

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра общей хирургии им. проф. М.И.Гульмана

РЕФЕРАТ:

Хронический панкреатит

Выполнил: ординатор 1го года
Джинджолия К.В.

Красноярск 2018

Содержание

1. Введение
2. Анатомия поджелудочной железы
3. Определение хронического панкреатита, этиология и патологическая физиология хронического панкреатита
4. Клиническая картина хронического панкреатита
5. Диагностика
6. Лечение
7. Заключение
8. Использованная литература

Введение

«Как нежная пантера, уложила она голову в изгиб двенадцатиперстной кишки, распластала тонкое тело на аорте, убаюкивающей её мерными движениями, а чуть изогнутый хвост беспечно отклонила в ворота селезенки - затаившийся красивый хищник, который неожиданно при болезни может нанести непоправимый вред: так и поджелудочная железа – прекрасна, и как ангел небесный, как демон коварна и зла.»

Голубев А.А.

Панкреатит представляет собой тяжелое заболевание поджелудочной железы, в основе которого лежит внутриорганный активация продуцируемых железой пищеварительных ферментов и выраженное в различной степени ферментативное повреждение ткани (панкреонекроз), с последующим развитием фиброза, нередко распространяющееся на окружающие ткани (парапанкреофиброз), а также осложняемое вторичной инфекцией. Клинически панкреатит может протекать в острой и хронической формах, нередко тесно связанных между собой.

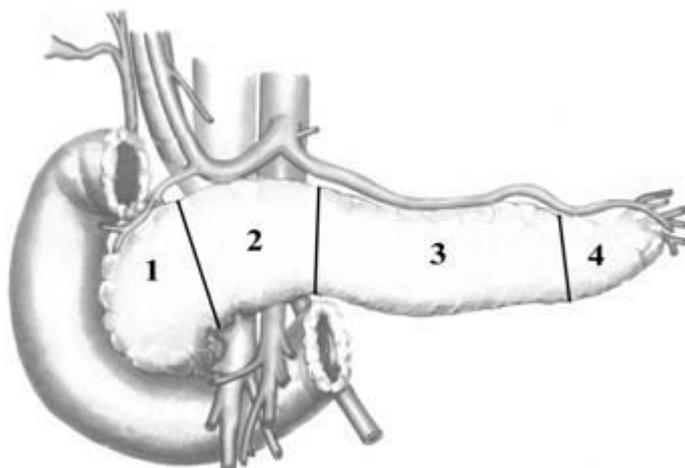
На протяжении последних десятилетий распространенность панкреатита, в частности хронической его формы существенно возросла, и он приобрел важное медико-социальное значение.

Частота хронического панкреатита в последние годы неуклонно растет и составляет по разным данным от 9 до 14% среди взрослого населения. Рост числа больных хроническим панкреатитом, значительные трудности диагностики, несмотря на такие эффективные методы, как ультразвуковое сканирование, компьютерная томография, а также трудности в выборе методов оперативного лечения при малой эффективности консервативной терапии требуют от врача серьезного изучения данной темы.

Знание темы необходимо для решения профессиональных задач по диагностике, лечению и реабилитации больных хроническим панкреатитом. Данный реферат включает в себя знание курса нормальной анатомии и гистологии поджелудочной железы и гепатобилиарного тракта, патологии, микробиологии, пропедевтики внутренних болезней, рентгенологии и фармакологии – все вопросы, которые необходимо знать, для полного погружения в суть проблемы.

Анатомия поджелудочной железы

железа по
железа в
после
трубчатое
организма



Поджелудочная железа по размерам вторая железа в организме человека после печени. Она имеет трубчатое альвеолярно-строение, поддерживает гормональный фон и отвечает за

важные этапы пищеварения.

Большая часть поджелудочной железы вырабатывает свой секрет (ферменты), которые поступают в двенадцатиперстную кишку. Остальные клетки ее паренхимы вырабатывают гормон инсулин, поддерживающий нормальный углеводный обмен. Эта часть железы носит название островков Лангерганса или бета — клеток.

Железа состоит из трех отделов: тело (на рис. 2 и 3), головки (на рис. 1) и хвоста (на рис. 4). Тело формой напоминает призму, передней своей поверхностью оно прилегает к задней стенке желудка. Хвост железы находится рядом с селезенкой и левым изгибом ободочной кишки. Головка поджелудочной железы располагается справа от позвоночного столба, изогнута, формирует крючковидный отросток. Ее подковообразно обхватывает двенадцатиперстная кишка, образует при этом изгиб. Часть головки покрыта листком брюшины.

Ось поджелудочной железы, которая расположена в забрюшинном пространстве, проходит на уровне первого поясничного позвонка. Если головка органа находится ниже, либо выше хвоста, его топическое расположение может быть и немного другим.

В верхней и нижней части головки поджелудочной железы, а также справа, ее обхватывает двенадцатиперстная кишка. Кроме того, сзади к головке прилегают начальный отдел воротной вены и нижняя полая вена.

Кровоснабжение.

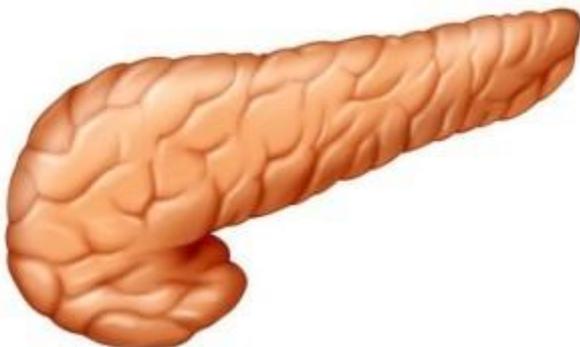
От общей печеночной артерии отходят ветви — панкреатодуоденальные артерии (передняя и задняя), они несут кровь к головке поджелудочной железы. Также железу кровоснабжает ветвь верхней брыжеечной артерии (нижняя панкреатодуоденальная артерия). От селезеночной артерии идут ветви к телу и хвосту железы (панкреатические).

Венозная кровь оттекает от органа по селезеночной, верхней и нижней брыжеечной, левой поджелудочной вене (притоки воротной вены).

Иннервация.

Иннервируется поджелудочная железа за счет нервов от селезеночного, чревного, печеночного, верхнего брыжеечного сплетений и ветвями блуждающего нерва.

Поджелудочная железа имеет дольчатое строение. Дольки, в свою очередь, состоят из клеток, продуцирующих ферменты и гормоны. Дольки или ацинусы состоят из отдельных клеток (от 8 до 12 штук), называемых экзокринные панкреациты. От долек поджелудочной железы выходят мелкие протоки. Панкреатический сок по ним поступает в главный проток поджелудочной железы, который впадает в двенадцатиперстную кишку.



В стенку двенадцатиперстной кишки проток выходит в просвете большого сосочка и имеет в конце мышечный сфинктер. Иногда имеется второй малый проток, он открывается на малом сосочке поджелудочной железы.

Среди долек расположены отдельные клетки, которые не имеют выводных протоков, они называются островки Лангерганса. Эти участки железы секретируют инсулин и глюкагон, т.е. являются эндокринной частью. Островки состоят из пяти видов клеток:

- 10-30% приходится на альфа — клетки, вырабатывающие глюкагон.
- 60-80% бета — клеток, продуцирующих инсулин.
- дельта и дельта 1 клетки, ответственные за выработку соматостатина, вазоинтестинального пептида.
- 2-5% клеток PP, вырабатывающих панкреатический полипептид.

Определение, этиология и патогенез

Хронический панкреатит – заболевание, в основе которого лежит развитие воспалительно-склеротического процесса, ведущего к прогрессирующему снижению функций внешней и внутренней секреции; происходит уплотнение паренхимы поджелудочной железы вследствие разрастания соединительной ткани, появление фиброзных рубцов, псевдокист и кальцификатов.

Этиология.

Алкоголь – основной этиологический фактор, особенно у мужчин. Доказано, что употребление алкоголя в суточной дозе 80-120 мл этанола на протяжении 3-10 лет приводит к развитию хронического панкреатита. Сочетание систематического употребления алкоголя с курением увеличивает риск развития хронического панкреатита.

У 25-40% больных (в основном женщин) причина развития хронического панкреатита – заболевания желчевыводящих путей (дискинезии, холециститы, желчнокаменная болезнь). Среди других причин развития хронического панкреатита отмечают заболевания зоны большого дуоденального сосочка, воздействие токсических веществ (растворителей), лекарств (азатиоприна, гидрохлортиазида, фуросемида, меркаптопурина, метилдопы, эстрогенов, сульфаниламидов, тетрациклина, НПВП), гиперлипидемия. Развитие хронического панкреатита возможно при гиперпаратиреозе, травмах поджелудочной железы.

Патогенез.

Основным патогенетическим механизмом развития хронического панкреатита считают активацию собственных ферментов (трипсиногена, химотрипсиногена, проластазы и фосфолипазы А) поджелудочной железы с последующим поражением ее ткани. Это приводит к развитию отека, коагуляционного некроза и фиброза ткани поджелудочной железы. В результате гибели ацинарных клеток и обструкции внутрипанкреатических протоков происходит внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы. Из-за поражения островков Лангерганса развивается сахарный диабет.

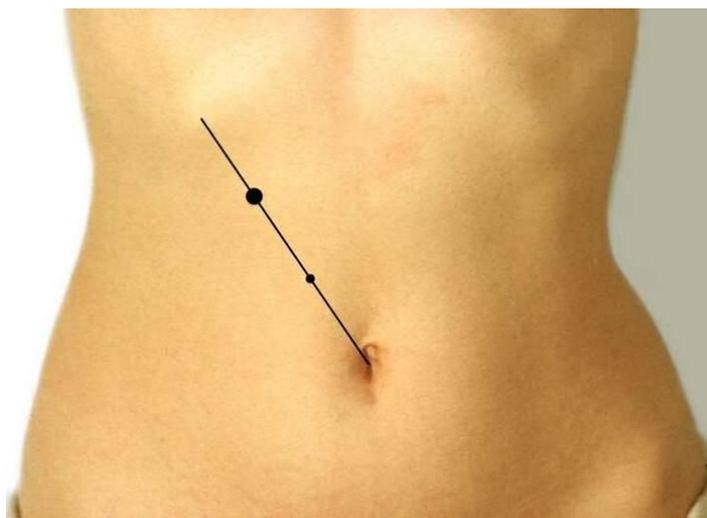
Клиническая картина хронического панкреатита

1. Болевой синдром

Локализация болей при хроническом панкреатите зависит от преимущественного поражения той или иной анатомической части поджелудочной железы. Боль в левом подреберье или слева от пупка возникает при поражении хвоста поджелудочной железы. При поражении тела поджелудочной железы боль локализуется в зоне Шоффара. При тотальном поражении органа боль носит разлитой характер в виде «пояса» или «полупояса» в верхней части живота. Боль возникает или усиливается через 40-60 минут после еды (особенно обильной, острой, жареной, жирной), усиливается в положении лежа на спине и ослабевает в положении сидя при небольшом наклоне туловища вперед. Возможна иррадиация болей в область сердца, в левую лопатку, левое плечо (имитируют стенокардию), а иногда в левую подвздошную область.

Болезненные точки при поражении поджелудочной железы:

1. **точка Дежардена** - на 3 см вверх и вправо и от пупка по



биссектрисе угла, образованного срединной линией и горизонтальной линией, проведенной через пупок;

2. **точка Мейо- Робсона** - на биссектрисе верхнего левого квадранта живота, между верхней и средней третями.

Диспептический синдром характеризуется отрыжкой, изжогой, тошнотой.

2. Экзокринная недостаточность

Для экзокринной недостаточности поджелудочной железы характерно нарушение процессов кишечного пищеварения и всасывания, развитие избыточного размножения бактерий в тонкой кишке. В результате у больных развиваются поносы, стеаторея, метеоризм, боли в животе, отрыжка, тошнота, эпизодическая рвота, потеря аппетита, похудание, позднее присоединяются симптомы, характерные для полигиповитаминоза.

3. Эндокринная недостаточность

Примерно у 1/3 больных обнаруживаются расстройства углеводного обмена, у половины из них наблюдаются клинические симптомы сахарного диабета.

При объективном исследовании отмечают сухость и шелушение кожи, глоссит, стоматит (изменения, обусловленные гиповитаминозом). Как правило у больных имеется дефицит массы тела. На коже груди, живота, спины иногда можно обнаружить мелкие ярко-красные пятна округлой формы, размером 1-3 мм, не исчезающие при надавливании (симптом Тужилина). Пальпировать поджелудочную железу удается при кистозных и опухолевых процессах. Локальную пальпаторную болезненность в области поджелудочной железы выявляют у половины больных в зонах Шоффара-Риве, точках Дежардена и Мейо-Робсона.

Диагностика

1. Лабораторные анализы

При подозрении на хронический панкреатит необходимо сделать общий анализ крови, анализ мочи, биохимический анализ крови, исследование дуоденального содержимого, копрограмму.

Анализ крови

При подозрении на хронический панкреатит делают общий анализ крови на увеличение СОЭ и количество лейкоцитов (на развитие патологического процесса указывает лейкоцитоз со сдвигом влево).

Кровь сдают из пальца утром натощак.

Анализ мочи

Проводят анализ мочи на билирубин, отсутствие уробилина (это указывает на панкреатит, сопровождающийся желтухой). Определяют содержание в моче альфа-амилазы: его повышенное значение указывает на обострение хронического панкреатита, пониженное является признаком развития склерозирующей формы с нарушением внешнесекреторной функции.

Для анализа следует сдавать мочу, собранную утром, которая хранилась не более 1,5 часа, желательно в прохладном месте. Мочу следует собирать в чистую прозрачную посуду. Перед этим надо обязательно провести гигиенические процедуры. От того, насколько точно были соблюдены эти рекомендации, зависит результат исследования.

Биохимический анализ крови

Увеличение содержания альфа-амилазы, липазы, трипсина, гамма-глобулинов, сиаловых кислот, серомукоида, билирубина указывает на обострение заболевания. Увеличение количества глюкозы при нарушении инкреторной функции является признаком склерозирующей формы хронического панкреатита. Снижение уровня альбумина указывает на длительно протекающую склерозирующую форму.

Анализ дуоденального содержимого

Для оценки внешнесекреторной функции поджелудочной железы выполняют анализ дуоденального содержимого из двенадцатиперстной кишки. Анализ проводится следующим образом: в двенадцатиперстную кишку вводят тонкий зонд, через который через равные промежутки времени порциями производится забор дуоденального сока. Как правило, интервал между забором двух порций составляет 10 минут. Всего забирается 6 порций.

В ходе этого исследования проводят определение ферментов (липазы, альфа-амилазы, трипсина), а также бикарбонатной щелочности до и после введения в двенадцатиперстную кишку 30 мл 0,5 %-ного раствора соляной кислоты. Если в каждой последующей порции количество ферментов в бикарбонатной щелочности последовательно снижается, это указывает на патологические процессы в поджелудочной железе, т. к. в норме содержание ферментов от 1-2-й порций должно повышаться и к 9-й порции достигать исходных показателей или даже превышать их.

Анализ дуоденального содержимого следует проводить натощак.

Копрограмма

Этот анализ проводится при подозрении на выраженные нарушения внешнесекреторной деятельности поджелудочной железы (наличия непереваренной пищи в кале). Диагноз подтверждается, если при анализе кала определяется:

- мазеподобная консистенция;
- непереваренная клетчатка;
- креаторея – повышенное содержание азота;
- стеаторея;
- амилорея – повышенное содержание непереваренного крахмала.

Следует собрать кал утром (без применения клизмы, слабительных средств и т. д.) в чистую прозрачную посуду. В течение 3 дней перед анализом следует исключить из рациона мясные, овощные блюда и зеленые овощи. Не следует применять свечи на жировой основе или пить препараты, окрашивающие кал (железо, контрасты, используемые для рентгенографического исследования, и пр.).

2. Рентгенография и ретроградная холангиопанкреатография

Рентгенография - метод диагностики, заключающийся в получении рентгеновского изображения исследуемого объекта (в данном случае поджелудочной железы) на фотоматериале.

Ретроградная холангиопанкреатография – это более современный и информативный рентгенографический метод исследования, позволяющий оценить состояние протоков поджелудочной железы и желчевыводящих путей (их сужение или расширение). Для ее проведения используется эндоскоп и рентгенотелевизионная установка.

Основным показанием к проведению рентгенографии являются боли в животе, характер которых позволяет подозревать хронический панкреатит.

Показаниями к ретроградной холангиопанкреатографии являются:

- формы хронического панкреатита, протекающие с упорным болевым синдромом или стойким исхуданием;
- тяжелые формы хронического панкреатита, требующие хирургического лечения;
- подозрения на карциному (злокачественную опухоль) поджелудочной железы и др.

Снимок получен в ходе магнитно-резонансной холангиопанкреатографии у пациента с хроническим панкреатитом. Визуализируется неизмененный желчный проток с расширением протока поджелудочной железы (указано крупной стрелкой). Киста поджелудочной железы (указана мелкой стрелкой) сообщается с основным протоком поджелудочной железы.



Специальной подготовки к рентгенографии не нужно.

Холангиопанкреатография требует подготовки. Накануне следует принять слабительное (его назначает врач). Перед процедурой выполняется клизма.

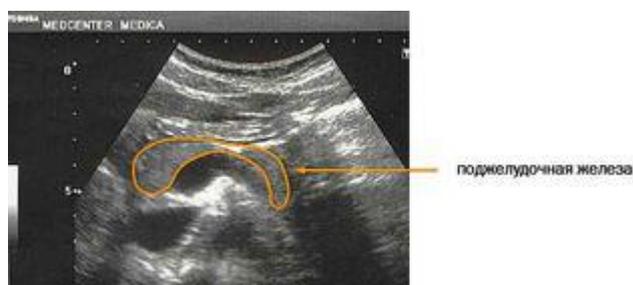
Дополнительно пациенту вводят препараты, расслабляющие гладкую мускулатуру. Также целесообразно назначение седативных средств, так как процедура вызывает у большинства пациентов страх и тревогу. Вид и доза успокоительных подбираются индивидуально.

При рентгенографии на хронический панкреатит указывает рассеянное обызвествление поджелудочной железы с локализацией около II поясничного позвонка. Однако необходимо учитывать, что обызвествление может наблюдаться и при некоторых других заболеваниях, например гиперпаратиреозе.

Процедура ретроградной холангиопанкреатографии заключается в следующем. В двенадцатиперстную кишку вводят эндоскоп, выполняют ее очищение, после чего вводят катетер в дуоденальный сосок. Потом уже через катетер в протоки поджелудочной железы вводят контраст. Затем делают серию рентгеновских снимков (панкреатохолангиограммы) через определенные промежутки времени. По снимкам судят о состоянии поджелудочной железы и функционировании желчевыводящих путей.

3. УЗИ

Вначале определяется местоположение поджелудочной железы, а также ее проток. С помощью



УЗИ удается выявить неровность контуров и изменение размеров поджелудочной железы, ее обызвествление и деформацию протоков, что подтверждает подозрение на хронический панкреатит.

Также с помощью УЗИ можно поставить более точный диагноз. Так, если орган имеет нормальные размеры, волнистые контуры, умеренное уплотнение, подозревают хроническую рецидивирующую форму хронического панкреатита. Увеличение плотности органа, ее неравномерное уменьшение, а также наличие участков обызвествления, деформации и расширения крупных протоков железы указывают на склерозирующую форму хронического панкреатита и т. д.

4. Компьютерная томография

Как правило, для диагностики хронического панкреатита этот метод используется довольно редко из-за его дороговизны. В большинстве случаев бывает достаточно результатов УЗИ. Однако в 5-15 % случаев метод компьютерной томографии позволяет создать более четкую картину развития заболевания, поэтому целесообразно его проведение.

Показания:

- подозрение на карциному поджелудочной железы;

- подозрение на развитие опухоли;
- подозрение на развитие кистозной формы панкреатита.

5. Радиоизотопное сканирование

Это метод диагностики, основанный на применении радиоактивных изотопов и меченных ими соединений. В организм пациента вводится радиоизотопный препарат, после чего с помощью специального сканера фиксируется уровень его излучения. Благодаря этому считывается информация о состоянии и работе органов и систем, обмене веществ, скорости движения крови и т. д. Эта информация с помощью специальной аппаратуры преобразуется в цифровые величины и записывается в виде диаграммы.

Метод радиоизотопного сканирования основывается на следующих шести принципах: клинической радиометрии, радиографии, радиометрии всего тела, сканировании и сцинтиграфии, определении радиоактивности биологических проб, радиоизотопном исследовании биологических проб в пробирке.

Клиническая радиометрия

Она заключается в оценке изменения уровня радиоактивности в органах и системах организма в течение какого-то времени. Возможна оценка гемодинамики, изучение динамики относительного фосфорного обмена в месте воспаления и т. д. Этот принцип позволяет выявлять развитие опухолевых процессов различных органов и тканей организма, в том числе и поджелудочной железы.

Радиография

Она включает определение динамики накопления радиоактивных препаратов в организме или их перераспределения в его биологических средах. Радиография позволяет наблюдать

за протеканием быстрых процессов в организме, например кровообращением, и помогает выявить кровотечение.

Радиометрия всего тела

Она позволяет изучать протекание обменных процессов в организме и выявлять нарушение белковых, витаминных и других видов обмена, нарушение работы желудочно-кишечного тракта. Этот принцип также дает возможность оценить естественную радиоактивность организма и степень его радиационной загрязненности.

Сканирование и сцинтиграфия

Они применяются для оценки топографии, формы, размеров определенного органа. Для этого в организм вводят препарат, который концентрируется в данном органе. Таким образом можно выявить развитие в нем патологических процессов.

Определение радиоактивности биологических проб

Принцип позволяет оценить функционирование того или иного органа. Для этого исследуется сыворотка крови, мочи и т. д.

Радиоизотопное исследование биологических проб в пробирке

Оно основано на взаимодействии меченых соединений с составными частями биологических сред организма *in vitro*, то есть без введения их в организм пациента.

На развитие хронического панкреатита указывает фиксация изотопа в паренхиме, размытые контуры поджелудочной железы и замедленное поступление вещества в орган и неравномерное его распределение. Если радиоактивное вещество вообще не накапливается поджелудочной железой, это означает, что заболевание перешло в общую стадию.

Метод редко используется при диагностике хронического панкреатита, однако имеет место быть.

Дифференциальная диагностика

Хронический панкреатит необходимо дифференцировать с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, хроническим холециститом, хроническим энтеритом и колитом, хроническим абдоминальным ишемическим синдромом, а также раком поджелудочной железы.

Лечение

В период обострения больные хроническим панкреатитом нуждаются в госпитализации, постоянном наблюдении с контролем гемодинамических и биохимических (концентрация амилазы, липазы, глюкозы) показателей. Лечение должно быть направлено на уменьшение панкреатической секреции, купирование болевого синдрома, проведение заместительной ферментной терапии и предупреждение осложнений.

Диета

Режим постельный. При выраженных обострениях в первые 1-3 дня назначают голод (нулевая диета) и гидрокарбонатно-хлоридные воды, что приводит к уменьшению панкреатической секреции. При необходимости переходят на парентеральное питание (альбумин, протеин, глюкоза), что способствует уменьшению интоксикации, болевого синдрома и предупреждает развитие гиповолемического шока. Прием пищи должен быть частым, небольшими порциями. Ограничивают употребление продуктов, стимулирующих секрецию поджелудочной железы (жиров, кислых продуктов), молочных продуктов, богатых кальцием (творога, сыра).

Итак, лечение в период обострения:

1. Снижение секреции поджелудочной железы

Голодание является наиболее простым мероприятием по снижению секреции поджелудочной железы. Чем сильнее обострение (боль), тем длительнее период голодания. Пероральное питание разрешается с 3-7 дня, когда уменьшаются боль и резистентность живота, восстанавливается перистальтика кишечника и появляется чувство голода. Назначается дробное частое питание (каждые 3 часа), с ограничением жиров (менее 60 г/сутки). Затем больной постепенно расширяет диету.

Холод. Местное применение холода на область проекции поджелудочной железы незначительно снижает секрецию поджелудочной железы.

Соматостатин (октреотид, Сандостатин) является современным эффективным средством, позволяющим резко снизить секреторную активность поджелудочной железы. Препарат уменьшает стимулированную секрецию поджелудочной железы путем прямого воздействия на эндокринную ткань и уменьшения высвобождения секретина и панкреозимина. Соматостатин вводится подкожно по 100 мкг 3 р/д первые пять дней.

Кислотоснижающие препараты. Их эффективность связана с тем, что соляная кислота желудка при взаимодействии с клетками 12-перстной кишки стимулирует работу поджелудочной железы. Поэтому используются блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов и блокаторы ионной помпы (в/в **ранитидин** 150 мг каждые 8 часов, или **фамотидин** 20 мг каждые 20 часов, или **омепразол** 40 мг на 100 мл физраствора или 5% глюкозы каждые 12 часов). В последующем рекомендован переход на пероральный прием препаратов (ранитидин 150 мг 2 раза в день, или фамотидин 20 мг 2 раза в день, или омепразол 20 мг 2 раза в день - до 2-3 недель).

Ферментные препараты. Считается, что данные препараты уменьшают выработку секрета поджелудочной железы по типу «обратной связи», взаимодействуя с рецепторами 12-перстной кишки. Для этого на 2-5 день лечения, при стихании обострения и при переходе на пероральное питание, назначаются ферментные препараты («простые» препараты панкреатина, без кислотоустойчивого покрытия - **Мезим-форте, панкреатин** и т.д.

2. Неспецифическое обезболивание и спазмолитическая терапия

При интенсивных болях применяются наркотические анальгетики. Обычно используется **промедол** (1 % раствор - 1-2 мл п/к, в/м, осторожно - в/в). Традиционно для лечения хронического панкреатита *не рекомендуется* использование морфина (опасность спазма сфинктера Одди).

Ниже указаны основные препараты (и их комбинации), также используемые для купирования боли при хроническом панкреатите:

- **Анальгин 50%** - 2 мл с 2 мл 2% **папаверином**, или 5 мл **баралгина** (в/в или в/м).
- **Новокаин 0,5%** 50 мл (или 100 мл 0,25% раствора) в/в.
- **Атропин 0,1%** 1 мл 2-3 р/д п/к; можно использовать внутрь по 8-10 капель 3 р/д.
- **Эуфиллин 2,4%** 10 мл на 10 мл физ-ра в/в (уменьшение спазмирования сфинктера Одди).

3. Антибиотикотерапия назначается с профилактической целью, либо же при наличии высокой температуры, интоксикации в течении 7-10 дней (полусинтетические пенициллины, цефалоспорины, аминогликозиды, фторхинолоны, карбенициллины).

4. Заместительная терапия

Показано также назначение заместительной терапии в виде препаратов сухой поджелудочной железы, содержащих ее ферменты (панкреатин, панкреон, а также интестопан, панзионорм, фестал, абомин и др.). Заместительная терапия имеет смысл только при явлениях внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы, диспепсических явлениях, особенно при поносе. При повышении концентрации ферментов, введение ферментных препаратов поджелудочной железы нецелесообразно. Панкреатин назначается по 1 г 3-4 раза в день с каждым приемом, пищи.

Лечение в период ремиссии

Лечение хронического панкреатита в период ремиссии заключается в следующем:

- Соблюдение щадящей диеты. Предпочтение следует отдавать постным продуктам (мясо птицы, овощные супы, каши, черствый черный хлеб). Пищу следует готовить на пару или варить без использования масла;
- Прием ферментов. Препараты с панкреатином (мезим форте, креон и другие) восстанавливают и нормализуют ферментативную функцию железы;
- Использование обезболивающих. Поскольку при хроническом панкреатите пациенты постоянно ощущают ноющую боль в животе, целесообразен прием спазмолитиков (но-шпа, спазмол или дюспаталин);
- Прием НПВС. Нестероидные противовоспалительные средства уменьшают воспаление и предотвращают дальнейшее разрушение тканей органа. Из этой группы препаратов чаще используют диклофенак.

Заключение

Панкреатит, как острый, так и хронический, несмотря на вызвавшую его причину, имеет различные клинические проявления и течение. Поставить правильный диагноз у пациентов с хроническим панкреатитом помогает тщательно собранный анамнез заболевания и высокая степень подозрения о возможном развитии панкреатита. В клинической картине у пациентов с хроническим панкреатитом преобладают боли, локализация зависит от преимущественного поражения той или иной анатомической части поджелудочной железы. Повышение уровня амилазы в сыворотке крови хотя и не является специфичным для панкреатита тестом, подтверждает диагноз. Подтверждение диагноза производится на основании лабораторных данных, данных рентгенографии и ретроградной холангиопанкреатографии, а также ультразвукового исследования. Компьютерная томография является методом выбора при оценке тяжести и распространенности панкреатита, а также при выявлении многих осложнений этого заболевания.

Использованная литература

1. Пальцев А.И. Хронический панкреатит /А.И.Пальцев – Новосибирск 2011 – 107 с
2. Филин В. И. Неотложная панкреатология. Справочник для врачей.// А.И. Филин, А. Л. Костюченко - СПб.: Питер, 2011 – 204-206 с.
3. Милонов О. Б. Хронический панкреатит // О.Б. Милонов, В. И. Соколов -- Москва.: Медицина, 2000 -- 188 с.
4. Маслов М.А. Хронический панкреатит – клиника, боли, лечение/ М.А.Маслов //Медицинский журнал – 2013. – № 2. – С. 55-56.
5. Внутренние болезни / Под. ред. проф. Г.И. Бурчинского. — 4-е изд., перераб. и доп. — Москва.: Головное издательство - 2010 — 656 с.
6. Понкина, О. Н. Морфологическая характеристика и морфогенез тяжелых форм хронического панкреатита (клинико-патологоанатомические сопоставления на операционных и биопсийных материалах) / О. Н. Понкина. - Челябинск, 2011 - 22 с.
- Буклис, Э. Р. Хронический панкреатит: этиология, патофизиология и консервативная терапия / Э. Р. Буклис, В. Т. Ивашкин // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2010. – N 6. - С. 79-86.