

Алгоритм діагностики і лікування хворих з гастроентерологічною патологією: Метод. рекомендації для лікарів. Ч. 6

- *Тематика Гастроентерологія*
- *Автор Головченко О.І., Самойлов О.І., Носова І.А., Запорожець О.М..*
- *Опубліковано в Вінниці: ТОВ «Консоль», 2007.- 124 с*

6. ХРОНІЧНІ ПАНКРЕАТИТИ (ХП)

Хронічний панкреатит – поняття, що характеризує хронічне запальне ушкодження тканини підшлункової залози із деструкцією екзокринної паренхіми, її атрофією, фіброзом, і, принаймні на пізніх стадіях, деструкцією ендокринної паренхіми. Захворювання має фазово-прогресуючий перебіг з періодичними атаками гострого панкреатиту, відповідального за рецидивуючий біль, що нерідко являється єдиним клінічним синдромом (Марсельсько-Римська класифікація, 1989р.).

Обґрунтуванням диференційованої терапії є патогенетична спрямованість на ланцюги патологічного процесу. Так, у випадку ХП зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози необхідні заходи, що поліпшують місцеву трофіку, кровообіг і активують ферментативну діяльність, так як при хронічному панкреатиті (фіброзний, кістозний) з синдромом зовнішньосекреторної недостатності розвивається ентеральний симптокомплекс.

Навпаки, у випадках ХП "ухилення" ферментів підшлункової залози в кров'яне русло і формування синдрому гіперферментемії обґрунтовані заходи, що спрямовані на зниження утворення зовнішньосекреторних ферментів підшлункової залози, зменшення набряку, ферментативного запалення та фокального некрозу ділянок залози, поліпшення відтоку її соку в порожнину 12-палої кишки. У випадках ХП з синдромом гіперферментемії у стадії загострення практично завжди підвищений рівень активності амілази і ліпази крові. Даний варіант необхідно диференціювати з гострим панкреатитом.

При хронічному ферментативному запаленні підшлункової залози хворі насамперед скаржаться на болі в підчеревній ділянці, лівому підребер'ї, іноді в правому. У більшості пацієнтів вони набувають оперізуючого характеру або розповсюджуються на поперек, спину. Нерідко знижується апетит, з'являється нудота після їжі, внаслідок переїдання можуть з'явитися кашцеподібні випорожнення.

Обов'язкові методи дослідження для пацієнтів з патологією органів травлення.

Основні методи дослідження:

- лужна фосфатаза, ГГТ;
- амілаза, ліпаза крові (у перші дні, на висоті приступу);
- цукор крові (можливо глюкозотолерантний тест);
- загальний білок і фракції;
- визначення еластази – 1 у калі;
- УЗД органів черевної порожнини;
- рентгеноскопія шлунка в стані штучної гіпотонії.

-
- Додаткові методи дослідження:
- езофагогастродуоденоскопія;
- РХПГ;
- комп'ютерна та(або) магніто резонансна томографія;
- маркери онкогенезу СА 19-9, СА 125, РЕА (рак підшлункової залози сягає 20 % онкопатології в гастроентерології).

Лікування:

Лікування варіантів хронічного панкреатиту з синдромом гіперферментемії:

Перші один-два дні у разі вираженого загострення -голодування і за показаннями – парентеральне живлення на фоні прийому гідрокарбонатних мінеральних вод типу "Поляна".

При дуоденостазі - безперервна аспірація кислого шлункового вмісту за допомогою назогастрального зонду.

Медикаментозна терапія:

- нексиум в/в по 1 амп.(5 мл, 20 мг) 2 рази на добу; потім перорально по 40 мг 1 раз вечером;
- гастроцепін в/м по 10 мг 2-3 рази на добу, потім перорально по 50 мг 2 рази на добу;
- фосфалюгель 3-4 рази на добу через 1 годину після їжі і на ніч;
- спазмалгон в/в або в/м по 5мл 2-3 рази на добу;
- кетанов 10 мг, потім 10-30 мг г/з 4-6 г до 90 мг на добу або в\м; сандостатін по 0.1 мг підшкірно 3-4 рази на добу;
- в перші 1-2 дні контрікал в/в по 50 тис. ОД або амінокапронова кислота в/в по 100 мл 5 % р-ну, потім по 25 мл 4 рази на добу.

При поновленні харчування - часте вживання варених продуктів з виключенням стимуляторів секреції шлунка і холекінезу; після їжі рекомендується холод на епігастрій на 15 хв. Фізіотерапія полягає в застосуванні магнітотерапії і гідрокарбонатних мінеральних вод типу "Поляна Квасова", через 30 хв після їжі.

У випадках, коли важко виключити гострий панкреатит, показане проведення наступної програми (гострий панкреатит є третьою причиною смерті гастроентерологічних хворих - 9 %):

- холод на живіт;
- встановити шлунковий зонд для промивання шлунка і видалення його вмісту;
- кетанов в/в, в/м (див. Вище);
- спазмалгон в/в, в/м 5мл тричі на добу;
- фіз. р-н (йоностеріл) в/в 500-1000 мл або 5 % р-н глюкози, поліглюкін 800 мл 1-2 рази на добу;

- сандостатин в/в 0,2 мг розвести в 200 мл фіз. р-ну, ввести зі швидкістю 1 мл/хв. 4 рази на добу або підшкірно 0,1 мг 4 рази на добу;
- контрікал в/в 50 тис. ОД розвести в 500 мл фіз. р-ну 1 раз на добу (при відсутності - амінокапронова кислота в/в 100 мл 5% р-ну, далі - в/в по 25 мл 4 рази на добу); раціональним є в перші 1-2 дні;
- нексиум в/в 1 ампл., 20 мг, розвести в 10-100 мл фіз. р-ну (5% р-ну глюкози), ввести повільно або крапельно двічі на добу;
- гастроцепін в/в, в/м 2 мл 0,1% р-ну;
- антациди - щогодини (фосфалюгель);
- при олігурії (сечі менше за 40 мл/год) - манніт в/в 200 мл 15 % р-ну, далі - фуросемід в/в, в/м 2 мл, контроль діурезу;
- при АТ систолічному менше за 90 мм рт. ст. – дофамін по 5-10 мкг/кг/хв. в/в від 10 крапл./хв., збільшуючи кожні 3 хв. на 5 крапл./хв. до АТ систолічного 110мм рт. ст. (розведення -200 мг на 500 мл фіз. Р-ну);
- антибіотики - цефтріаксон, цефтазідім 1-2г 1 раз на добу в/м, в/в разом з доксіцикліном по 1 капс двічі на добу або з метронідазолом по 400 мг тричі на добу, або фторхінолони 200-400 мг двічі на добу в/в.

Лікування хронічного псевдотуморозного панкреатиту відповідає принципам терапії хронічних панкреатитів з синдромом гіперферментемії. Додатково використовують антибіотики з грамнегативною активністю впродовж 2 тижнів. Необхідними є контрольні УЗД для виключення пухлини підшлункової залози.

Лікування варіантів хронічного панкреатиту з зовнішньо-секреторною недостатністю:

Корекція харчування відповідає наявності або відсутності ентерального синдрому і даним копрограми (особливо звертати увагу на наявність стеатореї).

Медикаментозна терапія:

- ферментні препарати (Креон, Пангрол в достатній дозі під час їди);
- в'яжучі (смекта по 1 пак. тричі на день в проміжках між прийомами їжі);
- еубіотики за показаннями (інтетрікс та інш.).

ДМХ - терапія, ультразвукова терапія або інфрачервоний лазер на проекцію підшлункової залози.