С/д в терапии

Контрольная работа на тему:

«Хронический панкреатит».

2011

Хронический панкреатит (панкреатит острый) - хроническое воспаление поджелудочной железы. Встречается обычно в среднем и пожилом возрасте, чаще у женщин. Различают первичные хронические панкреатиты и вторичные, или сопутствующие, развивающиеся на фоне других заболеваний пищеварительного тракта (хронического гастрита, холецистита, энтерита и др.). В хронический может перейти затянувшийся острый панкреатит, но чаще он формируется постепенно на фоне хронического холецистита, желчнокаменной болезни или под воздействием бессистемного нерегулярного питания, частого употребления острой и жирной пищи, хронического алкоголизма, особенно в сочетании с систематическим дефицитом в пище белков и витаминов, пенетрации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки в поджелудочную железу, атеросклеротического поражения сосудов поджелудочной железы, инфекционных заболеваний (особенно при инфекционном паротите, брюшном и сыпном тифе, вирусном гепатите), некоторых гепьминтозов, хронических интоксикаций свинцом, ртутью, фосфором, мышьяком.

Хронический панкреатит является прогрессирующим воспалительно-деструктивным заболеванием поджелудочной железы с нарастающим замещением органа соединительной (рубцовой) тканью и одновременно снижением его функциональной способности. Для заболевания характерно длительное течение с чередованием обострений и ремиссий.

Хронический панкреатит во многих случаях развивается как следствие или исход одного или нескольких приступов острого панкреатита. Однако причиной развития хронического панкреатита могут быть также заболевания желчевыводящих путей, печени, желудка, кишечника, инфекции, нарушения кровообращения, вызванные атеросклерозом сосудов поджелудочной железы, оперативное вмешательство на органах брюшной полости, нарушения в питании (особенно дефицит белка в рационе), хронический алкоголизм, болезни обмена веществ и др. Как и при остром панкреатите, в процессе формирования неблагоприятных причинных факторов заболевания возникают условия (механизмы) одновременного повышения функциональной активности поджелудочной железы (увеличение количества выделяемого панкреатического сока) и нарушения оттока произведенного секрета в просвет двенадцатиперстной кишки. Преждевременная активация ферментов панкреатического сока (внутри протоков поджелудочной железы) является главным повреждающим фактором ткани органа, возникновения, поддержания и прогрессирования патологического процесса (воспаления, деструкции). От силы, продолжительности его воздействия, от частоты и регулярности возникновения зависят обширность и выраженность повреждения поджелудочной железы, интенсивность и другие характеристики клинических проявлений хронического панкреатита.

Заболевание длительное, тянется годами и может проявляться разнообразными симптомами: от слабо выраженных болей и расстройств пищеварения до тяжелейших болевых приступов, близких к картине острого панкреатита. Наиболее часто встречается хронический рецидивирующий панкреатит. Для этой формы заболевания характерно волнообразное течение с периодами обострений и ремиссий. Во время обострений заболевания, связанных чаще всего с употреблением алкогольных напитков, погрешностями в диете, возникают приступы болей в левом подреберье или опоясывающие боли, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, вздутием живота. Приступы повторяются через различные промежутки времени. В период ремиссии симптомы панкреатита стихают. Болевая форма заболевания проявляется постоянными болями в верхней половине живота, нередко опоясывающими, усиливающимися после диетических нарушений, употребления алкоголя, физических нагрузок. Отмечаются снижение аппетита, тяжесть и вздутие в верхней половине живота, периодические поносы.

Безболевая форма хронического панкреатита длительное время может протекать без выраженных клинических признаков, проявляясь лишь симптомами недостаточной функциональной деятельности поджелудочной железы (остатки непереваренной пищи в испражнениях, гнилостные и бродильные процессы в кишечнике, поносы), нарушениями общего питания организма (похудание, ухудшение питания кожи, гиповитаминозы и др.).

В случаях выраженного обострения хронического панкреатита показано лечение в специализированных гастроэнтерологических стационарах, где можно использовать весь комплекс современных методов медикаментозного, диетического, физиотерапевтического и другого лечения. Проведение консервативной терапии остальных больных может быть осуществлено в амбулаторных условиях, но лишь в тех случаях, когда коммунально-бытовые условия соответствуют необходимым требованиям: возможность хорошего ухода за больным, выполнение диетических рекомендаций, проведение назначенных медицинских процедур, спокойная психологическая обстановка и пр. В противном случае больных, как правило, госпитализируют.

Патогенез хронического панкреатита: задержка выделения и внутриорганная активация панкреатических ферментов - трипсина и липазы, осуществляющих аутолиз паренхимы железы, реактивное разрастание и рубцовое сморщивание соединительной ткани, которая затем приводит к склерозированию органа, хроническое нарушение кровообращения в поджелудочной железе. В профессировании воспалительного процесса большое значение имеют процессы аутоагрессии. При хронических панкреатитах инфекционного происхождения возбудитель может проникнуть в поджелудочную железу из просвета двенадцатиперстной кишки (например, при дисбактериозе) или из желчных путей через панкреатические протоки восходящим путем, чему способствует дискинезия пищеварительного тракта, сопровождающаяся дуодено- и холедохо-панкреатическим рефлюксом. Предрасполагают к возникновению хронического панкреатита спазмы, воспалительный стеноз или опухоль фатерова соска, препятствующие выделению панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку, а также недостаточность сфинктера Одди, облегчающая свободное попадание дуоденального содержимого в проток поджелудочной железы, особенно содержащейся в кишечном соке энтерокиназы, активирующей трипсин. Воспалительный процесс может быть диффузным или ограничиваться только областью головки или хвоста поджелудочной железы. Различают хронический отечный (интерстицийльный), паренхиматозный, склерозирующий и капькулезный панкреатит.

Симптомы, течение. Боль в эпигастральной области и левом подреберье, диспепсические явления, понос, похудание, присоединение сахарного диабета. Боль локализуется в эпигастральной области справа при преимущественной локализации процесса в области головки поджелудочной железы, при вовлечении в воспалительный процесс ее тела - в эпигастральной области слева, при поражении ее хвоста в левом подреберье; нередко боль иррадиирует в спину и имеет опоясывающий характер, может иррадиировать в область сердца, имитируя стенокардию. Боль может быть постоянной или приступообразной и появляться через некоторое время после приема жирной или острой пищи. Отмечается болезненность в эпигастральной области и левом подреберье. Нередко отмечается болезненность точки в левом реберно-позвоночном углу (симптом Мейо - Робсона). Иногда определяется зона кожной гиперестезии соответственно зоне иннервации восьмого грудного сегмента слева (симптом Кача) и некоторая атрофия подкожной жировой клетчатки в области проекции поджелудочной железы на переднюю стенку живота.

Диспепсические симптомы при хроническом панкреатите почти постоянны. Часты полная потеря аппетита и отвращение кжирной пище. Однако при развитии сахарного диабета, наоборот, больные могут ощущать сильный голод и жажду. Часто наблюдаются повышенное слюноотделение, отрыжка, приступы тошноты, рвоты, метеоризм, урчание в животе. Стул в легких случаях нормальный, в более тяжелых - понос или чередование запора и поноса. Характерен панкреатический понос с выделением обильного кашицеобразного зловонного с жирным блеском капа; копрологическое исследование выявляет стеаторею, креаторею, китаринорею.

В крови - умеренная гипохромная анемия, в период обострения - повышение СОЭ, нейтрофильный лейкоцитоз, гипопротеинемия и диспротеинемия за счет повышенного содержания глобулинов. При развитии сахарного диабета выявляются гипергликемия и глюкозурия, в более тяжелых случаях-нарушения электролитного обмена, в частности гипонатриемия. Содержание трипсина, антитрипсина, амилазы и липазы в крови и амилазы в моче повышается в период обострения панкреатита, а также при препятствиях к оттоку панкреатического сока (воспалительный отек головки железы и сдавление протоков, рубцовый стеноз фатерова соска и др.). В дуоденальном содержимом концентрация ферментов и общий объем сока в начальном периоде болезни могут быть увеличенными, однако при выраженном атрофически-склеротическом процессе в железе эти показатели снижаются, имеет место панкреатическая гипосекреция.

Дуоденорентгенография выявляет деформации внутреннего контура петли двенадцатиперстной кишки и вдавления, обусловленные увеличением головки поджелудочной железы. Эхография и радиоизотопное сканирование показывают размеры и интенсивность тени поджелудочной железы; в диагностически сложных случаях проводят компьютерную томографию.

Течение заболевания затяжное. По особенностям течения выделяют хронический рецидивирующий панкреатит, болевую, псевдоопухолевую, латентную форму (встречается редко). Осложнения: абсцесс, киста или кальцификаты поджелудочной железы, тяжелый сахарный диабет, тромбоз селезеночной вены, рубцово-воспалительный стеноз панкреатического протока и дуоденального сосочка и др. При склеро-зирующей форме хронического панкреатита может наблюдаться подпеченочная (механическая) желтуха вследствие сдавления проходящего в ней отрезка общего желчного протока уплотненной тканью железы. На фоне длительно протекающего панкреатита возможно вторичное развитие рака поджелудочной железы.

С учетом отсутствия четкой специфичности болевого абдоминального синдрома при ХП предложено выделение нескольких наиболее типичных вариантов:

· язвенно-подобного;

· по типу левосторонней почечной колики;

· синдрома правого подреберья (в 30-40% протекает с холестазом);

· дисмоторного болевого синдрома

· распространенного болевого синдрома (без четкой локализации).

В настоящее время в клинической картине ХП выделяют 3 периода:

. Начальный период (чаще - до 10 лет), характеризующийся чередованием периодов обострения и ремиссии. Основным проявлением обострения являются боли разной интенсивности и локализации: в правой верхней половине живота - при поражении головки ПЖ; в эпигастральной области - при преимущественном поражении тела ПЖ, в левом подреберье - при поражении хвоста ПЖ. Опоясывающий характер болей связан с парезом поперечно-ободочной кишки и не является частым. Диспептический симптомоком-плекс если и бывает, то носит явно сопутствующий характер и купируется при лечении в первую очередь.

. Второй период - стадия внешнесекреторной недостаточности ПЖ (чаще - после 10 лет течения заболевания). Боли уступают свое место дис-пептическому симптомокомплексу (желудочному и кишечному). Симптомы желудочной диспепсии связаны с частыми явлениями дуоденостаза, гастроэзофагеального рефлюкса; симптомоком-плекс кишечной диспепсии возникает на фоне синдрома мальдигестии, появляются моторные нарушения кишечника в связи с недостаточностью выработки мотилина и изменением чувствительности рецепторного аппарата кишки к естественным стимулам. Болевой абдоминальный синдром становится менее выразительным или его может не быть. Вследствие развившегося синдрома мальабсорбции прогрессирует похудание.

. Осложненный вариант течения ХП (возможно развитие в любом периоде). Происходит изменение "привычного" варианта клинической картины: изменяется интенсивность болей, она может стать постоянной, иррадпировать, быть динамичной под влиянием лечения. Более "упорно" представлен диспептический симптомокомплекс. Так, при раздражении островкового аппарата ПЖ с высоким выбросом инсулина развивается клиника гипогликемии, которая долгое время может доминировать в клинической картине. При формировании кист и инфекционных осложнениях изменяется обычная динамика ферментных тестов, гиперамилаземия может держаться неопределенно долго.

Хронический панкреатит дифференцируют прежде всего от опухоли поджелудочной железы, при этом большое значение приобретают панкреатоангио рентгенография, ретроградная панкреатохолангиография (вирзунгография), эхография и радиоизотопное сканирование поджелудочной железы. Может возникнуть необходимость дифференциальной диагностики хронического панкреатита с желчнокаменной болезнью, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (следует учитывать также возможность сочетания этих заболеваний), хроническим энтеритом и реже другими формами патологии системы пищеварения.

Диагностика хронического панкреатита

Сложности диагностики ХП заключаются в том, что его клиническая картина сходна с клиникой заболеваний органов, анатомически и функционально связанных с поджелудочной железой, и нередко обострение заболеваний этих органов приводит или провоцирует обострение ХП. Исходя из этого, процесс распознавания ХП можно разделить на несколько этапов:

. Исключение других синдромосходных заболеваний, таких, как гастродуоденальные язвы, карциномы желудка и ободочной кишки, хронический антральный гастрит, хронический энтерит, хроническая артериомезентериальная непроходимость, острый и обострение хронического вирусного гепатита, обострение хронического холецистита и др. Необходимо рациональное обследование больных для исключения перечисленных заболеваний.

. Выявление внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы: а) общеклинические признаки внешнесекреторной недостаточности ПЖ (полифекалия свыше 400 г в сутки, стеаторея более 9% при содержании в суточном рационе 100 г жиров. Для уточнения причин стеатореи рекомендуется проводить бен-тираминовый тест, который положителен у больных ХП и a-ксилозный тест, который при ХП дает отрицательный результат;

б) лабораторные тесты: - секретин-панкреазиминовый тест (церулиновый); - ПАБК-тест (бентираминовый): оценка результатов нагрузки 0,5 г трипситида парааминобензойной кислоты (бентирамин). Мочу собирают на протяжении 6 час. Патологическим результат считают в том случае, если менее 50% бентирамина выделилось с мочой; - Луид-тест. Его выполняют путем нагрузки пищевой смесью (15 г оливкового масла, 15 г молочного порошка, 45 г глюкозы, 15 мл фруктового сиропа, до 300 мл дистиллированной воды). Результаты исследования панкреатического секрета в Луид-тесте близки к результатам секретин-панкреозиминового теста.

. Определение активности патологического процесса в ПЖ: а) амилазный тест - эффективность исследования амилазы зависит от времени забора исследуемого материала по отношению к обострению процесса. Существует модель динамики амилазы в сыворотке и моче. Уровень и результаты зависят от того, когда проведено исследование. Результаты могут быть несходными с моделью в случае осложнений (см. выше), а также в случае вирусных панкреатитов; б) липазный тест - обладает преимуществом перед амилазным, потому что имеет другую динамику выделения и по сравнению с амилазным тестом его диагностическая значимость является более продолжительной; в) эластазный тест (иммуноферментный метод). Его основное достоинство заключается в том, что гиперферментемия сохраняется дольше, чем при изучении амилазы и липазы.

. Изучение изменений поджелудочной железы: а) обзорная рентгенография (кальцинаты), изучение зажелудочного пространства, проведение доуденографии в условиях искусственной гипотонии. Необходимо помнить, что результаты этих исследований носят условный характер и отрицательное значение часто не отрицает патологии и наоборот; б) ультразвуковое исследование. На сегодняшний день является основным диагностическим тестом. Нужно помнить, что изменение размеров ПЖ (увеличение) на протяжении значительного отрезка болезни является главным. В протоколе исследования обязательно должны быть указаны размеры головки, тела и хвоста, изменение структуры ПЖ, причем с течением времени эти изменения нарастают. При измерении динамики протока поджелудочной железы следует обязательно указать уровень измерения. Помнить, что с возрастом диаметр протока увеличивается; в) компьютерная томография. Преимуществом ее является то, что она преодолевает воздушный барьер, дает денситометрические показатели, свидетельствующие о степени фиброза, но уступает УЗИ в изучении структуры ПЖ; превосходит в поиске редких инфекционных осложнений;

г) эндоскопическая эхолокация.

. Выявление изменений зоны большого дуоденального сосочка и крупных желчных протоков: а) гастродуоденоскопия с осмотром зоны большого сосочка двенадцатиперстной кишки (средняя треть нисходящей ветви двенадцатиперстной кишки); б) внутривенная холангиография, которая в отличие от УЗИ дает информацию о всем протоке; в) радионуклидная холецистография.

. Выявление изменений в главном панкреатическом протоке: а) восходящая пакреатохолангиография (возможно с предварительным забором панкреатического сока для ферментного и морфологического исследования); б) эндоскопический осмотр протока.

. Выявление опухолевых форм поражения ПЖ (в т. ч. и трансформации ХП в карциному поджелудочной железы): а) исследование маркеров опухолей (СА 19/9, КЭА) в качестве косвенного критерия в пользу предполагаемой опухоли; б) прицельная биопсия (тонкоигольная, лапароскопическая, лапаротомическая).

Лечение панкреатита. В начальных стадиях заболевания и при отсутствии тяжелых осложнений - консервативное; в период обострения лечение целесообразно проводить в условиях стационара гастроэнтерологического профиля (в период резкого обострения лечение такое же, как при остром панкреатите).

Также обратите внимание на народные средства лечения панкреатита. Медицине известны тысячи случаев, когда именно благодаря народным средствам люди полностью вылечили болезнь.

Питание больного должно быть дробным, 5-6-разовым, но небольшими порциями. Исключают алкоголь, маринады, жареную, жирную и острую пищу, крепкие бульоны, обладающие значительным стимулирующим действием на поджелудочную железу. Диета должна содержать повышенное количество белков (диета при панкреатите <http://www.blackpantera.ru/content/alldiet/4445/>) в виде нежирных сортов мяса, рыбы, свежего нежирного творога, неострого сыра.

Содержание жиров в пищевом рационе умеренно ограничивают (до 80-70 г в сутки) в основном за счет свиного, бараньего жира. При значительной стеаторее содержание жиров в пищевом рационе еще более уменьшают (до 50 г). Ограничивают углеводы, особенно моно- и дисахариды; при развитии сахарного диабета, последние полностью исключают. Пищу дают в теплом виде.

При обострениях назначают антиферментные средства (трасилол, контрикал или пантрипин); в менее острых случаях - препараты метаболического действия (пентоксил по 0,2-0,4 г на прием, метилурацил по 1 г - 4 раза в день на протяжении 3-4 нед), липотропные средства - липокаин, метионин. Антибиотики показаны при выраженных обострениях или абсцедировании поджелудочной железы. При сильной боли показаны паранефральная или паравертебральная новокаиновая блокада, ненаркотические анапьгетики, баралгин, в особо тяжелых случаях - наркотические анальгетики в сочетании с холинолитическими и спазмолитическими средствами. При внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы назначают заместительные ферментные препараты: панкреатин (по 0,5 г 3-4 раза в день), абомин, холензим, фестал, панзинорм и др.; поливитамины. После снятия острых явлений и с целью профилактики обострения в дальнейшем рекомендуется курортное лечение в Боржоми, Ессентуках, Железноводске, Пятигорске, Карловых Варах и в местных санаториях гастроэнтерологического профиля. Больным хроническим панкреатитом не показаны виды работ, при которых невозможно соблюдение четкого режима питания; при тяжелом течении заболевания - перевод на инвалидность.

Хирургическое лечение рекомендуется при тяжелых болевых формах хронического панкреатита, рубцово-воспалительном стенозировании общего желчного и (или) панкреатического протока, абсцедировании или развитии кисты железы.

. Традиционное питание больных при обострении хронического Панкреатита.

Основные принципы диетотерапии больных ХП в период обострения:

. Голод и нутритивная поддержка в период выраженных клинических и метаболических признаков аутолитического процесса в ПЖ.

. Переход к полноценному питанию по возможности в кратчайшие сроки, особенно это касается квоты белка.

. Постепенное включение блюд и продуктов в пищевой рацион при расширении диеты.

. Постепенное увеличение объема вводимой пищи и калорийности рациона при расширении диеты.

. Максимальное механическое и химическое щажение ПЖ и других органов проксимального отдела пищеварительного тракта.

Основной алгоритм диетотерапии:

· В первые 1-2 дня от начала обострения ХП назначают голод.

· При отсутствии рвоты и признаков гастро- и дуоденостаза разрешается только прием жидкости в количестве 1,0-1,5 литра в сутки (по 200 мл - 5-6 раз). Назначают щелочную минеральную воду комнатной температуры без газа, отвар шиповника (1-2 стакана), некрепкий чай.

· На фоне проводимой терапии по мере улучшения общего состояния (обычно на 2-3-й день от начала обострения) можно приступить к осуществлению перевода больного сначала на ограниченное, а затем и на полноценное пероральное питание. При этом остаются в силе основные принципы диетотерапии больных ХП - диета должна быть механически и химически щадящей, малокалорийной и содержащей физиологическую норму белка (с включением 30% белка животного происхождения).

Так как жидкая пища и углеводы в наименьшей степени стимулируют панкреатическую и желудочную секрецию, пероральное питание начинают со слизистых супов, жидких протертых молочных каш, овощных пюре и киселей из фруктового сока. При расширении диеты строго соблюдается принцип постепенности как в отношении увеличения объема и калорийности рациона, так и в отношении включения в него отдельных блюд и пищевых продуктов. Необходимо принимать во внимание возможные отрицательные эффекты на течение заболевания длительного редуцированного питания, а, следовательно, перевод больных на полноценный пищевой рацион должен осуществляться в кратчайшие, по возможности, сроки, особенно это касается белковой части рациона, так как достаточное количество белка необходимо для обеспечения синтеза ингибиторов панкреатических ферментов. Всю пищу готовят в вареном виде, на пару, жидкой или полужидкой консистенции. Режим питания дробный (5-6 раз в сутки).

Перечень рекомендуемых продуктов и блюд: сухари, супы слизистые из различных круп, мясо и рыба нежирных сортов, яйцо всмятку, паровой омлет, молоко только в блюдах, творог свежеприготовленный некислый, паровые пудинги. Несоленое сливочное масло можно добавлять в готовые блюда, овощи в виде пюре, яблоки в печеном виде, исключаются антоновские. Разрешаются протертые компоты из сухих и свежих фруктов, кисели, желе, мусс на ксилите, сорбите; чай некрепкий, минеральная вода, отвар шиповника.

Подобную диету больным необходимо назначать еще 3-4 дня. Затем можно перевести больного на механически щадящий вариант диеты на 3-8 недель. А затем при стойкой ремиссии разрешить вариант диеты без механического щажения.

. Традиционное питание больных хроническим панкреатитом в периоде ремиссии

Основным средством стабилизации течения ХП в период ремиссии является тщательное соблюдение диетического режима. Диета в стадии ремиссии должна содержать повышенное количество белка - 120-140 г/сутки, 60% белка должно быть животного происхождения. Рекомендуется пониженное количество жиров (60-80 г/сутки), причем количество жира должно быть равномерно распределено на все приемы пищи в течение дня. Жиры в чистом виде из рациона исключаются вовсе. Рацион должен содержать около 350г углеводов в сутки, главным образом за счет простых легкоусвояемых. Общий калораж должен составлять 2500-2800 ккал/сутки. Также ограничивается в рационе поваренная соль (до 6 г в сутки).

Даже при значительном улучшении состояния здоровья и кажущемся благополучии не следует допускать резких нарушений ни со стороны качественного содержания диеты, ни со стороны режима питания. Диета больных в этом периоде включает в основном те же продукты, что и при обострении, только блюда могут быть менее щадящими: протертые супы заменяют обычными вегетарианскими, каши могут быть более густыми, рассыпчатыми, включаются макаронные изделия, растительная клетчатка в сыром виде (овощи и фрукты), могут включаться мягкие неострые сыры, докторская колбаса, отварное мясо кусками, печеная рыба. Пищу готовят в протертом виде, на пару или запекают в духовке.

Режим питания дробный (5-6 раз вдень), приемы пищи рекомендуются небольшими по объему порциями. Обязательным дополнением этому принципу является медленная еда и тщательное пережевывание пищи. Температура горячих блюд рекомендуется не выше 57-62°С, холодных - не ниже 15-17°С.

Нутритивная поддержка

Нутритивная поддержка - процесс обеспечения полноценного питания с помощью ряда методов, отличных от обычного приема пищи.

Основные цели нутритивной поддержки:

. Обеспечение организма субстратами - донаторами энергии (углеводы и липиды) и пластического материала (аминокислоты).

. Поддержание активной белковой массы.

. Восстановление имеющихся потерь.

. Коррекция гиперметаболических (катаболических) расстройств.

Рекомендуются ежедневные внутривенные инфузии аминокислотных растворов в объеме до 1,0 л в сутки; концентрированные растворы глюкозы с инсулином и электролитами от 1,5 до 2,0 л в сутки; жировые эмульсии от 0,5 до 1,0 л в сутки.

Однако путем назначения только парентерального питания добиться компенсации катаболических потерь организма полностью не удается. У больных с тяжелым обострением ХП при длительном полном парентеральном питании отмечается бактериальная транслокация через атрофированную стенку тонкой кишки, угрожая тяжелыми гнойными и септическими осложнениями. Энтеральное зондовое питание более физиологично, способствует нормальному функционированию тонкой кишки, предотвращает атрофию ворсинок тонкокишечного эпителия, увеличивает кровообращение в мезентериальных сосудах и создает функциональный покой для ПЖ. Существуют указания, что при использовании методики энтерального зондового питания отмечается более быстрая редукция клинико-лабораторных маркеров обострения ХП с сокращением средних сроков стационарного лечения и реже возникает необходимость в оперативных вмешательствах при некротических формах панкреатитов, чем при применении полного парентерального питания. Кроме того, энтеральное зондовое питание менее дорогостоящее, чем парентеральное.

Наиболее оправданно начинать энтеральное зондовое питание с соленого энтерального раствора в объеме 0,5-1,0 л в сутки со скоростью 40-60 капель в минуту. При отсутствии динамической кишечной непроходимости постепенно переходят к введению 5-10% растворов полуэлементных питательных смесей под контролем уровня ферментов в крови и моче. Можно использовать и элементные смеси, введение которых не требует дополнительного использования ферментных препаратов, полностью обеспечивает организм пациента незаменимыми питательными веществами и имеет иммуномодулируюший эффект. В последующем возможно назначение полисубстратных сбалансированных смесей.

Завершение энтерального искусственного питания и переход на пероральное питание следует осуществлять только после ликвидации воспалительных явлений в ПЖ, восстановления аппетита и способности пациента поддерживать свои потребности естественным путем. При наличии анорексии, неадекватности белково-энергетического обеспечения сочетают традиционное питание с дополнительным пероральным приемом питательных смесей, энтеральным зондовым или парентеральным.

В случае выраженной внешнесекреторной недостаточности ПЖ и наличии трофологиче-ской недостаточности при переходе на традиционную диету можно рекомендовать дополнительное к столу №5п введение 2-3 приемов в сутки различных смесей для энтерального питания, в том числе и негидролизованных.

. Фармакотерапия

Главными задачами консервативной терапии ХП являются уменьшение и/или купирование болевого абдоминального синдрома и предотвращение или компенсация функциональной панкреатической недостаточности.

В целом же, основные принципы консервативного лечения ХП следующие:

· Снятие боли

· Создание функционального покоя поджелудочной железе

· Уменьшение ее секреторной активности

· Коррекция экскреторной (пищеварительной) недостаточности

· Коррекция углеводного обмена

· Коррекция синдромов нарушенного пищеварения и всасывания

· Купирование боли

В комплексной терапии болевого абдоминального синдрома у больных ХП необходимо строжайшее соблюдение диеты, исключение алкоголя и табакокурения.

В целом, консервативная терапия отечно-интерстициальной формы ХП (можно рассматривать как эквивалент обострения ХП) должна обеспечивать решение следующих основополагающих задач:

. Создание функционального покоя ПЖ и блокирование экзокринной функции ПЖ с последующей постепенной подготовкой органа к функциональным нагрузкам.

. Купирование болевого статуса и предотвращение прогрессирования отечно-интерстициальной стадии панкреатита во избежание развития деструктивного панкреатита и хирургических осложнений.

. Дезинтоксикационная терапия.

. Коррекция катаболических процессов.

. Профилактика инфекционных осложнений.

. Коррекция эндокринной недостаточности ПЖ.

. Малоинвазивные методики и эндоскопическое лечение

В настоящее время эндоскопическое лечение играет одну из ведущих ролей в лечении панкреатитов, обладая широким кругом возможностей для лечебного воздействия - ЭПСТ, дилатация стриктур и эндопротезирование протоков, удаление холсдохопеле, литотрипсия и литоэкстракция конкрементов терминального отдела холедоха и ГПП. Перечисленные методы характеризуются хорошими клиническими результатами, сравнимыми с таковыми при проведении инвазивных оперативных вмешательств.

. Хирургическое лечение

Показания к хирургическому лечению Показаниями к хирургическому лечению ХП являются:

· боль, не купирующаяся другими способами;

· кисты и абсцессы ПЖ, стриктуры или обструкция желчных протоков, не разрешимые эндоскопически, стеноз двенадцатиперстной кишки, окклюзия селезеночной вены и кровотечение из варикозно расширенных вен, свищи ПЖ с развитием асцита или плеврального выпота;

· подозрение на развитие рака ПЖ, не подтвержденное гистологически (цитологически).

Оперативное лечение с целью уменьшения или купирования болевого абдоминального синдрома, требует тщательнейшего обследования в предоперационном периоде для оценки состояния протоковой системы ПЖ и степени функциональных нарушений ПЖ (эндо- и экзокринная недостаточность ПЖ) и решения вопроса о целесообразности данного лечения. Только комбинированное применение ЭРХПГ и КТ или КТ, МРТ и ЭРХПГ обеспечивает получение необходимой информации для предоперационной оценки ПЖ, позволяя установить расположение протоков и степень их обструкции, наличие сообщающихся или несообщающихся с ними псевдокист, пери-панкреатического фиброза.

. Поддерживающее лечение хронического панкреатита

Поддерживающее лечение ХП включает комплексную реабилитацию больных после перенесенного острого панкреатита, обострения ХП, хирургического лечения по поводу ОП и ХП, и их осложнений, включающую амбулаторное и санаторно-курортное лечение, фитотерапию, включая все методы противорецидивного лечения, длящиеся в ряде случаев всю оставшуюся жизнь.

. Санаторно-курортное лечение

Больным ХП в период ремиссии при отсутствии панкреатической гиперферментемии можно назначать различные методы санаторно-курортного и физиотерапевтического лечения. Санаторно-курортное лечение, являясь средством активной восстановительной неспецифической терапии, играет большую роль в системе лечебных и реабилитационных мероприятий у больных XII. Необходимо строго индивидуальное проведение лечебных мероприятий на курорте с соблюдением периода адаптации, назначения приема минеральных вод, начиная с небольших доз, исключение тепловых процедур у больных с глубокими структурными изменениями ПЖ и выраженными функциональными нарушениями. Основными лечебными средствами на курорте, как правило, должны быть естественные факторы. Медикаментозные средства в лечении больных ХП на санаторно-курортном этапе играют вспомогательную роль за исключением случаев, когда назначение является обязательным продолжением лечения, начатого в стационаре или поликлинике.

Ведущим лечебным фактором на курорте является внутренний прием минеральной воды. Положительное влияние на ПЖ оказывает питьевое лечение маломинерализованными и средней минерализации водами, содержащими гидрокарбонаты, сульфатный ион, двухвалентную серу, кальций, цинк - "Славяновская", "Смирновская", "Ессентуки №4". Питьевое лечение минеральными водами действует как тренирующая и "адаптационная терапия" на ПЖ. Минеральные воды способствуют уменьшению застойных явлений в желчных протоках и ПЖ, обеспечивают противовоспалительное действие за счет постоянного оттока секретов, удаления слизи. Имеет значение ошелачивающее действие этих минеральных вод на двенадцатиперстную кишку, нормализация моторных нарушений, усиление эвакуации желудочного содержимого.

Широко используется при ХП в стадию ремиссии наружное применение минеральных вод: углекисло-сероводородные, соляно-шелочные, углскисло-радоновые, сульфидные ванны, а также хвойные, йодобромные, жемчужные.

Пелоидотерапия показана больным ХП с внешнесекреторной недостаточностью ПЖ, а также с наличием сопутствующих заболеваний органов пищеварения. Грязелечение способствует улучшению кровоснабжения, оказывает противовоспалительное и анальгезирующее действие. Переносимость грязевых процедур значительно улучшается чередованием с минеральными ваннами. Более легкая переносимость гальваногрязелечения дает возможность с успехом применять его у больных с болевым синдромом и выраженным астеническим синдромом, наличием сопутствующих заболеваний, наличие которых является противопоказанием для проведения аппликационного грязелечения. У больных ХП в более поздние сроки после обострения заболевания (через 5-6 месяцев) доказана целесообразность дополнительного включения в комплексную терапию торфяных аппликаций.

## Правила ухода за больным хроническим панкреатитом:

· В период выраженного обострения показана госпитализация больного в специализированное отделение стационара.

· При слабо выраженном обострении лечение можно проводить амбулаторно.

· Назначается дробное частое (до 5-6 раз) питание с повышенным содержанием белков (диета № 5 - см. раздел "Диеты при болезнях органов пищеварения") и сниженным содержанием жиров и углеводов. Необходимо ограничить пищу, содержащую грубую клетчатку, эфирные масла, специи, крепкие бульоны, жареную пищу. Рекомендуется пища, приготовленная на пару, запеченная, протертая. Исключается горячая и очень холодная пища. Запрещаются консервы, сдобные мучные и кондитерские изделия, ржаной хлеб, крепкий чай и кофе, шоколад, какао, копчености. Калорийность пищи - 2500-2600 ккал в сутки.

· Контроль за полноценным и своевременным приемом назначенных врачом лекарственных препаратов (антипротеолитических, спазмолитиков, анальгетиков, ферментных препаратов, анаболиков, антибиотиков).

· Избегать психологических нагрузок. Больной не должен волноваться и раздражаться.

· Ограничение физической нагрузки в период обострения болезни.

· Создание условий для глубокого и полноценного сна. Продолжительность сна должна быть не менее 8 часов в сутки.

· Полный отказ от алкоголя.

· Занятия физкультурой для укрепления брюшных мышц, самомассаж живота.

· Показано санаторно-курортное лечение в стадии ремиссии.

· Для профилактики больному рекомендуется соблюдение рационального питания, здорового образа жизни, своевременное лечение заболеваний пищеварительной системы, в т.ч. острого панкреатита. Необходимо избегать злоупотребления спиртными напитками.

## Основные факторы риска развития острого панкреатита

· Употребление недоброкачественной и трудноперевариваемой пищи, дефицит белка в диете;

· Наследственная предрасположенность;

· Злоупотребление алкоголем;

· Обменные и гормональные нарушения (снижение функции щитовидной железы, нарушение липидного обмена);

· Длительное нарушение ритма питания;

· Пищевые токсикоинфекции;

· Инфекционные заболевания органов пищеварения (болезнь Боткина, дизентерия, холецистит, желчнокаменная болезнь);

· Травмы поджелудочной железы.

## Основными симптомами острого панкреатита являются:

· Острая боль в верхней половине живота, часто опоясывающая, иногда в области пупка, боль отдает в спину, левое плечо, область сердца;

· Частая, мучительная рвота, не приносящая облегчения;

· Лихорадочное состояние;

· В тяжелых случаях значительно снижается артериальное давление; появляется бледность кожных покровов, пульс слабого наполнения;

· Язык обложен серым налетом, изо рта неприятный запах.

## Правила ухода за больным с острым панкреатитом

· Больного необходимо срочно госпитализировать в хирургический стационар.

· В остром периоде больной должен соблюдать постельный режим. В дальнейшем, при улучшении общего состояния, необходимо ограничивать физическую нагрузку до выздоровления.

· Необходимо полное воздержание от приема пищи в течение 1-4 дней.

· В первые 2-3 дня голодания можно пить кипяченую или минеральную воду комнатной температуры (4-5 стаканов в день) или отвар шиповника (1-2 стакана в день).

· Необходим холод на верхнюю половину живота и правое подреберье (для уменьшения секреции поджелудочной железы).

· При наличии озноба больного необходимо укутать и положить грелку к ногам.

· Проводится контроль за полноценным и своевременным приемом назначенных врачом лекарственных препаратов (антипротеолитических, обезболивающих, спазмолитиков, холинолитиков и др.).

· Необходимо избегать психологических нагрузок. Больной не должен волноваться и раздражаться.

· Создание условий для глубокого и полноценного сна. Продолжительность сна должна быть не менее 8 часов в сутки.

· Необходимо наблюдать за частотой пульс, артериальным давлением, температурой тела, переносимостью пищи, стулом (частота, консистенция).

· Соблюдение диеты. После окончания периода голода больному назначают диету № 5 (см. раздел "Диеты при болезнях органов пищеварения") с резко сниженным количеством белка, жиров и углеводов. Необходимо ограничить пищу, содержащую грубую клетчатку, эфирные масла, специи, крепкие бульоны, жареную пищу. Рекомендуется теплая пища, приготовленная на пару, запеченная, протертая. Исключается очень горячая и очень холодная пища.

· Для профилактики развития хронического панкреатита больному рекомендуется рациональное питание, исключение из рациона спиртных напитков, жирной, острой и сладкой пищи, своевременное лечение заболеваний пищеварительной системы.

Щадящий режим лечения, заключающийся в условиях физического и психического покоя, является основой для эффективного воздействия всех остальных факторов амбулаторно-поликлинического лечения. Это особенно важно при болевой форме заболевания, какая бы степень активности патологического процесса ни была. У этой категории пациентов постоянные, тем более сильные боли способствуют возникновению раздражительности, психической неустойчивости, быстрой смене настроения, что следует учитывать и рассматривать как проявление болезненного состояния при уходе за больным. На больного неблагоприятно влияют шум в помещении, где он находится, суета и излишняя опека окружающих людей, многочисленные посещения сослуживцев, друзей и родственников, другие ситуации, не обеспечивающие покоя. В этих условиях чувствительное восприятие болей существенно повышается, становится особенно мучительным, плохо переносимым.

В период острых явлений рецидива заболевания постельный режим является важным лечебным фактором. В горизонтальном положении больного хроническим панкреатитом кровообращение поджелудочной железы улучшается, создаются благоприятные условия для хорошего оттока панкреатического секрета, устраняется спазм протоков поджелудочной железы. Преимущественно постельный режим следует соблюдать на протяжении всего времени сохранения болей в животе и выраженных расстройств пищеварения. Расширение режима двигательной активности должно осуществляться постепенно за счет повышения нагрузок лечебной физической культуры. Занятия утренней гигиенической гимнастикой по рекомендации лечащего врача должны дополняться индивидуальной программой лечебной гимнастики. Принцип индивидуализации периода расширения физических нагрузок особенно ответствен и должен проводиться при детальном согласовании с врачом у больных старших возрастных групп, когда хронический панкреатит сопутствует или осложняет заболевания сердечнососудистой системы, других органов.

Местное тепло в виде грелки (лучше электрической) на область левого подреберья и поясничную область слева способствует уменьшению болей при хроническом панкреатите.

Применение грелок может быть оправдано только после осмотра больного врачом, установления диагноза рецидива хронического панкреатита и исключения патологических процессов, при которых местное тепло противопоказано.

С этой целью на отмеченные зоны могут быть наложены горчичники или перцовый пластырь, не требующий замены в течение 1-2 сут.

Медикаментозное лечение не требует комментариев. Назначение лекарственных препаратов носит сугубо индивидуализированный характер, зависит от очень многих моментов, оценить которые способен врач у постели конкретного больного. Перечень предписываемых лекарственных средств, их дозировка и особенности приема не могут быть одинаковыми у больных с похожими между собой состояниями и клиническими формами хронического панкреатита. Поэтому самолечение, так же как лечение по совету других больных, может принести непредсказуемый отрицательный результат, если не трагедию.

Особое внимание в комплексе лечебных мероприятий должно быть уделено диете. Задача лечебного питания - максимально щадить поджелудочную железу путем исключения из рациона продуктов, возбуждающих ее секреторную деятельность и стимулирующих кислотообразование в желудке. Вместе с тем диета должна содержать достаточное количество витаминизированных компонентов питания, веществ, восстанавливающих нарушенные обменные процессы в организме. Больные хроническим панкреатитом плохо переносят жирную еду, усиливающую боль и понос. Нередко наблюдается непереносимость сахара и молока. Плохо воспринимаются даже небольшие количества алкоголя, жареные и копченые продукты, острые блюда, крепкий кофе, свежевыпеченные изделия из сдобного теста, холодные напитки.

Принцип осуществления лечебного питания при хроническом панкреатите на этапе постстационарной реабилитации после обострения заболевания идентичен таковому при остром панкреатите (см. раздел «Острый панкреатит»), т.е. расширенный вариант диеты № 5п назначается на срок не менее 2-3 мес после выписки больного из стационара, а затем при отсутствии болей и выраженных расстройств пищеварения больные переводятся на диетическое питание применительно к столу № 15.

Несколько другой подход должен быть применен к больным хроническим панкреатитом, течение заболевания у которых привело к функциональной недостаточности поджелудочной железы, выражающейся в поносе (обильный жидкий стул), большом количестве непереваренных остатков пищи в кале, похудании и других проявленных нарушениях обменных процессов. В рассматриваемых случаях щадящий вариант диеты № 5п сменяют третьим скорректированным вариантом диеты, предложенным проф. Скуя, руководителем Латышского республиканского центра гастроэнтерологии и диетологии. Количество жира при этом уменьшается до 80 г в сутки, часть животного жира (не более 30 %) заменяется растительными маслами.

Сокращается количество клетчатки (хлеб грубого помола, овощи, фрукты), так как она усиливает моторную деятельность кишечника, значительно ухудшает всасывание слизистой оболочкой желудочно-кишечного тракта важных для организма микроэлементов и других химических веществ (например, цинка), дефицит которых и так имеет место при хроническом панкреатите. В рацион вводятся продукты, богатые калием (овощные соки, особенно морковный; компот из сушеных фруктов на ксилите), кальцием (молочные продукты), железом (постное мясо) и витаминами. Количество белков увеличивается до 130 г в сутки, особенно при похудании больных.

У некоторых больных, особенно пожилого возраста, течение хронического панкреатита сочетается с тягостными нарушениями моторной функции кишечника в виде запоров. Основная панкреатическая диета М 5п (расширенный вариант) индивидуализируется следующим образом: увеличивается количество овощей и фруктов в рационе; повышается содержание жиров в рационе (они препятствуют возникновению бродильных процессов в кишечнике; уменьшается количество углеводов, в особенности легкоусвояемых (сахар, сладкие блюда, каши и др.). Этим больным крайне необходимы лечебная гимнастика и самомассаж кишечника.

На этапе постстационарной реабилитации очень важное значение для благоприятного течения восстановительных процессов при хроническом панкреатите имеет комплекс лечебных мероприятий по поводу сопутствующих заболеваний внутренних органов: желчевыделительной системы, желудка и двенадцатиперстной кишки, кишечника, почек, сердечнососудистой системы и др. В каждом конкретном случае лечащий врач дает оптимальные рекомендации, лечебная значимость которых будет тем выше, чем больше возможностей осуществить их в домашних условиях, чем больше навыки больных по их выполнению. К последним относятся слепые зондирования желчевыделительной системы (тюбажи), грелки, парафиновые аппликации, очистительные и лечебные клизмы, микроклизмы, ванны и другие методы.

Внутреннее применение бутылочных минеральных вод в домашних условиях может существенно улучшить эффективность как реабилитации, так и профилактики при данном заболевании. Больным хроническим панкреатитом рекомендуются маломинеральные воды при температуре 37-42 °С (по 100 мл 2-3 раза в день за 30-90 мин до еды в зависимости от характера желудочной секреции). При выраженной недостаточности секреторной функции целесообразно назначать теплые воды средней минерализации за 15-20 мин до еды. Степень стимулирующего влияния на активность панкреатических ферментов зависит от химического состава минеральной воды. Наиболее эффективны хлоридно-гидро-карбонатно-сульфатно-натриево-кальциевые воды (типа «Нарзан») малой и средней минерализации, а также радоновые воды. Высокоминерализованные, холодные воды не показаны, так как они могут вызвать спазм панкреатических протоков, усилить моторную деятельность кишечника и спровоцировать обострение заболевания.

Продолжительность восстановительного лечения (реабилитация) - весьма индивидуальная особенность течения заболевания, а поэтому не может быть одинаковой даже у двух больных с весьма похожими клиническими проявлениями заболевания. Полная стабилизация процесса, завершение обострения и переход болезни в благоприятную свою фазу - ремиссию - знаменуют собой окончание периода восстановительного лечения и хороший эффект последнего. Реабилитация продолжается до тех пор, пока лечащий врач не констатирует наступления ремиссии. Иногда на это уходят многие месяцы, особенно у больных, не полностью выполняющих рекомендации специалиста по лечению и профилактике заболевания.

Именно в предупреждении обострений и прогрессирования хронического панкреатита (вторичная профилактика заболевания) и заключен весь смысл совместной работы врача и больного, направленной на улучшение прогноза заболевания, сохранение трудоспособности пациента, продление его жизни. В основе вторичной профилактики должно находиться диспансерно-динамическое наблюдение больного участковым терапевтом или гастроэнтерологом с регулярными (не реже 1 раза в 6 мес) плановыми посещениями специалистов. В процессе такого контакта врач оценивает характер течения заболевания, уточняет и вносит коррективы (при необходимости) в программу амбулаторного лечения и профилактики, дает дополнительные рекомендации по соблюдению режима трудовой деятельности и отдыха, решает множество других вопросов.

Разумеется, запланированные встречи больного и врача не исключают внеочередных посещений (при необходимости) пациентом поликлиники или гастроэнтерологического центра. Более того, первые признаки ухудшения самочувствия, появление новых симптомов заболевания или усиление имеющейся симптоматики должны послужить поводом к немедленному обращению к врачу. Только при этом условии грамотные рекомендации и назначения врача смогут предотвратить надвигающееся обострение заболевания или своевременно (на раннем этапе) прервать его.

Во избежание рецидива болезни каждый больной должен хорошо знать условия и причины, способствовавшие возникновению у него хронического панкреатита, быть достаточно глубоко и грамотно осведомленным в особенностях течения своего заболевания, иметь четкие представления о факторах, неблагоприятно влияющих на организм и вызывающих обострение болезненного процесса, уметь предотвращать повреждающее действие их. Несомненно, в первую очередь речь идет о причинах формирования хронического панкреатита и о тех из них, которые сохранились и продолжают болезнетворно влиять на организм пациента, углубляя и так тяжелые расстройства. Всем больным следует пересмотреть свое отношение к алкоголю, к любым спиртным напиткам и полностью их исключить. При наличии заболеваний желчного пузыря и желчных путей требуется тщательное выполнение всех рекомендаций по лечению и профилактике их. В случаях аллергического механизма в развитии хронического панкреатита следует скрупулезно проводить противоаллергические мероприятия, избегать контактов с аллергизирующими факторами внешней среды (непереносимые пищевые продукты, химические вещества, запахи, шерсть животных, пыль и др.), свойственными данному больному.

В профилактике обострений хронического панкреатита важная роль принадлежит упорядочению жизни больного. Особое значение в этом отношении приобретают разумное чередование трудовой деятельности с полноценным отдыхом. Расстройства нервной системы неблагоприятно влияют на функции органов пищеварения, в том числе на поджелудочную железу. Поэтому ежедневные выезды за город в выходные дни, отдых на природе могут явиться в определенной мере лечебным фактором у этих больных, особенно в первые месяцы и годы обострения заболевания. В периоды отпусков также необходимо создать все условия для полноценного отдыха. Немаловажную помощь в этом отношении способно оказать санаторно-курортное лечение, которое сочетает в себе отдых и целенаправленную терапию.

Проведение курортного лечения рекомендуется больным с легкой и средней тяжести формами хронического панкреатита в фазе ремиссии или неполной ремиссии. Тяжелые формы заболевания, а также все формы хронического панкреатита в фазе обострения для курортного лечения противопоказаны. Характеристика курортов и санаториев, предназначенных для лечения больных хроническим панкреатитом, показания и противопоказания для направления в них приведены в разделе «Показания и противопоказания к лечению больных на курортах и в местных санаториях».

Больным со средней степенью тяжести течения хронического панкреатита рекомендуются профилактические осмотры терапевтом поликлиники или гастроэнтерологом не реже 3-4 раз в год. Во избежание возможных обострений заболевания, угрожающих ухудшением состояния больных, в периоды (времена года), индивидуально наиболее неблагоприятные для течения хронического панкреатита, как правило, проводятся курсы противорецидивного лечения. Эти курсы (2-3 в год) продолжительностью 1.5-2.0 мес обычно включают лечебное питание (расширенный вариант диеты № 5п), облегченный характер профессиональной и иной трудовой деятельности, назначение физиотерапевтического лечения в поликлинике по месту жительства, а также медикаментозную терапию по показаниям. Больным хроническим панкреатитом с тяжелым течением показано проведение круглогодичного противорецидивного лечения. Наличие у этого контингента пациентов постоянных или рецидивирующих болей в животе, расстройств пищеварения как проявление нарушений внешнесекреторной функции поджелудочной железы свидетельствует о необходимости трудоустройства больных с освобождением от работы, связанной с физической нагрузкой. При показаниях обоснован их временный перевод на инвалидность II или III группы в зависимости от частоты обострений, тяжести поражения поджелудочной железы и степени нарушений ее функций. К этой вынужденной мере больным следует относиться с пониманием, рассматривая ее как один из необходимых вариантов охранительного режима, наиболее целесообразный на данном этапе течения заболевания.

Диета в период обострения хронического панкреатита. В период обострения хронического панкреатита назначают такую же диету, как и во время стихания острого панкреатита. Больному дают только протертую пищу, кулинарная обработка продуктов становится менее строгой только с улучшением состояния. Однако жареная и тушеная пища исключается, поскольку она обладает сокогонным действием. Вначале возможно только питание пищей, приготовленной на пару, затем допускается употребление отварных блюд. Питание больного шестиразовое, дробное.

Диета при панкреатите хроническом включает белковую пищу (120-140 г), причем в большей степени животные белки (60-70 %). В основном диета состоит из молочных продуктов (протертого свежего творога), нежирного мяса и рыбы. Жиров должно быть немного - 50-60 г, углеводов - 300-350 г.

Диета при хроническом панкреатите в период ремиссии. В период, когда нет обострения, диета при панкреатите хронической формы включает такие продукты: хлеб белый, протертые крупяные и овощные супы, протертые, каши на молоке: гречневую, овсяную, рисовую, манную и др., пюре морковное и картофельное, овощные и мясные котлеты, нежирную отварную рыбу и мясо, сладкий чай с медом или сахаром. Овощи следует вначале отваривать, затем протирать и запекать. Понемногу можно добавлять растительное или сливочное масло (не больше 20 г в сутки). Также следует употреблять свежие фрукты, ягоды, компоты и кисели. Рекомендуется выпивать перед сном стакан простокваши или кефира.

Что из продуктов следует исключить при панкреатите. Из диеты при панкреатите следует исключить такие продукты: алкогольные напитки, какао и кофе, газированную воду, тесто сдобное и хлеб свежей выпечки. Могут вызвать раздражение рассольник, борщ, крепкие бульоны рыбные и мясные. Также обострение панкреатита способны вызвать жареная и острая пища, консервированные продукты, икра и вареные яйца. Не следует употреблять виноград, бананы, финики, мороженое, шоколад и конфеты. Такие ограничения не вредны, напротив, здоровое питание окажет благотворное влияние на организм и его Профилактика

В структуре заболеваемости органов желудочно-кишечного тракта ХП составляет от 5,1 до 9%, а в общей клинической практике - от 0,2 - до 0,6%. За последние 30 лет отмечена общемировая тенденция к увеличению заболеваемости острым панкреатитом и ХП более чем в 2 раза. Если в 80-е годы частота ХП составляла 3,5-4,0 на 100 тысяч населения в год, то в последнее десятилетие отмечен неуклонный рост частоты заболеваний поджелудочной железы (ПЖ), поражающих ежегодно 8,2 -10 человека на 100 тысяч населения Земли.

В России отмечен более интенсивный рост заболеваемости ХП, как среди взрослого, так и детского населения. Распространенность ХП у детей составляет 9 - 25 случаев, у взрослых - 27,4-50 случаев на 100 тысяч населения. По данным Бюро медицинской статистики Комитета здравоохранения Москвы заболеваемость ХП удвоилась за период с 1993 по 1998 годы. Распространенность заболеваний ПЖ среди взрослых за последние 10 лет увеличилась в 3 раза, в то время как у подростков данный показатель вырос более, чем в 4 раза.

По этиологии все ХП делят на первичные и вторичные. К первичным панкреатитам относят формы, когда ПЖ является органом-мишенью, ее поражение первично. Вторичные панкреатиты развиваются вследствие патологии других органов (чаще органов пищеварения) или являются одним из проявлений заболевания, поражающего ряд органов и систем.

С учетом роли пищевых факторов в первичной профилактике ХП необходимо следовать алгоритму рекомендаций по здоровому питанию:

· употребление разнообразной пищи;

· баланс количества принимаемой пищи с физической активностью;

· поддержание нормального веса тела;

· выбор рациона с большим количеством зерновых продуктов, овощей и фруктов;

· выбор пищи с низким содержанием жира, насыщенных жиров и холестерина;

· выбор пищи с умеренным содержанием сахара;

· выбор пищи с умеренным содержанием поваренной соли;

· если Вы употребляете алкогольные напитки, то делайте это в небольших дозах;

· отказ от курения.

Вторичная профилактика ХП, направленная на устранение факторов, способствующих рецидивированию и/или прогрессированию ХП, проводится в рамках диспансерного наблюдения.

Диспансерное наблюдение за больными ХП осуществляется в поликлинике у терапевта и гастроэнтеролога с четким соблюдением преемственности между указанными специалистами, а при необходимости, и с хирургом. Больные после операции на ПЖ наблюдаются также, как и больные ХП.

Основной алгоритм наблюдения за больным по программе реабилитации:

· активный вызов больных 2-4 раза в год в зависимости от тяжести заболевания (больные с легким течением ХП наблюдаются участковым терапевтом 2 раза в год. Больные ХП средней тяжести и тяжелым течением находятся на активном наблюдении у гастроэнтеролога. Контрольное обследование проводится 3-4 раза в год).

· оценка общего состояния больного, жалоб и физикальных данных;

· проведение контрольных обследований, включая исследования в динамике ферментов ПЖ в сыворотке крови, концентрации сахара крови, скрининг синдромов мальдигестии/мальабсорбции (полное копрологическое исследование, исследование кала на эластазу 1), проведение УЗИ ПЖ и желчевыводящей системы.

· проведение курсов противорецидивного лечения, диетотерапии, фитотерапии;

При компенсации хронического процесса, благоприятной динамике и отсутствии обострений в течение 5 лет больные ХП могут быть сняты с диспансерного наблюдения. Это, как правило, относится к больным, с так называемыми, вторичными ХП, если устранена их причина (холелитиаз, стеноз большого дуоденального сосочка и др.).

Больные ХП с экскреторной и инкреторной недостаточностью, перенесшие оперативное вмешательство на ПЖ, подлежат пожизненной (бессрочной) диспансеризации.

В профилактике обострений ХП большое значение имеет исключение напитков, содержащих алкоголь, отказ от курения и своевременная санация желчевыводящих путей с устранением дисфункциональных расстройств билиарного тракта, раннее выявление калькулезного холецистита и своевременное оперативное лечение. У больных с доброкачественным стенозом большого дуоденального сосочка или терминального отдела общего желчного протока и устья протока ПЖ проводится эндоскопическая папиллосфинкте-ротомия.

Диспансерное наблюдение больных хроническим панкреатитом и основные профилактические подходы

Важным звеном в системе этапного лечения является диспансеризация больных ХП, способствующая значительному повышению эффективности лечения. Целесообразность диспансеризации больных ХП обусловлена частыми рецидивами заболевания, нередко с прогрессирующим течением и инвалидизацией. Известно, что купирование атаки панкреатита обычно не означает полного выздоровления. Как правило, имеют место выраженные в той или иной мере структурные изменения ПЖ, а значит и нарушения ее функции. У больных ХП в стадии ремиссии обычно определяются различной степени дисбиоз кишечника, нарушения билиосинтетической и билиоэкскреторной функций печени, гастродуоденальной моторики и т.д.

Диспансерное наблюдение за больными ХП осуществляется в поликлинике у терапевта и гастроэнтеролога с четким соблюдением преемственности между указанными специалистами, а при необходимости, и с хирургом. Больные после операции на ПЖ наблюдаются также, как и больные ХП.

Методика наблюдения по программе реабилитации заключается в активном вызове больных 2-4 раза в год в зависимости от тяжести заболевания, в оценке общего состояния больного, жалоб и физикальных данных, в проведении контрольных обследований и курсов противорецидивного лечения, диетотерапии, фитотерапии. В поликлинике в динамике должны исследоваться ферменты ПЖ в сыворотке крови, концентрация сахара и инсулина, определяться степень стеатореи и креатореи по данным копрограммы, проводиться УЗ И ПЖ и желчевыводящей системы.

Больные с легким течением ХП наблюдаются участковым терапевтом. Контрольное обследование проводится 2 раза в год. Противорецидивное лечение включает диетическое питание (в рамках стола №5п), полиферментные препараты (креон) курсами по 4-6 недель, по показаниям спазмолитики (дюспатапин) или прокинентики 2-3 недели, желчегонные препараты 2-3 недели.

Больные ХП средней тяжести и тяжелым течением находятся на активном наблюдении у гастроэнтеролога. Контрольное обследование проводится 3-4 раза в год. Противорецидивное лечение назначается каждые 2-3 месяца, при необходимости на 6 месяцев и более. При наличии у больного белково-энергетической недостаточности назначают анаболические гормоны с поливитами-номинеральными комплексами. При наличии упорной полифекалии с признаками стеатореи показано увеличение дозы полиферментных препаратов (до 150000 ЕД FIP из расчета активности панкреатической липазы) и дополнительное применение смесей для энтерального питания (в качестве добавки к пище). При неэффективности увеличения дозы ферментов целесообразно добавлять к схеме лечения блокаторы желудочной секреции.

При компенсации хронического процесса, благоприятной динамике и отсутствии обострений в течение 5 лет больные ХП могут быть сняты с диспансерного наблюдения. Это, как правило, относится к больным, с так называемыми, вторичными ХП, если устранена их причина (холелитиаз, стеноз БДС и др.). Больные ХП с экскреторной и инкреторной недостаточностью, перенесшие оперативное вмешательство на ПЖ подлежат пожизненной (бессрочной) диспансеризации.

Успешно применяется методика этапного лечения больных ХП по системе стационар-санаторий-поликлиника, дающая выраженный терапевтический эффект. Длительное наблюдение за больными, получившими этапное восстановительное лечение, показало в последующем уменьшение количества дней временной нетрудоспособности и числа обострений за год, а также уменьшение средней продолжительности одного случая обострения ХП. Улучшению результатов лечения способствуют повторные курсы санаторно-курортного лечения 2-3 года подряд.

При дисбиозе, протекающем преимущественно с запорами, показан прием препаратов лактулозы (дюфалак).

Применение дюфалака особенно актуально, поскольку получены данные о его способности корректировать холатохолестериновый индекс, то есть о его способности уменьшать литогенность желчи. Поэтому использование дюфалака особенно важно в терапии больных билиарнозависимыми панкреатитами. Повышает эффективность пробиотической терапии включение в рацион больных пищевых волокон, молочнокислых смесей. Назначение антибиотиков и кишечных антисептиков приветствуется только в случаях тяжелого дисбиоза или дисбиоза, связанного с условно-патогенной и патогенной микрофлорой.

На всех этапах медицинской реабилитации к работе с больными ХП должны привлекаться психотерапевт и медицинский психолог.

Трудовая экспертиза больных хроническим панкреатитом

Панкреатиты чаще встречаются у лиц трудоспособного возраста, а течение ХП нередко сопровождается серьезными осложнениями, ухудшающими клинический прогноз.

Временная нетрудоспособность

Обострение ХП обусловливает временное освобождение больных от работы на различные сроки, которые зависят от выраженности клинической симптоматики, тяжести течения заболевания, изменений других органов и систем, своевременного проведения лечебных и организационных мероприятий, возрастных особенностей, а также видов и условий труда больного.

При легком течении, когда болевой и диспептический синдромы выражены умеренно, определяется небольшой лейкоцитоз, кратковременная гиперферментемия и гиперферментурия, при своевременной госпитализации в хирургическое отделение и комплексной консервативной терапии трудоспособность восстанавливается довольно быстро. Временная утрата её составляет не менее 9-10 дней.

Отечно-геморрагические изменения ПЖ определяют бурное начало заболевания и более выраженную клиническую картину. Восстановление нарушенных функций организма определяют большую продолжительность временной нетрудоспособности (не менее 25-30 дней).

Тяжелая картина заболевания усугубляется присоединением различных осложнений (перитонит, абсцедирование ПЖ, образование свищей, кист и пр.), которые в связи с неэффективностью консервативной коррекции являются показанием к неотложному оперативному вмешательству. В случае благоприятного исхода при таком течении заболевания процесс реконвалесценции продолжается длительное время, в связи с чем временная нетрудоспособность составляет 1,5-2 месяца.

Критериями выписки больных, перенесших обострение ХП, на работу является нормализация температуры тела, показателей активности ферментов и числа лейкоцитов в периферической крови, резкое уменьшение или исчезновение болевого синдрома, интоксикации и астенизации, а также отсутствие производственных факторов, отрицательно влияющих на состояние здоровья.

Таким образом, решение о состоянии трудоспособности больных и эффективности трудового устройства зависит от правильно построенного диагноза. Для правильной оценки трудоспособности больных и определения показаний к рациональному трудоустройству необходимо обязательно учитывать поражение других органов пищеварения, на фоне которых протекает ХП, частоту, тяжесть, длительность обострения, выраженность болевого синдрома в период обострения и ремиссии, функциональное состояние ПЖ, степень нарушения питания, характер работы и условия труда. Немаловажное значение имеют также личностные особенности больного, его эмоционально-волевая установка на продолжение трудовой деятельности, сопутствующие заболевания.

Определение трудоспособности

Для легкого течения характерно, что у большинства больных сохраняется профессиональная трудоспособность.

Тем не менее, этой категории больных противопоказаны трудовые процессы, которые требуют тяжелого физического напряжения и связаны с сотрясением, длительным вынужденным положением тела. Кроме того, противопоказан контакте промышленными вредностями (производные бензола, металлы и их соединения). В тех случаях, когда изменения условий или видов труда осуществляется без снижения квалификации, то указанные ограничения по работе предоставляются в медико-социальную экспертную комиссию. В отдельных случаях, когда рациональное трудовое устройство больных ХП сопровождается значительным снижением профессиональной трудоспособности, устанавливается III группа инвалидности. При ХП средней тяжести обострения возникают до 3-5 раз в год. Продолжительность временной нетрудоспособности в таком случае составляет не менее 30-40 дней. Это обусловлено медленным обратным развитием патологического процесса и замедленной компенсацией функциональной недостаточности ПЖ, что связано не только с тяжестью морфологических изменений ее ткани, но и с функциональными расстройствами других органов пищеварения (например, реактивный гепатит).

В период ремиссии у данной категории, несмотря на длительное стационарное лечение, чаще сохраняется стойкий болевой синдром, внешне-секреторная, а в ряде случаев и инкреторная недостаточность ПЖ. Нередко существенную роль в развитии синдрома трофологического недостаточности играют пограничные расстройства психики больных, длительно страдающих ХП. Эти нарушения у ряда пациентов являются основанием для перевода на более легкие работы, что значительно изменяет условия труда. Если это связано со снижением квалификации или сокращением объёма работы, то им устанавливается III группа инвалидности.

Третья группа инвалидности может быть установлена некоторым больным с предоставлением им облегченных условий труда по своей профессии (в виде сокращенного рабочего дня или дополнительного выходного дня в неделю), а также в связи с сужением круга доступных работ из-за выраженности функциональных нарушений организма (это касается лиц пожилого возраста).

При тяжелой форме ХП больным устанавливается вторая, а иногда первая группа инвалидности (при необходимости постоянного постороннего ухода). Для данной категории пациентов характерно прогрессирующее течение, частые (6-7 раз в году и более), длительные и резко выраженные обострения, нарушения внешнесекреторнои функции ПЖ и тяжелая инкреторная недостаточность, развитие механической желтухи, наличие упорных поносов с резким упадком питания, сроки временной нетрудоспособности могут составлять 2,5-3 месяца и более. В период относительной ремиссии внешнесекреторная и инкреторная недостаточность ПЖ, болевой синдром и другие функциональные нарушения остаются резко выраженными, поэтому любая профессиональная деятельность становится недоступной для больных (или противопоказанной).

Больные, перенёсшие резекцию ПЖ, как правило, являются инвалидами второй или первой группы, в связи с тяжелыми нарушениями пищеварения и углеводного обмена.

Организация деятельности медсестры. Обучение пациентов:

Больного следует проинформировать относительно природы его заболевания, вероятных осложнениях и необходимости модификации образа жизни, диеты, необходимости соблюдения схемы лечения, необходимости диагностических и лечебных мероприятий.

Хронический панкреатит: причины возникновения, симптомы и Хронический панкреатит - это хроническое воспалительное заболевание поджелудочной железы, протекающее с периодами обострений и ремиссий (улучшения состояния). Хронический панкреатит характеризуется замещением нормальной ткани поджелудочной железы соединительной тканью, с потерей основных функций поджелудочной железы. Развитию хронического панкреатита способствуют хронический алкоголизм, недоедание, чрезмерное употребление некоторых лекарств, хронические заболевания других органов пищеварительной системы. Основными симптомами хронического панкреатита являются: боль в верхней части живота, тошнота, рвота, снижение веса <http://click02.begun.ru/click.jsp?url=\*QG3\*1lSU1LtRENavUs-V98pe6zVgnLIrEjR\*M\*HmQlZ2FhpOIx7WYEOAOdUCWq\*WBOkibOjkWF8fBWEiRM8guL722XNbrDNW8znm3jgdsfj\*y8xWi9oTj4dWt7jrPfef5965NhP4ePgI1e-3vQPLrhgJ948eLFy6Piz3PNX4YdS\*-LJO1mSe7ORKbw7VHzsX4aU58iRfn7VX21kxqIA8I4WLUg0y4cvpmKD5lSmUNNloSqjIt74I9T4-qhy4MXBkILrh5V-8x5X2if5KXSheqZj0apuX9GclnYPJSYqr8OVqS5dJ6uaK-lSlJV5xgdzYRX\*AyuwkJIksBQtTSrdT7U7OEU1Pf6uxp2b0pP4NcKqk0ikQhU5XPsbm0PjuD8tbeR3Zm-jxhudkbuYZZdW48rnpQflPMabNaLaE1Vn8kTWNqZc-c4IFax42IEr16E2R6cdtrMaD1ZqZKJgy77YIUG3nOo&eurl%5B%5D=\*QG3\*\*Hh4OHZuTNi5ixxxnD1lHVg7O9A1280lwQVwCDDRS2H4RneXQQnQGk1YvZpHb0Tmw> и др. Диагностика хронического панкреатита основана на проведении УЗИ органов брюшной полости, тестов на стимуляцию поджелудочной железы и некоторых других методах исследования. Лечение хронического панкреатита, как правило, консервативное и заключается в соблюдении диеты, симптоматическом лечении (устранении боли), а также коррекции функций поджелудочной железы.



хронический панкреатит поджелудочный железа

Как развивается хронический панкреатит? Поджелудочная железа играет важную роль в пищеварении, и, кроме того, выполняет функции эндокринной железы, производя гормоны, участвующие в обмене веществ (инсулин, глюкагон и др.). Пищеварительные ферменты, вырабатываемые в поджелудочной железе, по выводным протокам попадают в кишечник, где расщепляют белки, жиры и углеводы пищи. Основным механизмом развития хронического панкреатита считается закупорка выводных протоков поджелудочной железы камнями или белковыми пробками, образующимися при нарушении обмена белка в организме. Нарушение оттока панкреатического сока из железы приводит к местному воспалению окружающих тканей и к последующему отмиранию некоторых участков поджелудочной железы. Отмершие участки вскоре заменяются соединительной тканью, которая не может вырабатывать пищеварительные ферменты или гормоны. Таким образом, развивается недостаточность поджелудочной железы, которая характеризуется нарушением переваривания пищи и гормональными нарушениями (развитие сахарного диабета <http://www.polismed.ru/pancreatic-diabetes/>).

Каковы причины возникновения хронического панкреатита? Хронический панкреатит может развиться как самостоятельное заболевание, но иногда бывает следствием других болезней или нарушений в организме (вторичный, реактивный панкреатит). Основные причины развития хронического панкреатита:

· Хронический алкоголизм - частое употребление спиртных напитков в большом количестве значительно повышает риск развития хронического панкреатита.

· Хронические заболевания печени, желчевыводящих путей, желудка и двенадцатиперстной кишки (гепатит, холецистит, гастрит).

· Недоедание - длительное употребление пищи, бедной белковыми продуктами приводит к развитию хронического панкреатита.

· Неправильный режим питания с большими перерывами между приемами пищи.

· Медикаменты - некоторые медикаменты (например, цитостатики) негативно влияют на поджелудочную железу, приводя к ее хроническому воспалению

· Наследственный хронический панкреатит - развивается вследствие генетически наследуемой недостаточности некоторых веществ, необходимых для нормального функционирования поджелудочной железы (муковисцидоз).

· Вторичный, реактивный панкреатит развивается при следующих заболеваниях:

· Заболевания желчевыделительной системы

· Хронический гепатит, цирроз печени

· Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки

· Эпидемический паротит (свинка) и др.

Хронический панкреатит во время беременности Хронический панкреатит у беременных женщин, как правило, обусловлен некоторыми вирусными инфекциями, приемом лекарств, а также предшествовавшими заболеваниями пищеварительной системы. Течение хронического панкреатита во время беременности осложняется тем, что растущая матка сдавливает органы брюшной полости (в том числе и поджелудочную железу), снижая их кровоснабжение и устойчивость к вредным факторам. Симптомы и признаки хронического панкреатита во время беременности:

· Боль в верхней половине живота, которая отдает в спину

· Тошнота, рвота, снижение аппетита

· Хроническое расстройство стула (диарея), метеоризм

При появлении вышеперечисленных симптомов во время беременности, необходимо обратиться к врачу, который назначит необходимые исследования и составит схему лечения.

Что делать при подозрении на хронический панкреатит? При появлении симптомов хронического панкреатита следует обратиться к врачу, который произведет обследование поджелудочной железы и установит диагноз. Диагностика хронического панкреатита основана на выявлении симптомов (периодическое обострение боли, тошноты и т.д.), а также на инструментальных и лабораторных исследованиях:

· Анализ кала выявляет стеаторею (повышенное содержание в кале непереваренного жира).

· Тест на стимуляцию поджелудочной железы специальными препаратами.

Для установления диагноза хронического панкреатита, кроме прочего, может потребоваться УЗИ, а также компьютерная томография. В случае обнаружения хронического панкреатита необходимо произвести анализ крови на уровень глюкозы, а также тест на толерантность к глюкозе, с целью выявления сахарного диабета. Диагноз хронического панкреатита очень часто устанавливается только на основе УЗИ органов брюшной полости, что нельзя назвать правильным. УЗИ поджелудочной железы способно определить только косвенные признаки воспаления поджелудочной железы, выявление которых еще не означает, что больной болен хроническим панкреатитом. Точное установление диагноза хронического панкреатита возможно только при наличии косвенных и прямых признаков воспаления поджелудочной железы.

Диета при хроническом панкреатите. Больным хроническим панкреатитом рекомендуется исключить из рациона питания алкоголь, жирные, жаренные, соленые и перченые блюда, копчености, свежий белый хлеб, газированные напитки, кофе, шоколад, грибные супы. Разрешается употреблять в пищу овощные супы, отварные овощи, каши, нежирные сорта рыбы и мяса, отварные макаронные изделия, фрукты, чай. Питание при хроническом панкреатите осуществляется небольшими порциями, 5-6 раз в день. В первые дни обострения хронического панкреатита рекомендуется дробное питание небольшими порциями каждые 3 часа.

Борьба с болью при хроническом панкреатите Соблюдение диеты, ограничение употребления в пищу жиров и других трудноперевариваемых продуктов нередко само по себе приносит уменьшение боли. При выраженной боли, сопровождающей хронический панкреатит, могут быть назначены ненаркотические анальгетики (аспирин, диклофенак и др.). Данные препараты снижают воспаление в области поджелудочной железы, приводя к уменьшению боли. Кроме прочего, при сильной боли врач может назначить Октреотид - препарат, применяемый для лечения хронического панкреатита. Октреотид подавляет выработку гормонов, которые стимулируют поджелудочную железу и приводят к появлению боли. Октреотид назначается больным, проходящим стационарное лечение.

Коррекция нарушенных функций поджелудочной железы Как уже было упомянуто выше, длительное течение хронического панкреатита приводит к замещению нормальных тканей поджелудочной железы и постепенной утрате нормальной функции этого органа (нарушение пищеварения, диабет). Для коррекции нарушений процесса пищеварения, сопровождающих хронический панкреатит, назначают панкреатические ферменты. Панкреатические ферменты (мезим, панкреатин, фестал и др.) не только облегчают переваривание пищи и нормализуют процесс пищеварения, но и снижает боль, так как позволяет поджелудочной железе «отдыхать».

Панкреатин - содержит ферменты поджелудочной железы, которые расщепляют углеводы, белки и жиры. Панкреатин принимают во время еды, запивая большим количеством воды, по 2-4 таблетки на прием.

Мезим форте 10 000 - принимают по 2 таблетки во время еды (нормальная доза для взрослого 20 000 ед.) со стаканом щелочной минеральной воды.

Фестал - принимают по 1-2 драже 3 раза в день во время еды, запивая большим количеством воды. Как правило, данные лекарства сочетают с гистаминовыми блокаторами (например, фамотидин, циметидин и др.), с целью снижения кислотности желудочного сока.

Длительное течение хронического панкреатита, как правило, приводит и к снижению уровня инсулина, вырабатываемого поджелудочной железой. Инсулин - это гормон, участвующий в обмене глюкозы. Недостаток инсулина приводит к развитию сахарного диабета. При выявлении сахарного диабета у больного хроническим панкреатитом рекомендуется консультация эндокринолога, который назначит схему лечения.

Лечение хронического панкреатита народными средствами В лечении хронического панкреатита могут быть использованы следующие народные методы лечения:

Измельченную кору барбариса (1 столовая ложка на 1 стакан горячей воды) кипятят в течение 15 минут. Охлаждают отвар и принимают по одной столовой ложке три раза в день.

чайную ложку травы зубчатки поздней заливают стаканом кипящей воды и охлаждают в течение часа. Затем настой процеживают и полученную жидкость принимают по четверти стакана 3 раза в день за полчаса до еды.

Картофельный сок также эффективен при хроническом панкреатите. 1-2 картофелины тщательно моют под проточной водой, разрезают на небольшие кусочки и пропускают через соковыжималку. Полученный картофельный сок выпивают за 30 минут до еды. Лечение длится 7 дней.

Прогноз

При ХП, в отличие от острого панкреатита, отсутствуют какие-либо общепринятые прогностические критерии. Прогноз для жизни больного при ХП определяется возможным развитием осложнений, требующих хирургического вмешательства с высокой интра- и послеоперационной летальностью. Считается, что десятилетняя выживаемость больных алкогольным ХП составляет 80% при условии прекращения приема алкоголя, и снижается более чем в 2 раза, если пациент продолжает употреблять алкоголь. Прогноз в отношении качества жизни определяется развитием хронической боли и тяжестью внешнесекреторной и инкреторной недостаточности ПЖ в исходе заболевания.

Список используемой литературы:

· Алексеева Н. Деликатная проблема. Сестра милосердия, 2002, № 2.

· Бильрот Т. Домашний уход за больными. М., 1995.

· Васильева Н.В. Домашний уход за больными. Айрис, 2003.

· Вовченко В.А. Психотерапевтический контакт медсестры и пациента. Медицинская сестра, 2003, № 6.

· Резе А.Г. Уход за лежачими больными в амбулаторных условиях. Медицинская сестра, 2000, № 5.

· Садикова Н.Б. 10000 советов медсестре по уходу за больными. Минск, 2000.

· Современный справочник медицинской сестры. Автор - составитель Н.Б. Садикова. Минск, 1999.

· Справочник медицинской сестры по уходу. Под ред. Палева. М., 2003.

· Тен Е.Е. Основы медицинских знаний. М., 2005.

· Евдокименко П.В., Артроз. Артрит. Пособие для больных. М., 2003.

· Лоранская Т.И., Шаховская А.К. Лечебное питание при холециститах. Медицинская сестра, 2001, № 6.

· Маколкин В.И. с соавт. Сестринское дело в терапии. М., 2002.

· Назифуллин В.Л. с соавт. Роль медсестры в практическом изучении питания больных хроническим панкреатитом. Медицинская сестра, 2003, № 1.

· Общий уход за больными в терапевтической клинике. Методические рекомендации. Сост. А.А. Сапожникова и др. Чебоксары, 2003.

· Ослопов В.Н., Богоявленская О.В. Общий уход за больными в терапевтической клинике. М., 2005.