90%.

Клиническими проявлениями нарушения всасывания жиров являются стеаторея и метеоризм, потеря массы тела (у 30–52% пациентов).

Алкогольный панкреатит чаще, чем панкреатит другой этиологии, приводит к экзокринной недостаточности.

У пациентов с алкогольным панкреатитом признаки мальдигестии возникают в среднем через 10 лет от появления первых клинических симптомов.

Эндокринная панкреатическая недостаточность со временем развивается у 70% пациентов с ХП в виде нарушения толерантности к глюкозе.

Сахарный диабет возникает при длительном течении ХП, вероятность возникновения сахарного диабета постепенно возрастает спустя 10 лет от начала манифестации ХП.

Панкреатогенный СД отличается от диабета 1 и 2 типа более высоким риском развития гипогликемии и сниженной частотой кетоацидоза.

Такие осложнения, как макро-/микроангиопатия, нефропатия, нейропатия и ретинопатия являются столь же частыми, как и при диабете 1 типа.

Осложнения хронического панкреатита

- Псевдокисты ПЖ , они могут быть самых разных размеров, чаще бессимптомными, или провоцировать клиническую картину компрессии соседних органов, вызывая боли в верхней половине живота
- Панкреонекроз с развитием инфекционных осложнений (воспалительные инфильтраты, абсцессы, гнойные холангиты, септические состояния)
- Дуоденальный стеноз
- Механическая желтуха (у 16–35% пациентов)
- Портальная гипертензия
- При длительном течении ХП возрастает риск развития рака ПЖ
- Следствием прогрессирующего фиброза ПЖ и панкреатической мальдигестии, не контролируемой заместительной ферментной терапией, является синдром мальабсорбции с развитием дефицита микронутриентов

Диагностика заболевания

Диагноз хронического панкреатита устанавливается на основании:

- анамнестических данных (характерные жалобы на приступы абдоминальной боли и/или клинические признаки экзокринной и/или эндокринной недостаточности ПЖ, выявление хронического панкреатита прежде)
- физикального обследования (болезненность мышц брюшной стенки при пальпации в зоне проекции поджелудочной железы)
- лабораторного обследования (признаки экзокринной и эндокринной недостаточности ПЖ по данным функциональных тестов)
- инструментального обследования (кальцификаты в паренхиме и протоках поджелудочной железы, расширение главного панкреатического протока и его ветвей по данным КТ, МРХПГ)

Диагноз ХП рекомендуется устанавливать на основании достоверных морфологических критериев или сочетания морфологических и функциональных критериев. КТ, а также МРХПГ и ЭСПБЗ рекомендуются как методы выбора для верификации диагноза ХП.

Для верификации диагноза может потребоваться выполнение одного или всех наиболее точных методов, включая динамические исследования через 6-12 месяцев при недостаточном соответствии обнаруживаемых признаков диагнозу ХП

Физикальное обследование

Физикальное обследование в период обострения ХП позволяет определить болезненность в зоне Шоффара при пальпации живота, сочетающуюся с умеренной резистентностью мышц передней брюшной стенки; положительный симптом Мейо-Робсона – болезненность при пальпации в области левого реберно-позвоночного угла

Лабораторные диагностические исследования

Определение активности альфа-амилазы, липазы в сыворотке крови не является диагностическим маркером ХП, но его определение рекомендуется пациентам с ХП в первые сутки госпитализации и в дальнейшем в динамике в течение одной госпитализации для диагностики осложнений и рецидива острого панкреатита на фоне ХП

Для диагностики **экзокринной панкреатической недостаточности** в клинической практике у пациентов с ХП рекомендуется определение активности панкреатической эластазы-1 в кале

Непрямые методы

Непрямые ФППЖ косвенно оценивают нарушение внешнесекреторной функции, они более доступны по сравнению с прямыми методами, однако имеют меньшую чувствительность и главным образом обнаруживают поздние стадии внешнесекреторной недостаточности.

Всем пациентам ХП с целью оценки **эндокринной недостаточности ПЖ** рекомендуется регулярное (не реже 1 раза в год) исследование уровня гликозилированного гемоглобина в крови, уровня глюкозы крови натощак или проведение глюкозотолерантного теста

Инструментальные диагностические исследования

Всем пациентам с клиническими симптомами, характерными для ХП, при первичном обращении к врачам любого профиля, рекомендуется дальнейшее целенаправленное обследование с использованием методов лучевой диагностики для подтверждения или исключения ХП

Для первичного скрининга пациентов с клиническими симптомами, характерными для ХП, для исключения других причин боли в животе, рекомендуется трансабдоминальное УЗИ в связи с неинвазивным характером метода, простотой выполнения, достаточной специфичностью в определении основных проявлений ХП – увеличения размеров ПЖ, наличия расширения протока ПЖ, вирсунголитиаза и кальциноза паренхимы, постнекротических кист

Обзорная рентгенография брюшной полости позволяет выявить только выраженную кальцификацию в проекции ПЖ.

Данный метод является устаревшим.

Компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием (с обязательным выполнением нативной, артериальной, венозной, отсроченной фаз исследования) является методом выбора в диагностике ХП и рекомендуется всем пациентам с целью выявления специфических изменений ПЖ, в том числе панкреонекроза.

Выполнение КТ рекомендовано всем пациентам, страдающим ХП, не позднее чем через 2 недели от момента первичного обращения

Компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием рекомендуется как наиболее эффективный метод определения локализации конкрементов и внутрипротоковых камней ПЖ, а также для дифференциальной диагностики ХП и опухолей ПЖ при их размере более 5 мм у пациентов с ХП.

Отсутствие изменений ПЖ при КТ не означает отсутствие ХП на ранней стадии, однако, подобная вероятность существенно ниже относительно применения трансабдоминального УЗИ

У пациентов с рецидивирующей абдоминальной болью при отрицательных результатах КТ рекомендуется проведение эндоскопической ультрасонографии (ЭСПБЗ) для дифференциальной диагностики ХП и других воспалительных и опухолевых заболеваний ПЖ, а также с целью получения информации о состоянии двенадцатиперстной кишки при наличии ее кистозно-воспалительной трансформации

Выполнение эндоскопической эндосонографии панкреатобилиарной зоны рекомендуется пациентам при подозрении на обструктивную этиологию панкреатита (клинические или лучевые признаки панкреатической или билиарной гипертензии, эндоскопические признаки изменений со стороны большого дуоденального сосочка)

Пациентам с непереносимостью йодсодержащих контрастных препаратов рекомендуется выполнение МРТ с целью выявления ХП и дифференциальной диагностики причин билиарной и панкреатической гипертензии. Данными МРТ, указывающими на ХП, являются локальные или диффузные изменения интенсивности сигнала, в том числе при подавлении сигнала от жировой ткани, снижение контрастности в артериальную и венозную фазы при динамической МРТ и повышение контрастности в отсроченную фазу за счет контрастирования фиброзной ткани

МРХПГ является наиболее информативной в дифференциальной диагностике причин билиарной и панкреатической гипертензии и рекомендуется пациентам с ХП с целью уточнения изменений в протоковой системе

МРХПГ и ЭСПБЗ со стимуляцией секретинном рекомендуются как лучшие методы визуализации с целью диагностики изменения паренхимы и протоков у пациентов с ХП на ранних стадиях. Динамическая МРХПГ с секретинным тестом рекомендуется как основной неинвазивный метод идентификации начальных морфологических изменений системы протоков ПЖ, жидкостных структур, а также для оценки внешнесекреторного резерва ПЖ.

Ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ) не рекомендована в качестве метода диагностики ХП из-за опасности развития серьезных осложнений (острого панкреатита, холангита, сепсиса, ретродуоденальной перфорации). РХПГ у пациентов с ХП рекомендовано рассматривать как компонент лечебного эндоскопического вмешательства (например, стентирования ГПП при обострении или наружном свище), а не только диагностики

Изменения ПЖ при ХП по данным лучевых методов диагностики

Показатель	Изменения
Размер органа	Обычно — увеличение части или всего органа, редко — уменьшение размеров ПЖ.
Плотность ткани	Как правило, повышена, носит неомогенный характер, обычно с кистами или кальцификацией.
Контур	Неровный
Проток железы	Расширенный (диагностика с помощью КТ возможна, если диаметр протока > 5 мм)
Желчные протоки	Расширены при увеличении головки ПЖ
12-ти перстная кишка	Сдавлена при увеличении головки ПЖ
Селезеночная вена	Иногда тромбирована, в ряде случаев с увеличением селезенки
Другие признаки	Утолщение брюшины и почечной фасции вблизи ПЖ. Атрофия ретроперитонеальной жировой клетчатки

Иные диагностические исследования

Исследование уровня IgG4сыворотки крови
рекомендуется пациентам с подозрением на
аутоиммунный панкреатит и при дифференциальном
диагнозе с раком ПЖ

Лечение

Диетотерапия

Всем пациентам с ХП рекомендуется полный отказ от употребления алкоголя с целью снижения частоты тяжелых осложнений и смертности

Всем пациентам с ХП рекомендуется отказ от курения с целью редукции/купирования боли и профилактики развития осложнений ХП

Пациентам с ХП рекомендуется дробный прием пищи с высоким содержанием белков и углеводов с целью улучшения процессов всасывания питательных веществ и восполнения дефицита нутриентов. Степень ограничения жиров зависит от тяжести мальабсорбции и эффективности заместительной ферментной терапии

Пациентам с выраженной экзокринной недостаточностью ПЖ, у которых на фоне адекватной заместительной терапии сохраняется тяжелая стеаторея, вызывающая сильный дискомфорт, ведущая к социальной дезадаптации, рекомендуется диета, содержащая менее 40–60 г жира в сутки

Пациентам с декомпенсированной внешнесекреторной недостаточностью ПЖ и/или длительным анамнезом ХП (более 5 лет), рекомендуется скрининг на предмет выявления дефицита витаминов (*A, D, E и K*), а при необходимости показано их парентеральное введение

Консервативное лечение

Консервативное лечение пациентов с ХП направлено на купирование симптомов и предотвращение развития осложнений. При этом выделяют 6 главных задач консервативной терапии ХП:

1. прекращение употребления алкоголя и отказ от курения вне зависимости от предполагаемой этиологии заболевания, суточных доз алкоголя и количества выкуриваемых сигарет в сутки, стажа употребления алкоголя и табакокурения;
2. определение причины боли в животе и попытка снижения ее интенсивности;
3. лечение недостаточности внешнесекреторной функции ПЖ;
4. выявление и лечение эндокринной недостаточности на ранних стадиях до развития осложнений;
5. нутритивная поддержка;
6. скрининг аденокарциномы ПЖ, особенно при наследственном (семейном) панкреатите, отягощенном наследственном анамнезе по раку ПЖ, длительном анамнезе доказанного ХП, возрасте старше 60 лет.

Купирование боли в животе

Пациентам с интенсивным болевым синдромом при ХП рекомендуется периодическое или курсовое назначение анальгетиков (напр. Парацетамол 1000 мг × 3 р/день), или нестероидных противовоспалительных препаратов. При неэффективности следует отдавать предпочтение трамадолу (не более 400 мг/сут). Длительность постоянной терапии парацетамолом – не более 3-х месяцев с контролем состояния больного, биохимических показателей крови. Для уменьшения проявлений сопутствующей депрессии, уменьшения выраженности болей и потенцирования эффекта анальгетиков рекомендуется назначение антидепрессантов – неселективных ингибиторов обратного захвата моноаминов.

Для купирования упорной панкреатической боли пациентам с ХП рекомендуется прегабалин, применяемый и при лечении нейропатической боли.

Пациентам с ХП при доминирующей боли в животе, отсутствии дилатации протоков или при минимальных изменениях в паренхиме ПЖ рекомендуется назначение пищеварительных ферментных препаратов с целью уменьшения боли.

В случае назначения пищеварительных ферментных препаратов без защитной оболочки с целью купирования боли у пациентов с ХП рекомендуется одновременное назначение препаратов, подавляющих кислотную продукцию (ИПН), вероятно, способных влиять на выраженность панкреатической боли и повышать эффективность панкреатина

Лечение экзокринной и эндокринной недостаточности ПЖ

Заместительная ферментная терапия.

Целью заместительной терапии является обеспечение возможности пациенту принимать, переваривать и усваивать нормальное количество основных пищевых веществ и микроэлементов. Клинические показания для проведения заместительной ферментной терапии при ХП:

- верифицированная стеаторея;
- хроническая диарея, полифекалия;
- нутритивная недостаточность;
- перенесенный панкреонекроз, тяжелый ХП (кальцификация паренхимы ПЖ или внутрипротоковые кальцинаты в сочетании с расширением ГПП);
- перенесенные оперативные вмешательства на ПЖ с нарушением нормального пассажа пищи (классическая панкреатодуоденальная резекция, латеральная панкреатикоюностомия с петлей, выключенной по Ру);
- состояние после любых хирургических вмешательств на ПЖ с признаками внешнесекреторной недостаточности.

Всем пациентам с ХП и клиническими или биохимическими признаками трофологической недостаточности, в том числе без явной стеатореи, рекомендуется назначение заместительной терапии ферментными препаратами для нормализации нутритивного статуса (уровня витаминов (А, D, Е и К), преальбумина и ферритина), а также для предотвращения остеопороза, обусловленного мальабсорбцией витамина D.

Всем пациентам с ХП при проведении заместительной ферментной терапии рекомендуется принимать панкреатин во время или сразу после еды.

Пациентам с ХП для лечения мальабсорбции при экзокринной панкреатической недостаточности рекомендуется использовать капсулированный панкреатин в форме микрочастиц (микротаблеток, минимикросфер и пр.), покрытых кишечнорастворимой оболочкой.

Рекомендуемая минимальная доза для начального лечения составляет 25–40 тыс. МЕ единиц липазы на основной прием пищи и 10–25 тыс. МЕ липазы – на промежуточный прием пищи, суммарно – не менее 5 раз в день.

Всем пациентам с ХП, получающим заместительную ферментную терапию, рекомендуется оценивать начальную эффективность лечения по прибавке массы тела и снижению выраженности симптомов через 6 месяцев после начала терапии; однако любые сомнения в эффективности заместительной терапии следует расценивать как показания к лабораторному и инструментальному контролю заместительной ферментной терапии

При персистирующей, на фоне адекватной заместительной ферментной терапии, стеатореи у пациентов с ХП рекомендовано исключить другие причины диареи, в частности связанные с избыточным бактериальным ростом в тонкой кишке, часто имеющим место при ХП, инвазии простейших, целиакию.

У пациентов с тяжелой панкреатической недостаточностью после перенесенного панкреонекроза, либо при наличии кальцифицирующего панкреатита, либо у пациентов со значительно сниженной эластазой-1 кала (менее 200 мкг/г), рекомендуется пожизненная заместительная терапия в подобранной дозе.

При доказанном ХП с признаками нутритивной недостаточности (потеря в весе, гипотрофия мышц, остеопороз, признаки гиповитаминоза) назначение заместительной ферментной терапии может быть показано даже без верификации стеатореи

При лечении пациентов с СД на фоне ХП рекомендуется контролировать уровень глюкозы в крови для предотвращения осложнений, избегая развития гипогликемии и кетоацидоза.

При развитии диабета в исходе выраженного фиброза паренхимы ПЖ пероральные гипогликемические средства не играют существенной роли

Большинству пациентов с панкреатогенным СД и неэффективностью соответствующей диеты требуется назначение инсулинов.

Диета при панкреатогенном сахарном диабете соответствует таковой при СД 1 типа, за исключением необходимости коррекции мальабсорбции, дефицита витаминов и микроэлементов; назначение дробного питания обеспечивает профилактику гипогликемии

Хирургическое лечение: показания и методы

При осложненном течении заболевания, а также в отдельных случаях с не купируемой болью в животе, показано эндоскопическое или хирургическое лечение. Решение о выполнении вмешательства должно приниматься в центре, специализирующемся на консервативных и хирургических методах лечения заболеваний ПЖ.

К осложнениям ХП относятся:

- 1) стойкий болевой синдром, не поддающийся медикаментозной терапии;
 - 2) протоковая гипертензия ПЖ за счет вирсунголитиаза или стриктур протока ПЖ;
 - 3) симптоматические постнекротические кисты ПЖ;
 - 4) механическая желтуха, обусловленная компрессией ТОХ;
 - 4) портальная гипертензия за счет сдавления конfluence воротной вены или тромбоза селезеночной вены;
 - 5) стойкое нарушение пассажа пищи по двенадцатиперстной кишке;
 - 6) ложная аневризма бассейна чревного ствола и верхней брыжеечной артерии
- На фоне перечисленных осложнений могут возникать панкреатогенный асцит и/или плеврит; у пациентов, оперированных по поводу панкреатита или перенесших травму ПЖ – панкреатические свищи, требующие хирургического лечения.

Безусловным показанием к хирургическому лечению является отсутствие возможности исключить рак ПЖ.

У пациентов с верифицированным ХП рекомендовано решение вопроса о выполнении хирургического вмешательства при следующих состояниях:

- интенсивная некупируемая абдоминальная боль, ведущая к снижению или утрате трудоспособности;
- отсутствие эффекта от консервативного лечения в течение 3 мес.;
- риск развития зависимости от анальгетиков и/или психотропных препаратов;
- возникновение осложнений ХП, требующих инвазивного устранения (кровотечения, непроходимость ДПК, симптоматические псевдокисты и др.);
- подозрение на рак ПЖ

Хирургическое лечение пациентов с ХП рекомендовано при неэффективности последовательного применения консервативных методов в течение 3 мес.

(строгое соблюдение диеты, терапия капсулированным панкреатином, витаминами, анальгетиками, в т. ч. трамадолом, антидепрессантами, прегабалином), при существенном снижении качества жизни и нарушении трудоспособности

Медицинская реабилитация

Пациентам с сохранной экзокринной функцией ПЖ после завершения фазы обострения ХП рекомендовано назначение пищеварительных ферментных препаратов в суточной дозе 100–150 тыс. липолитических ед. в сутки в течение 3–6 мес. При развитии экзокринной недостаточности ПЖ пациентам с ХП рекомендуется пожизненная заместительная ферментная терапия, часто – с добавлением ИПН (напр.: омепразол** от 10 до 40 мг × 2 р/сут) для повышения эффективности действия пищеварительных ферментных препаратов.

Профилактика и диспансерное наблюдение

ограничение употребления алкоголя и табакокурения (категорический запрет у лиц с перенесенным острым панкреатитом или установленным диагнозом ХП) может быть фактором, снижающим риск прогрессии ХП. У лиц с симптомной желчнокаменной болезнью, приступами хронического калькулезного холецистита и билиарного панкреатита путем профилактики последующих приступов панкреатита можно считать своевременную холецистэктомию

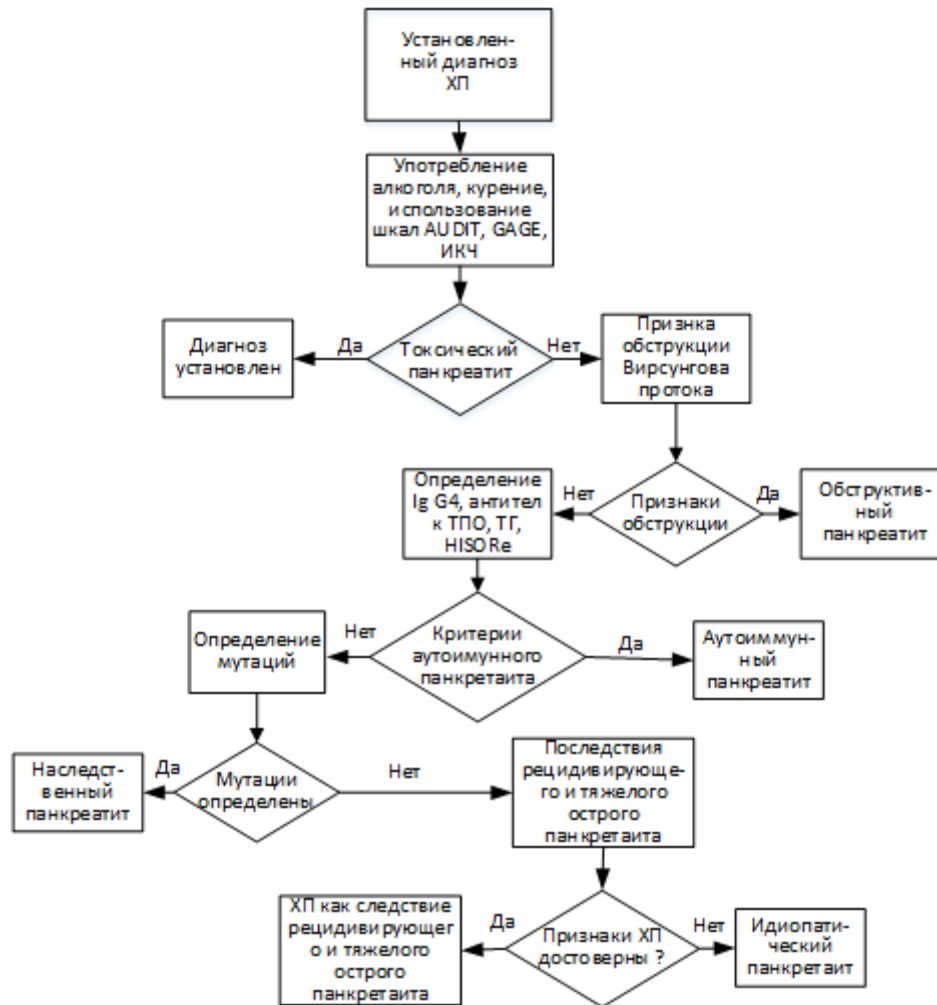
дробное питание (4-5 раз в день, равномерными порциями с одинаковым распределением жирсодержащих продуктов в рационе), отказ от переедания; создание сбалансированного рациона с ограничением насыщенных жиров и холестерина; включение в рацион достаточного количества пищевых волокон (растительной клетчатки); достаточная физическая активность; употребление разнообразной пищи с низким содержанием насыщенных жиров и холестерина (нерафинированные растительные жиры несколько ограничиваются только у лиц с избыточной массой тела); выбор рациона с достаточным количеством пищевых волокон, содержащихся в зерновых продуктах, овощах и фруктах; найти баланс между количеством принимаемой пищи и физической активности (для стабилизации веса со стремлением к идеальной массе тела с поправкой на возраст)

Тактика ведения больного ХП для врача-терапевта и врача-гастроэнтеролога

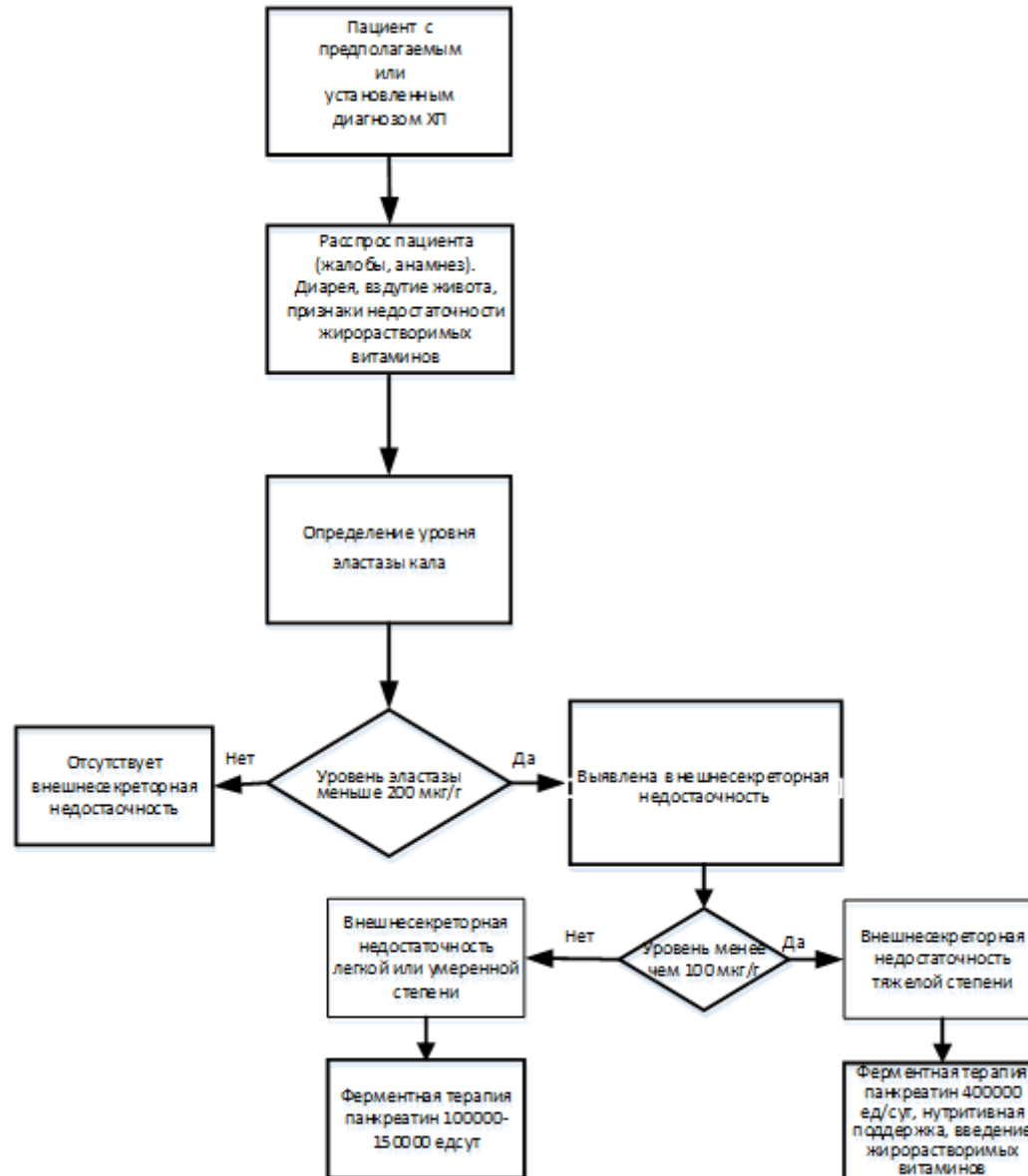
Тактика ведения больного ХП базируется на нескольких важных составляющих:

1. Определение диагноза ХП (т.е. подтверждение или исключение ХП, вызывающее трудности на ранних стадиях болезни);
2. Попытка определения этиологии ХП (поскольку этиотропное воздействие наиболее эффективно);
3. Определение стадии ХП (что определяет выбор лечебной тактики и влияет на прогноз);
4. Диагностика панкреатической недостаточности (является основой для выбора схемы заместительной ферментной терапии и инсулинотерапии, доз препаратов или признание необходимости хирургического лечения);
5. Разработка плана лечения (в ряде случаев коллегиальное решение с врачами-хирургами, врачами-эндоскопистами, врачами-эндокринологами);
6. Определение прогноза с учетом исходной ситуации и выбранной врачебной тактики.

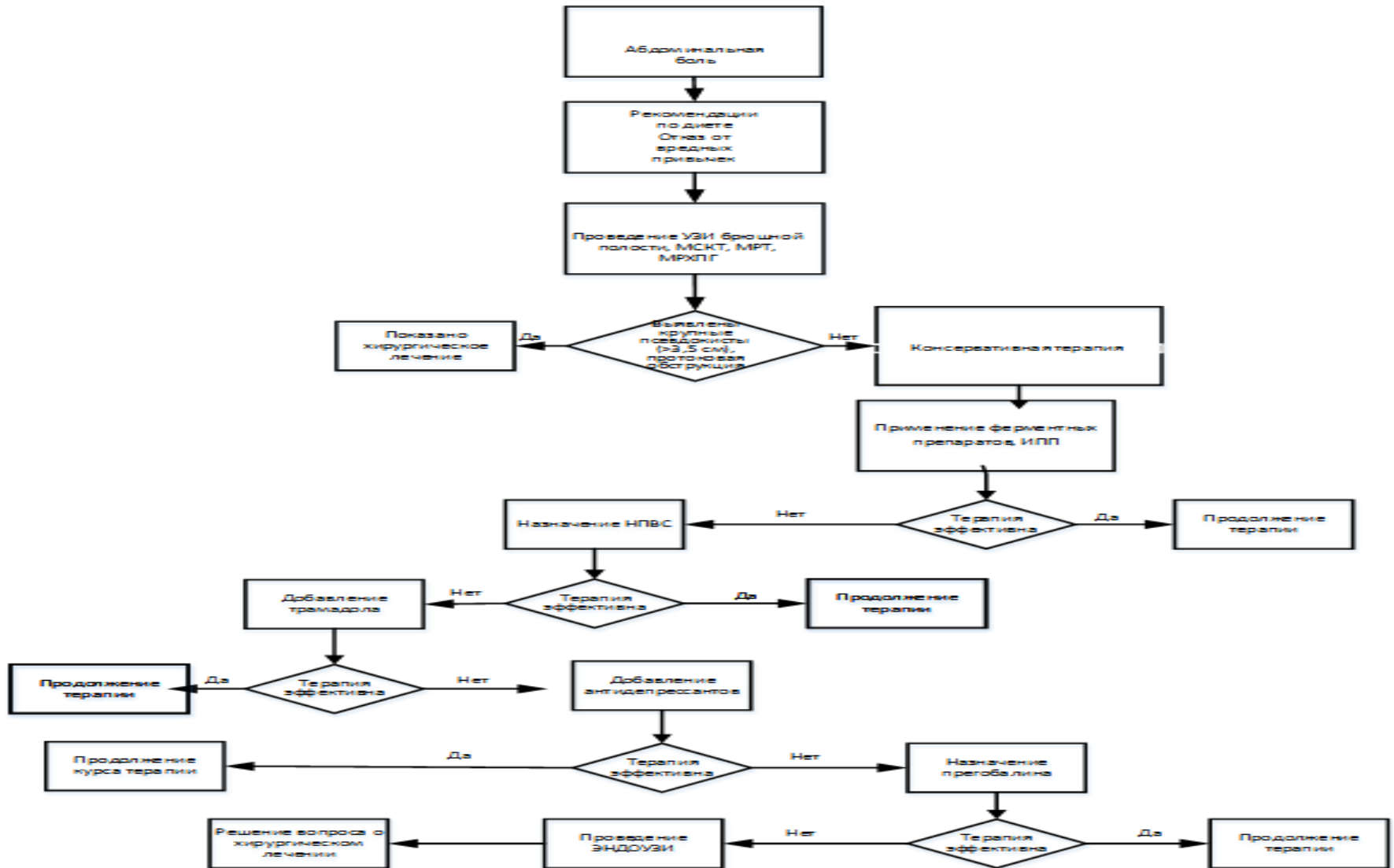
Тактика ведения пациента с доказанным диагнозом "хронический панкреатит"



Тактика ведения пациента с вероятным диагнозом "хронический панкреатит"



Тактика обследования и лечения больного хроническим панкреатитом с доминирующей абдоминальной болью



Спасибо
за внимание

