



Современные подходы к курации пациента с хроническим панкреатитом

Актуальность проблемы хронического панкреатита (ХП) не вызывает сомнений. Это обусловлено высокой частотой встречаемости заболевания, склонностью его к рецидивированию и большой социально-экономической значимостью (ввиду высокой распространенности среди лиц трудоспособного возраста и частой инвалидизации пациентов).

Анализируя эпидемиологические данные, приходится констатировать существенную разницу в статистических показателях по ХП в Украине и других странах Европы и мира. Так, заболеваемость ХП (случаев на 100 тыс. населения) составляет: в мире – 3,1-8; в странах Европы – 4-8; распространенность – 25 случаев на 100 тыс. населения. 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 с более высоким уровнем злоупотребления алкоголем, что является одной из основных причин развития ХП [3, 4].

Безусловно, важным моментом в курации пациента с ХП является выявление первопричины заболевания. Известно, что различают первичный и вторичный ХП [4].

Первичный хронический панкреатит – состояние, при котором поджелудочная железа (ПЖ) является органом-мишенью, ее поражение первично, и лишь затем могут появиться признаки поражения других органов.

Причины развития случаев первичного ХП:

- генетическая предрасположенность (наследственный, или семейный, ХП);
- злоупотребление алкоголем;
- прием панкреатотоксичных лекарственных средств (азатиоприн, аспирин, гипотиазид, тетрациклин);
- дефицит белка в питании (квашеоркор);

- поражение сосудов, кровоснабжающих ПЖ (ишемический ХП).

Вторичный хронический панкреатит развивается вследствие патологии других органов (чаще пищеварительного аппарата) или является одним из проявлений заболевания, поражающего ряд органов. Вторичный ХП может также развиваться при травмах ПЖ.

Причины развития вторичного ХП:

- холецистит, чаще калькулезный;
- гипо- и анацидные гастриты;
- атрофические дуодениты;
- пептическая язва двенадцатиперстной кишки;
- первичная (опухоли, папиллиты) и вторичная (дискинезия сфинктера Одди, рубцовый стеноз) патология Фатерова соска;
- хронический гепатит и цирроз печени;
- энтерит и колит;
- паразитарная инвазия;
- гиперлипидемия (в первую очередь гипертриглицеридемия);
- аллергические реакции;
- вирусные заболевания (эпидемический паротит);
- коллагенозы (системная склеродермия);
- гиперпаратиреоз;
- муковисцидоз.

Следует помнить, что наиболее частыми причинами ХП являются алкоголь и билиарная патология. В 40-60% случаев это заболевание имеет алкогольную этиологию, в 25-30% случаев – билиарную (в подавляющем числе случаев возникает у пациентов с желчекаменной болезнью). Доказанным и общепризнанным фактором, который способствует развитию ХП, является курение. Многими авторами табакокурение ставится на один уровень с алкоголем по значимости влияния на ХП [4, 7].



Таблица 1. Марсельско-Римская классификация (1989) хронического панкреатита с дополнениями Я.С. Циммермана (1995) и уточнениями (МКБ-10)

А. По этиологии
Первичный
• алкогольный (K86.0);
• при квашиоркоре;
• наследственный («семейный»);
• медикаментозный, токсический (K86.1)
Вторичный
• при билиарной патологии;
• при хроническом гепатите, циррозе печени;
• при дуоденальной патологии;
• при паразитарной инвазии (описторхоз и др.);
• при гиперпаратиреозидизме;
• при муковисцидозе;
• при гемохроматозе;
• при эпидемическом паротите;
• при болезни Крона и неспецифическом язвенном колите;
• при аллергических заболеваниях;
• при гиперлипидемии;
• при травме поджелудочной железы
Б. По морфологическим особенностям
Кальцифицирующий панкреатит (K 86.1)
Обструктивный хронический панкреатит (K 86.1)
Воспалительный хронический панкреатит (K 86.0)
Фиброз поджелудочной железы (K 86.8)
В. Клинические варианты
Непрерывно рецидивирующий
Болевой
Псевдотуморозный (с холестаазом, с дуоденальной непроходимостью)
Латентный (безболевого)
Смешанный
Г. В зависимости от функционального состояния
С нарушением внешней секреции поджелудочной железы:
• гиперсекреторный тип;
• гипосекреторный тип (компенсированный, декомпенсированный);
• обтурационный тип;
• дуктулярный тип
С нарушением инкреторной функции поджелудочной железы:
• гиперинсулинизм;
• гипофункция инсулярного аппарата (сахарный диабет II типа)
Д. Периоды
Обострение
Ремиссия
Е. По степени тяжести течения
Легкий
Средней тяжести
Тяжелый
Ж. Осложнения
Сахарный диабет
Рак поджелудочной железы
Механическая желтуха
Панкреатическая кома
Ретенционные кисты и псевдокисты поджелудочной железы (K86.2, K86.3)
Абсцесс поджелудочной железы
Панкреонекроз
Реактивный плеврит
Реактивный гепатит
Анемия

Общеизвестно, что в курации пациента большое значение имеет правильная формулировка диагноза, которая осуществляется при использовании утвержденной в той или иной стране классификации. На сегодняшний день общепризнанной классификации ХП в Украине нет. В Европе наиболее часто используются Марсельско-Римская классификация, классификация M-ANNHEIM и др. В таблице 1 представлен, на наш взгляд, наиболее клинически адаптированный вариант [4].

Примеры формулирования диагноза

- Хронический первичный панкреатит, кальцифицирующий, болевой, рецидивирующий, средней степени тяжести, период обострения, с нарушением внешне-секреторной функции поджелудочной железы.
- Хронический первичный панкреатит, обструктивный, псевдотуморозный с холестаазом, тяжелое течение, период обострения, с нарушением внешней секреции поджелудочной железы по гипосекреторному типу.

Диагностика

Лабораторная и инструментальная диагностика ХП в Украине на сегодняшний день четко регламентирована и должна проводиться согласно Приказу Министерства здравоохранения Украины № 638 от 10.09.2014 г., положения которого тесно связаны с рекомендациями Украинского клуба панкреатологов по диагностике и лечению внешнесекреторной недостаточности ПЖ [1, 3].

Важно подчеркнуть, что положения вышеназванных украинских регламентирующих документов разработаны ведущими украинскими экспертами и основаны на последних Европейских и мировых рекомендациях по диагностике и лечению ХП [5-7].

Согласно Приказу, проведение лабораторных и инструментальных исследований осуществляется на разных этапах оказания медицинской помощи в разных объемах. На этапе учреждений, которые оказывают первичную медицинскую помощь, проводится минимум исследований (I этап), на этапе оказания вторичной (специализированной) амбулаторной (II этап) и вторичной (специализированной) стационарной (III этап) помощи проводится расширенный спектр исследований.

На I этапе лабораторные методы обследования выполняются в объеме клинических анализов крови (при обострении – лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, нейтрофилез, повышенная скорость оседания эритроцитов) и мочи (без особенностей), а также определения уровня глюкозы крови (возможно повышение при наличии сахарного диабета [СД]). Инструментальные методы обследования: ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости и почек (табл. 2), электрокардиография (ЭКГ) (норма или неспецифические нарушения процессов реполяризации). Также врач I звена направляет пациента на консультацию:

- гастроэнтеролога – в течение недели для подтверждения или уточнения диагноза ХП;
- хирурга – при наличии тревожных симптомов (лихорадка, интоксикация, выраженный болевой синдром, немотивированная потеря веса), при подозрении на острый панкреатит, при наличии осложнений – немедленно;



– эндокринолога – при наличии симптомов СД, в течение недели.

На **II и III этапе** диагностические мероприятия нацелены на установление диагноза ХП, дифференциальную диагностику с другими заболеваниями, оценку риска тяжелых осложнений.

Обязательные лабораторные исследования II этапа:

- биохимический анализ крови с определением уровня активности амилазы (возможно повышение), содержания глюкозы (если не был сделан при оказании первичной медицинской помощи), гликозилированного гемоглобина;

- анализ мочи с определением уровня амилазы (возможно повышение);

- копроскопия (возможно – амилорея, стеаторея, креаторея);

- определение активности фекальной эластазы-1 (возможно понижение активности).

Обязательные инструментальные исследования II этапа:

- УЗИ органов брюшной полости и почек;
- эзофагогастроуденоскопия (ЭГДС) с осмотром ретробульбарного отдела двенадцатиперстной кишки (в первую очередь для исключения патологии большого дуоденального сосочка, атрофического дуоденита и др.);

- ЭКГ.

Пациента следует направить на *консультацию*:

- хирурга – при наличии тревожных симптомов (лихорадка, интоксикация, выраженный болевой синдром), немотивированная потеря веса; при подозрении на острый панкреатит, наличии осложнений;

- онколога – при подозрении на злокачественное новообразование;

- эндокринолога – при наличии симптомов СД;

- желательным является определение мутаций в генах PRSS1, CFTR и SPINK1 CTSC у пациентов с ХП неизвестной этиологии и отягощенным семейным анамнезом по ХП.

Значительное снижение активности фекальной эластазы является основанием подозревать наличие экзокринной недостаточности ПЖ.

Критериями для установления диагноза СД является уровень глюкозы крови натощак ≥ 126 мг/дл и/или значение $HbA_{1c} \geq 6,5\%$.

На **III этапе** (специализированное стационарное лечение) госпитализация осуществляется при:

- ХП в стадии обострения;

- псевдотуморозном ХП;

- обструктивном ХП;

- бактериальных осложнениях ХП;

- панкреатогенных гастродуоденальных язвах;

- выявлении при УЗИ участков ткани ПЖ, напоминающих панкреонекроз;

- тромбозе селезеночной/портальной вены;

- псевдокистах ПЖ, увеличивающихся в размерах, осложнениях псевдокист;

- свищах ПЖ.

Лабораторная диагностика на III этапе включает:

- общий анализ крови;

- биохимический анализ крови с определением:

- уровня активности амилазы, панкреатической изоамилазы, липазы (возможно повышение);

- содержания глюкозы, гликозилированного гемоглобина;

- печеночных проб (нормальные или повышенные значения уровня билирубина, преимущественно прямого, а также щелочной фосфатазы – при синдроме холестаза; повышение показателей активности трансаминаз крови, гаммаглутамилтранспептидазы и лактатдегидрогеназы – могут быть обусловлены блокированием холедоха, развитием реактивного гепатита у больных алкогольным ХП);

- анализ мочи с определением активности амилазы (возможно повышение);

- копроскопия;

- определение активности фекальной эластазы-1.

Инструментальные методы обследования:

- ЭКГ;

- УЗИ органов брюшной полости и почек;

- ЭГДС с осмотром ретробульбарных отделов двенадцатиперстной кишки;

- компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства (табл. 2);

- магнитно-резонансная томография / магнитно-резонансная холангио-панкреатография (позволяют выявить неоднородность структуры, наличие кист или псевдокист ПЖ, зону некроза при помощи контрастирования) – при недостаточной информативности УЗИ и КТ;

- эндоскопическое УЗИ ПЖ (изменения паренхимы, выявление изменений протоков ПЖ, билиарного дерева) – при необходимости;

- эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография – выявление изменений протока ПЖ и его ветвей (прерывистое расширение протоков [«цепь озер»] или норма) – при недостаточной информативности всех вышеперечисленных инструментальных методов обследования, когда диагноз ХП не может быть установлен с помощью неинвазивных и менее инвазивных методов исследования.

КТ органов брюшной полости не позволяет достоверно выявлять изменения на ранних стадиях заболевания. КТ более информативна для диагностики ХП на поздних стадиях и является лучшим неэндоскопическим методом визуализации для выявления локализации кальцификации ПЖ.

Для упрощения и объективизации постановки диагноза ХП предложена диагностическая система, представленная в таблице 3. [4]. Диагноз ХП ставится в случае 4 и более баллов.

Дифференциальная диагностика ХП проводится с целью доказать наличие данного заболевания, исключить другие заболевания, которые могут сопровождаться подобными жалобами, а именно [3]:

- **Заболевания желудочно-кишечного тракта:**

- острый панкреатит;

- острый холецистит;

- обструкция протоков желчного пузыря / камни;

- острый аппендицит;

- дивертикулярный абсцесс;

- парез желудка;

- обструкция кишечника;

- синдром раздраженного кишечника;



Таблица 2. Кембриджская классификация структурных изменений в поджелудочной железе при хроническом панкреатите

Изменения	Данные ЭРХПГ	Данные УЗИ или КТ
Нормальная ПЖ	ГПП и боковые ветви протока не изменены	Нормальные размеры, четкие контуры ПЖ. ГПП – 2 мм. Паренхима ПЖ гомогенна
Сомнительные изменения	ГПП не изменен, менее 3 измененных боковых ветвей	Один из следующих признаков: ГПП = 2-4 мм. Размеры ПЖ в пределах 1-2 норм. Неоднородная паренхима ПЖ
Мягкие изменения	ГПП не изменен, более 3 измененных боковых ветвей	Два или более признаков: ГПП = 2-4 мм. Незначительное увеличение размеров ПЖ. Неоднородность паренхимы
Умеренные изменения	Изменения ГПП и более 3 боковых ветвей	Нечеткость контуров ПЖ. Маленькие кисты (менее 10 мм). Неравномерный ГПП. Острые фокальные некрозы. Повышение эхогенности стенки протока. Неровность контуров ПЖ
Значительные изменения	Все признаки, указанные выше, + один или более из следующих признаков: <ul style="list-style-type: none"> • Кисты более 10 мм в диаметре • Внутрипротоковые дефекты наполнения • Камни/панкреатическая кальцификация • Обструкция или стриктуры ГПП • Выраженная дилатация и неравномерность ГПП • Инвазия в соседние органы 	

Примечания: ПЖ – поджелудочная железа; ЭРХПГ – эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография; УЗИ – ультразвуковое исследование; КТ – компьютерная томография; ГПП – главный панкреатический проток.

- мальабсорбция другой этиологии;
- болезнь Крона;
- язвенная болезнь;
- неспецифический язвенный колит;
- опухоли ПЖ.
- **Заболевания сердечно-сосудистой системы:**
 - ишемическая болезнь сердца, особенно абдоминальная форма инфаркта миокарда;
 - острая ишемия или инфаркт тонкого кишечника;
 - воспаление аневризмы брюшной аорты;
 - тромбоз мезентериальных сосудов.
- **Заболевания половой системы:**
 - острый сальпингит;
 - внематочная беременность;
 - эндометриоз;
 - киста яичника;
 - рак яичника;
- **Другие факторы:**
 - грудная радикулопатия;
 - мочекаменная болезнь.

Лечение

Лечение пациентов с ХП должно проводиться согласно тем же регламентирующим документам, а также рекомендациям Украинского клуба панкреатологов по купированию абдоминального болевого синдрома при ХП [1-3].

Таблица 3. Диагностика хронического панкреатита по балльной системе (по P. Layer и U. Melle, 2005)

Оцениваемые параметры	Баллы
Кальцификация ПЖ	4
Характерные гистологические изменения	4
Характерные изменения по УЗИ или ЭРХПГ (см. табл. 2)	3
Экзокринная недостаточность ПЖ	2
Приступы панкреатита и/или хроническая абдоминальная боль	2
Сахарный диабет	1

Примечания: ПЖ – поджелудочная железа; УЗИ – ультразвуковое исследование; ЭРХПГ – эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография.

Цели лечения:

- купирование клинических проявлений заболевания;
- уменьшение активности воспалительного процесса в ткани ПЖ;
- улучшение общего состояния пациентов, результатов лабораторных тестов;
- положительная динамика по данным УЗИ ПЖ (нормализация размеров, эхогенности ПЖ, четкости контуров, отсутствие парапанкреатической инфильтрации);
- компенсация внешнесекреторной недостаточности ПЖ;
- достижение стойкой ремиссии;
- предотвращение развития осложнений.

У пациентов с течением заболевания легкой степени тяжести возможно амбулаторное лечение. Пациентам с обострением ХП средней и тяжелой степени тяжести показано стационарное лечение, предпочтительно – в отделениях гастроэнтерологического профиля. Лечение осложнений проводится в хирургических отделениях. Диспансерное наблюдение: осмотр гастроэнтеролога и УЗИ – не реже чем 1 раз в 6 месяцев.

Лечение на I этапе:

- назначить коррекцию образа жизни, в частности, режима питания (см. ниже), труда и отдыха;
- оказать медицинскую помощь по отказу от употребления алкоголя и табака;
- обеспечить обезболивание (см. ниже);
- при наличии симптомов недостаточности внешнесекреторной функции ПЖ назначить препараты панкреатина (см. ниже);
- при наличии СД специфическое лечение назначает эндокринолог.

Лечение на II этапе:

- назначить коррекцию образа жизни, в частности, режима питания, труда и отдыха (см. ниже);
- оказать медицинскую помощь по отказу от употребления алкоголя и табака;
- обеспечить обезболивание (см. ниже);
- при наличии симптомов недостаточности внешнесекреторной функции ПЖ назначить препараты панкреатина (см. ниже);



I этап – диагностика

Доказательство наличия ХП
Этиология/разрешающие факторы
Осложнения
Сопутствующие заболевания и состояния

II этап – базисная терапия 6-8 недель

Купирование боли

Лечение ВНПЖ и ее последствий

Лечение сопутствующих заболеваний

Устранение этиологических факторов
Отказ от алкоголя
Отказ от курения
Рекомендации по питанию
Антиоксиданты

Креон
ИПП
Спазмолитики
Деконтаминация

ИПП
Спазмолитики/прокинетики

Тип А
Парацетамол
НПВП
Метамизол

Тип В
Парацетамол

III этап – коррекция терапии

Лечение эффективно

Продолжительность
3-6 месяцев

Лечение неэффективно

На 3-4 недели усилить лечение

Трициклические антидепрессанты и/или трамадол и/или прегабалин

Коррекция дозы Креона
Коррекция дозы ИПП
Пересмотреть спазмолитики/прокинетики

Лечение эффективно.
Продолжить 3-6 мес

Лечение неэффективно

IV этап – оценка возможности разрешения протоковой гипертензии

Диаметр протоков (МРХПГ или эндоУЗИ или ЭРХПГ)

Болезнь «больших протоков»

Болезнь «малых протоков»

Октреотид
Эндоскопическая или оперативная декомпрессия

Опиоиды (мощные) и / или денервирующие манипуляции или резекция ПЖ

V этап – альтернативные и симптоматические методы (в случае неэффективности IV этапа)

Опиоиды (мощные)
Антидепрессанты / прегабалин
Новокаиновые блокады
Лучевая терапия
Транскраниальная стимуляция магнитным полем
Психотерапия
Другие методы, в т. ч. панкреатэктомия

Примечания: ХП – хронический панкреатит; ПЖ – поджелудочная железа; ВНПЖ – внешнесекреторная недостаточность ПЖ; ИПП – ингибитор протонной помпы; НПВП – нестероидный противовоспалительный препарат; МРХПГ – магнитно-резонансная ретроградная холангиопанкреатография; эндоУЗИ – эндоскопическое ультразвуковое исследование; ЭРХПГ – эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография.

Рис. 1. Алгоритм лечения абдоминальной боли при хроническом панкреатите, адаптированный к практическому здравоохранению Украины (по Н.Б. Губергриц [2014])



- назначить ингибитор протонной помпы для создания «функционального покоя» ПЖ (см. ниже);
- назначить препараты, содержащие витамины, для коррекции витаминной недостаточности (см. ниже);
- при наличии СД специфическое лечение назначает эндокринолог.

Лечение на III этапе:

- обеспечить обезбоживание (см. ниже);
- назначить спазмолитики при дисфункции сфинктера Одди (см. ниже);
- для обеспечения «функционального покоя» ПЖ назначить ингибитор протонной помпы, при необходимости – октреотид (см. ниже);
- при наличии симптомов недостаточности внешнесекреторной функции ПЖ назначить препараты панкреатина (см. ниже);
- назначить препараты, которые содержат витамины, для коррекции витаминной недостаточности (см. ниже);
- назначить инфузионную терапию с целью дезинтоксикации (см. ниже);
- при наличии СД специфическое лечение назначает эндокринолог;
- при наличии бактериальных осложнений назначить антибактериальные лекарственные средства (см. ниже);
- хирургическое/эндоскопическое лечение рассматривается при неэффективности медикаментозного лечения и при наличии осложнений (см. ниже).

Алгоритм немедикаментозного и медикаментозного лечения

Немедикаментозное лечение

Полный отказ от употребления алкоголя, курения.

Питание при заболеваниях ПЖ по своему количественному и качественному составу и энергетической ценности должно соответствовать физиологическим потребностям человека. Диетотерапия должна проводиться в зависимости от характера и стадии заболевания, степени нарушений метаболических процессов, наличия сопутствующей патологии.

Диета при ХП должна содержать оптимальное количество белка (80-100 г/сут, из них животных – 45-50 г/сут); умеренно ограничиваются жиры (до ≈ 60 г/сут, из них растительных – 25-30 г/сут; жир распределяется равномерно на 3-4 основных приема пищи). При наличии СД углеводы, которые легко усваиваются, должны быть исключены из питания.

Необходим отказ от продуктов и блюд, которые стимулируют желудочную и панкреатическую секрецию (острые, копченые, жареные, свежеспеченные, сладкие блюда, шоколад, какао, кофе, пряности, бульон, грубая клетчатка).

Важен вид кулинарной обработки (предпочтительно отваривание, запекание), соблюдение ритма приема пищи (4-6 раз в сутки), уменьшение количества соли (до 6-8 г/сут), достаточное количество жидкости (1-1,5 литра в сутки). Температура блюд – 15-60 °С. Энергетическая ценность рациона – 2000-2500 ккал/сут.

Дополнительно рекомендуется назначение лекарственных препаратов ω-3 жирных кислот, лецитина, жирорастворимых витаминов после еды в сочетании с полиферментными препаратами.

Медикаментозное лечение

а) Симптоматическое лечение боли:

- обезбоживание начинается с назначения ненаркотических анальгетиков (парацетамол, метамизол натрия), при отсутствии противопоказаний – нестероидных противовоспалительных препаратов (ибупрофен);
- при необходимости (сильная, устойчивая боль) – наркотические анальгетики короткими курсами (трамадол);
- спазмолитики (мебеверин, дротаверин, папаверин).

б) При дисфункции сфинктера Одди для коррекции тонуса – назначение селективных спазмолитиков (мебеверин).

Следует отметить, что в реальной клинической практике назначения анальгетиков и спазмолитиков для купирования болевого синдрома бывает недостаточно. Кроме того, есть два типа болевого синдрома при ХП: тип А (периодические абдоминальные боли с безболевыми эпизодами) и тип В (постоянная, различной интенсивности абдоминальная боль). В рекомендациях Украинского клуба панкреатологов 2014 г. представлен алгоритм лечения абдоминальной боли [2] (рис. 1).

Следует отметить, что в алгоритме на разных этапах указаны препараты и немедикаментозные методы лечения, которые не входят в Приказ № 638: трициклические антидепрессанты, прегабалин, антиоксиданты, прокинетики, новокаиновые блокады, лучевая терапия, транскраниальная стимуляция магнитным полем и психотерапия.

в) При наличии симптомов недостаточности внешнесекреторной функции ПЖ назначаются полиферментные препараты (панкреатин) по 25 000-40 000 ЕД липазы на основной прием пищи и 10 000-20 000 ЕД липазы неосновной прием пищи.

Лечение внешнесекреторной недостаточности ПЖ часто бывает проблематичным. В Приказе № 638 рекомендован алгоритм действий врача в этих случаях [3] (рис.2).

г) Для снижения внешней секреции ПЖ (создание «функционального покоя» ПЖ) назначаются:

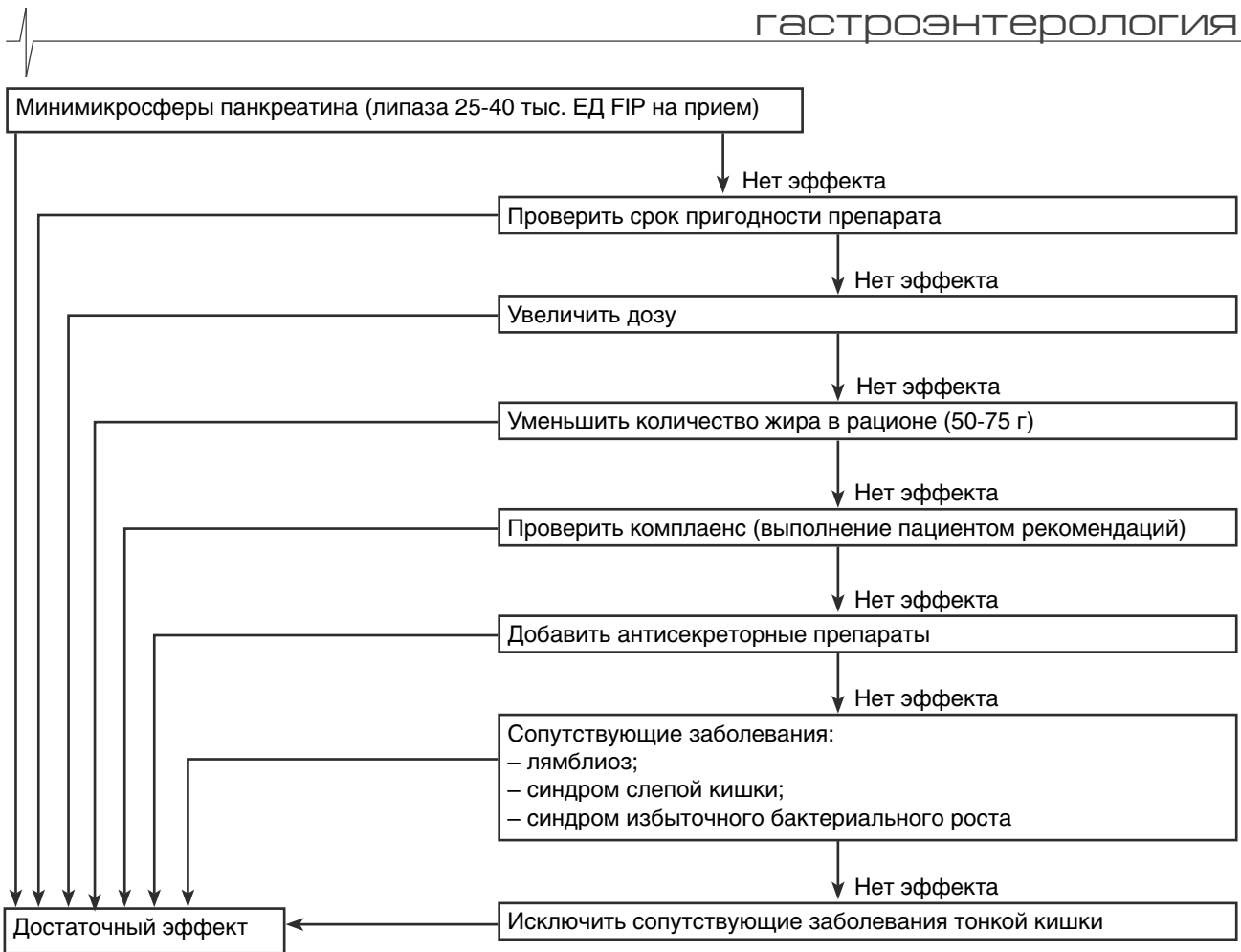
- ингибиторы протонной помпы в стандартной дозе 2 раза в сутки;
- октреотид (при осложненном течении ХП).

Следует отметить отсутствие в Приказе № 638 таких ранее часто используемых в Украине препаратов, как апротинин и блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов (ранитидин и фамотидин).

д) Для коррекции витаминной недостаточности назначаются витамины (монопрепараты и комбинированные): менадион/фитоменадион, ретинол, эргокальциферол, токоферол, поливитаминные комплексы, содержащие указанные витамины.

е) При лечении обострений и осложнений ХП в условиях стационара назначается инфузионная терапия кровезаменителями и растворами с целью детоксикации:

- электролиты в комбинации с другими препаратами: сорбитол + натрия лактат + натрия хлорид + кальция хлорид + калия хлорид + магния хлорид внутривенно (в/в) – 400 мл в сутки;
- белковые фракции крови: раствор альбумина человека 10% в растворителе в/в – 100 мл в сутки;



Примечание: ЕД FIP – единица активности фермента, установленная Международной федерацией фармацевтики (Federation International Pharmaceutical).

Рисунок 2. Алгоритм заместительной терапии при хроническом панкреатите (по P. Lauer et al., 2003), утвержденный Приказом № 638 МЗ Украины, 2014 г.

– углеводы: глюкоза 5-10% раствор в/в – 500 мл в сутки.

ж) При необходимости снижения риска или лечения бактериальных осложнений ХП назначаются антибактериальные лекарственные средства, которые применяются для лечения инфекций желудочно-кишечного тракта, с учетом вида возможного возбудителя, который инфицирует ПЖ: карбапенемы, фторхинолоны, цефалоспорины III-IV поколений, производные нитроимидазола.

з) При вторичном панкреатите, развившемся вследствие других заболеваний органов пищеварения, проводится лечение основного заболевания.

Хирургическое/эндоскопическое лечение

Эти виды лечения рассматриваются при неэффективности медикаментозного лечения и при наличии осложнений.

Показания к эндоскопическому лечению:

- компрессия общего желчного протока увеличенной головкой ПЖ;
- боль, которая ассоциируется с расширением главного панкреатического протока;
- папиллостеноз;
- стриктуры препапиллярного отдела;
- конкременты вирсунгова протока;
- свищи ПЖ, выходящие из дистальных отделов главного панкреатического протока;

– кисты и псевдокисты ПЖ.

Показания к оперативному вмешательству:

- кальциноз ПЖ и камни протоков с выраженным болевым синдромом;
- обструктивный ХП – при невозможности эндоскопической декомпрессии;
- обтурационная желтуха за счет сжатия холедоха;
- дуоденостеноз;
- подпеченочная портальная гипертензия;
- кисты более 6 см в диаметре или свищ ПЖ, не излечивающиеся консервативно в течение 3 месяцев;
- вторичный ХП, связанный с желчекаменной болезнью, пенетрирующей язвой, дуоденостазом, абдоминальным ишемическим синдромом;
- неэффективность консервативной терапии, стойкого болевого синдрома;
- наличие злокачественного новообразования;
- бактериально-гнойные осложнения при неэффективности малоинвазивных вмешательств и медикаментозного лечения;
- парафатеральные дивертикулы.

Медицинская реабилитация

Реабилитация также регламентирована в приказе. Санаторно-курортному лечению подлежат больные ХП в фазе ремиссии или нестойкой ремиссии. Курортное лечение не показано больным в стадии обострения ХП.



Основные ожидаемые терапевтические эффекты – уменьшение или ликвидация воспалительного процесса, восстановление внешне- и внутрисекреторной функции ПЖ. Санаторный режим: II-III. Климатотерапия: общая. Двигательный режим: утренняя гигиеническая гимнастика, лечебная физкультура (групповая).

Минеральные воды. Показаны минеральные воды малой и средней минерализации гидрокарбонатного и сульфатного состава. Среднеминерализованные теплые минеральные воды гидрокарбонатно-сульфатного состава ($t = 37-38\text{ }^{\circ}\text{C}$) показаны в условиях умеренной недостаточности внутрисекреторной функции ПЖ и отсутствия жидкого стула. Воды принимают теплыми, за 30-40 мин до еды, начиная с 50-100 мл 1-2 раза в день и увеличивая объем при условии хорошей переносимости до 150-200 мл 3 раза в день. Маломинерализованные воды того же химического состава назначают в случаях чрезмерной внешнесекреторной функции ПЖ. Воду пьют в теплом виде, за 60-90 мин до еды, начиная с 50-100 мл 1-2 раза в день и увеличивая объем при условии хорошей переносимости до 150-200 мл 3 раза в день. Среди минеральных вод с повышенным содержанием гидрокарбонатных ионов больным рекомендуют следующие фасованные минеральные воды: «Поляна Квасова», «Лужанская», «Свалява», «Поляна Купель», «Плоскивская», «Архыз», «Драговская». Минеральные воды заранее дегазируют.

Курорты, рекомендованные для лечения больных ХП: питьевые курорты Закарпатья (санатории «Шаян», «Свалява», «Солнечное Закарпатье», «Квітка полонини»), курорт Березовские минеральные воды (Харьковская обл.), курорт Моршин (санатории «Днестр», «Лаванда», «Жемчужина Прикарпатья»), курорт Одесса (санаторий им. Горького). Срок санаторно-курортного лечения – 21-30 дней.

Следует отметить, что в условиях практического здравоохранения в ряде случаев по-прежнему можно столкнуться с ошибочным подходом некоторых врачей,

который основан на каких-то субъективных предпочтениях в выборе диагностических и лечебных мероприятий. Такой подход часто приводит к неудовлетворительным клиническим результатам в курации пациентов с ХП, а в последнее время – часто и к «юридическим последствиям». В заключение следует акцентировать внимание на необходимости соблюдения современных отечественных рекомендаций и Приказа № 638 МЗ Украины по диагностике и лечению ХП, которые вобрала в себя все лучшее, что есть на сегодняшний день в последних зарубежных рекомендациях и основываются на стандартах доказательной медицины.

Список литературы

1. Губергриц Н.Б., Ткач С.М., Швец О.В. и др. Рекомендации Украинского Клуба Панкреатологов по диагностике и лечению внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы // Вестник Клуба Панкреатологов. – 2014. – Доп. до № 3. – С. 4-11.
2. Губергриц Н.Б., Ткач С.М., Швец О.В. и др. Рекомендации Украинского Клуба Панкреатологов по купированию абдоминального болевого синдрома при хроническом панкреатите // Вестник Клуба Панкреатологов. – 2014. – Доп. до № 3. – С. 12-28.
3. Электронный документ «Наказ МОЗ України від 13.09.2014 р. № 638 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному панкреатиті».
4. Рациональная диагностика и фармакотерапия заболеваний внутренних органов / Под ред. А.Н. Беловола, Г.Д. Фадеенко, О.Я. Бабака // Справочник врача «Семейный врач, терапевт». – К.: ООО «Библиотека «Здоровье Украины», 2013. – 438 с. – (Серия «Библиотека «Здоровья Украины»).
5. Delhaye M., Van Steenberghe W., Csemeli E. Belgian consensus on chronic pancreatitis in adults and children: statements on diagnosis and nutritional, medical, and surgical treatment // Acta gastroenterol. belg. – 2014. – Vol. 77. – P. 47-65.
6. Frulloni L., Falconi M., Gabbriellini A. et al. Italian consensus guidelines for chronic pancreatitis // Dig. Liver Dis. – 2010. – Vol. 42 (Suppl. 6). – S381e406.
7. Lerch M.M., Bachmann K.A., Izbicki J.R. New guidelines on chronic pancreatitis: interdisciplinary treatment strategies // Chirurg. – 2013. – Vol. 84 (2). – P. 99-105.