

ХРОНІЧНІ ПАНКРЕАТИТИ

*Методичні вказівки
для самостійної роботи
здобувачів вищої медичної освіти 4-го курсу
з дисципліни «Внутрішня медицина»*

Видання 2-ге, перероблене та доповнене

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

ХРОНІЧНІ ПАНКРЕАТИТИ

*Методичні вказівки
для самостійної роботи
здобувачів вищої медичної освіти 4-го курсу
з дисципліни «Внутрішня медицина»*

Видання 2-ге, перероблене та доповнене

Затверджено
Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 7 від 28.06.2024.

Харків
ХНМУ
2024

Хронічні панкреатити : метод. вказ. для самост. роботи здобувачів вищої медичної освіти 4-го курсу з дисципліни «Внутрішня медицина» : упоряд. Л. В. Журавльова, Ю. О. Шеховцова, О. В. Пивоваров. Вид. 2-ге, перероб. та допов. Харків : ХНМУ, 2024. 40 с.

Упорядники Л. В. Журавльова
 Ю. О. Шеховцова
 О. В. Пивоваров

Кількість годин – 5.

Актуальність

Захворюваність на хронічний панкреатит (ХП) становить 4–8 нових випадків на 100 тис. населення на рік. Загальна кількість хворих на ХП за останні 30 років у світі зросла майже в 2 рази. Поширеність у Європі становить 25,0–26,4 випадків на 100 тис. населення, в Україні – 27,4–50,0 випадків на 100 тис. населення. У світі спостерігається тенденція до зростання захворюваності на гострий і хронічний панкреатит більше ніж у 2 рази за останні 30 років. Захворюваність на ХП у розвинених країнах коливається в межах 5–10 випадків на 100 тис. населення; в цілому по світу – 1,6–23 випадки на 100 тис. населення за рік. В Україні поширеність захворювань підшлункової залози (ПЗ) зросла на 10,3 %, а захворюваність – на 5,9 %. Зазвичай ХП розвивається в середньому віці (35–50 років). У розвинених країнах середній вік з моменту встановлення діагнозу знизився з 50 до 39 років, зросла частка жінок серед хворих (на 30 %), первинна інвалідність досягає 15 %.

Смертність після первинної діагностики ХП становить до 20 % протягом перших 10 років і більше 50 % – після 20 років (в середньому 11,9 %). У 15–20 % випадків хворі помирають від ускладнень, що виникають при загостренні панкреатиту, в інших – внаслідок вторинних розладів травлення та інфекційних ускладнень.

Середній термін встановлення діагнозу ХП залежно від етіології захворювання коливається від 30 до 60 міс.

Навчальні цілі:

- навчити здобувачів вищої освіти розпізнавати основні симптоми та синдроми ХП;
- ознайомити здобувачів вищої освіти з фізикальними методами дослідження при ХП;
- ознайомити здобувачів вищої освіти з методами дослідження, які застосовуються для діагностики ХП та визначення інкреторної та екскреторної недостатності підшлункової залози; показаннями та протипоказаннями щодо їх проведення; методиками їх виконання; діагностичною цінністю кожного з них;
- навчити здобувачів вищої освіти самостійно трактувати результати проведених досліджень;
- навчити здобувачів вищої освіти розпізнавати та діагностувати ускладнення при ХП;
- навчити здобувачів вищої освіти призначати лікування при ХП.

Здобувач вищої освіти повинен знати:

- частоту виявлення ХП;
- етіологічні фактори ХП;
- патогенез ХП;
- основні клінічні синдроми при ХП, класифікація ХП;

- загальні та тривожні симптоми при ХП;
- фізикальні симптоми ХП;
- методи фізикального обстеження хворих на ХП;
- діагностика ХП, оцінка порушення внутрішньо- та зовнішньосекреторної функції підшлункової залози;
 - діагностичні можливості езофагогастродуоденоскопії, екскреторної ретроградної панкреатохолангіографії, УЗД органів черевної порожнини, комп'ютерної томографії, оглядової рентгенографії органів черевної порожнини при ХП: показання, протипоказання;
 - методика проведення зондування дуоденального вмісту для визначення зовнішньосекреторної функції підшлункової залози, клінічна оцінка результатів;
 - методи діагностики *H. pylori*;
 - методи проведення функціональних тестів для діагностики зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози;
 - ускладнення при ХП;
 - лікування ХП (зміна способу життя, раціональне харчування, медикаментозна терапія, хірургічне лікування).

Здобувач вищої освіти повинен вміти:

- розрізняти основні клінічні та фізикальні синдроми при ХП;
- інтерпретувати результати клінічних, біохімічних та імуноферментних досліджень;
 - інтерпретувати дані езофагогастродуоденоскопії, екскреторної ретроградної панкреатохолангіографії, УЗД органів черевної порожнини, комп'ютерної томографії, оглядової рентгенографії органів черевної порожнини при ХП;
 - інтерпретувати дані езофагогастродуоденоскопії, ретроградної холецистопанкреатографії;
 - інтерпретувати дані дуоденального вмісту для визначення зовнішньосекреторної функції підшлункової залози, надавати їх клінічну оцінку;
 - оцінювати функціональні тести для діагностики зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози;
 - вміти виділити типи зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози;
 - призначати лікування хворим на ХП.

Практичні навички:

- огляд шкіри та слизових оболонок;
- визначення наявності синдрому мальабсорбції;
- обстеження живота;
- огляд живота;
- поверхнева пальпація живота;
- глибока методична ковзна пальпація органів черевної порожнини за Образцовим–Стражеском;
- визначення больових точок та зон, які характерні для ХП.

Хронічний панкреатит – прогресуюче затяжне захворювання, класичними симптомами якого є рецидивуючий біль у верхній половині живота (80–95 %), стеаторея та втрата маси тіла (80 %), діарея (50 %), а також наявність нудоти і блювання.

У перебігу захворювання спостерігаються утворення псевдокист, розвиток діабету, а також, в рідкісних випадках, плеврального випоту і асцити.

Етіопатогенез

Сучасні уявлення про етіологію захворювання відображає класифікація TIGAR-O, згідно з якою виділяють:

- Токсичний/метаболічний ХП, пов'язаний зі зловживанням алкоголем, палінням тютюну (ризик підвищується в 8–17 разів); гіперкальціемією; гіперпаратиреозом; гіперліпідемією; хронічною нирковою недостатністю; дією медикаментів і токсинів.

- Ідіопатичний:

- раннього початку (біль);

- пізнього початку (біль відсутній у 50 %, швидкий розвиток кальцифікації, екзо- і ендокринної недостатності);

- тропічний;

- тропічний кальцифікуючий панкреатит;

- фіброкалькульозний панкреатичний діабет.

- Спадковий:

- аутосомно-домінантний:*

- мутації катіонного трипсиногену (в кодонах 29 і 122), аутосомно-рецесивний:

- мутації CFTR (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator);

- мутації SPINK1 (serine protease inhibitor, kazal type 1);

- мутації катіонного трипсиногену (кодони 16, 22, 23);

- мутації α 1-антитрипсину:

- аутоімунний:*

- ізольований аутоімунний;

- аутоімунний у рамках системного IgG4-асоційованого захворювання;

- асоційований із синдромом Шегрена;

- асоційований із запальними захворюваннями товстої кишки;

- асоційований із первинним біліарним цирозом.

- ХП внаслідок рецидивуючого і важкого гострого панкреатиту:

- постнекротичний (важкий гострий панкреатит);

- рецидивуючий гострий панкреатит;

- судинні захворювання/ішемічний панкреатит;

- променевий панкреатит.

- Обструктивний:

- розлади сфінктера Одді (стеноз або дискінезія);

- обструкція протоки (наприклад, пухлина);

- періампулярні кісти дванадцятипалої кишки.

Посттравматичні рубці панкреатичних проток (ускладнення ендоскопічних процедур – папілосфінктеротомії, екстракції конкрементів та ін.).

Pancreas divisum.

- Токсичні фактори.

Алкоголь

Алкоголь є причиною 60–70 % випадків ХП. Доза щоденного вживання алкоголю, при якій ХП виникає протягом 10–15 років, становить приблизно 60–80 мл/добу. Стать, спадкові та інші чинники можуть грати базову роль, у результаті чого термін «Токсичний панкреатит» не обов'язково є наслідком зловживання алкоголем. Паління суттєво посилює дію алкоголю, підвищуючи ризик розвитку та прогресування ХП. Існує кілька способів виявлення осіб, що зловживають алкоголем. Тест на виявлення порушень, пов'язаних зі вживанням алкоголю (AUDIT), дозволяє провести достовірну оцінку, але вимагає перекладу традиційних величин у стандартні дози прийому. Паддінгтонський алкогольний тест (ПАТ) займає мало часу і порівнюється за чутливістю з AUDIT.

Паління

Відношення ймовірності розвитку ХП для курців порівняно з особами без цієї шкідливої звички коливається від 7,8 до 17,3; ризик збільшується з підвищенням кількості цигарок за день. Паління – незалежний фактор ризику розвитку ХП.

Дієта

Залежність між білково-калорійною недостатністю, присутністю в дієті будь-яких певних продуктів, а також гіпертригліцеридемією, іншими гіперліпідеміями і ХП не встановлена.

Спадкові фактори

Мутації гена катіонного трипсिनотрипсиногену призводять до розвитку спадкового панкреатиту. У хворих на ХП симптоми зазвичай виникають у віці до 20 років, на цьому тлі помітно підвищується ризик розвитку аденокарциноми підшлункової залози. У пацієнтів з ідіопатичним ХП виявлені мутації гена CFTR та інгібітора трипсину (PST1 або SPINK1).

Обструкція проток

Станами, пов'язаними з розвитком обструктивного ХП, є травма, наявність конкрементів, помилкові кісти і пухлини. Точно не встановлено, чи виникає ХП на тлі pancreas divisum і дисфункції сфінктера Одді.

Імунологічні фактори

Аутоімунний панкреатит (АІП) може виникати ізольовано або в поєднанні з синдромом Шегрена, запальними захворюваннями кишечника і багатьма іншими аутоімунними захворюваннями. Клінічно значущі показники сироватки крові для діагностики АІП включають гіпергаммаглобулінемію, підвищення рівня IgG4 і наявність визначених аутоантитіл (антинуклеарні антитілі до лактоферину, до карбоангидрази II і гладенької мускулатури). Важливим моментом є виявлення даного стану, оскільки він добре підда-

ється лікуванню кортикостероїдами. Діагностичні критерії АПП (система HiSORT) включають в себе наступні групи ознак:

- морфологічні ознаки («Histology») – перидуктальний лімфоплазмочитарний інфільтрат на облітеруючий флебіт, з фіброзом у вигляді завихрень і/або лімфоплазмочитарної інфільтрації з фіброзом у вигляді завихрень з великою кількістю IgG4- позитивних клітин ≥ 10 у п/з;

- результати методів променевої діагностики («Imaging») – дифузне збільшення підшлункової залози із запізнілим накопиченням контрасту у вигляді «обідка», дифузна нерівномірність головної панкреатичної протоки;

- серологічні маркери («Serology») – підвищення рівня IgG4 сироватки (8–140 мг %);

- залучення інших органів («Other organ involvement») – стриктури жовчних проток, фіброзування заочеревинної клітковини, ураження слинних/слизних залоз, лімфоаденопатія середостіння;

- відповідь на лікування («Response to steroid therapy») – позитивний ефект від призначення 30–40 мг/добу преднізолону протягом 1 міс.

Діагностичні критерії дають наступні рівні ймовірності виявлення АПП.

Рівень А – типові гістологічні ознаки. Наявність однієї або більше з таких ознак: ділянка тканини з характерними особливостями лімфоплазмочитарного склерозуючого панкреатиту, ≥ 10 IgG4 + клітин в п/з на тлі лімфоплазмочитарної інфільтрації.

Рівень В – типові лабораторно-інструментальні дані. Наявність усіх ознак: дифузне збільшення ПЗ за даними комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії (КТ, МРТ) з відстроченим контрастним посиленням і наявністю обідка («капсула»), дифузна нерівномірність просвіту дистальної протоки підшлункової залози при ендоскопічній ретроградній панкреатотокографії (ЕРПГ), підвищення вмісту IgG4 у сироватці крові.

Рівень С – позитивна відповідь на стероїдні гормони. Наявність усіх ознак: виключення всіх інших причин ураження ПЗ; підвищення рівня IgG4 сироватки або ураження інших органів, підтверджене виявленням великої кількості IgG4 + клітин; зникнення/значне поліпшення панкреатичних або позапанкреатичних змін на тлі терапії стероїдами.

Інші й рідкісні метаболічні фактори.

До доведених причин ХП відносяться хронічна ниркова недостатність і гіперпаратиреоз, ішемічне ураження при атеросклерозі мезентеріальних судин, тоді як роль лікарських засобів і токсичних речовин залишається точно не доведеною.

Морфологія

Для ХП характерний вогнищевий фіброз з руйнуванням паренхіми ектокриної частини ПЗ, фіброз із нерівномірним, вогнищевим розподілом у міждолевий простір, розширення панкреатичних прострумів, гіперплазія і метаплазія протокового епітелію і формування кіст; ізольований внутрішньочастковий фіброз не специфічний для ХП.

При алкогольному ХП виникають білкові пробки, камені в ПЗ.

При аутоімунній етіології морфологічно виявляють склерозуючий панкреатит з лімфоплазмоцитарної інфільтрації; виявляється рясна (більше 10 клітин у п/з) інфільтрація тканини ПЗ IgG4-позитивними клітинами з двома або більше з таких ознак: перидуктальна лімфоплазматична інфільтрація, облітеруючий флебіт, вихровий фіброз.

Аутоімунний панкреатит (АІП) поділяють на два варіанти: тип 1 – панкреатит із переважанням склерозування за участі лімфо- та плазмоцитів і тип 2 – з переважанням ідіопатичної деструкції проток.

При 1-му типі АІП (лімфоплазмоцитарний склерозуючий панкреатит) протоковий епітелій збережений, виражений облітеруючий флебіт.

При 2-му типі (ідіопатичний продуктоцентричний панкреатит) визначається гранулоцитарна деструкція протокового епітелію, характерні перидуктальна лімфоплазматична інфільтрація, характерна інфільтрація стінки проток нейтрофілами.

При тривалому перебігу ХП зростає ризик розвитку аденокарциноми ПЗ. Гістологічні зміни, що в результаті призводять до раку, розвиваються повільно і поступово. Попередником раку ПЗ може бути панкреатична інтраепітеліальна неоплазія (pancreatic intraepithelial neoplasia – PanIN) – специфічні морфологічні зміни в стінках проток. Розрізняють 3 ступені PanIN. При PanIN-1 визначається плоский (PanIN-1A) або папілярний (PanIN-1B) слизовий епітелій без ознак клітинної атипії, при PanIN-2 – атипія клітин із переважанням папілярного епітелію. При PanIN-3 спостерігаються значні аномалії в будові клітинних ядер, аномальні мітози і відшнуровування клітин у просвіт проток (відповідає раку на місці).

ПАТОГЕНЕЗ ХП

Паренхіма ПЗ складається з ендокринної та екзокринної залозистої тканини. Ацинарні клітини, що складають екзокринну залозисту тканину, продукують травні ферменти в неактивній формі (зимогени), які видаляються в протоки, що містять бікарбонат натрію, і далі – в тонку кишку, де відбувається їхня активація. Цей процес, якщо він проходить у ПЗ, здатен викликати виражену деструкцію залози, з приводу чого екзокринна частина органа має сильну захисну систему регуляції активності зимогенів.

При порушенні захисної системи травні ензими зумовлюють пряме ураження паренхіми органа, що разом з імунною відповіддю, яка розвивається в подальшому, клінічно проявляється як панкреатит.

При ХП стан, що розвивається в результаті панкреатичного ураження з наступною імунною відповіддю, сприяє цитотоксичному ураженню ацинарних клітин. Активація імунної системи супроводжується протизапальною відповіддю (інтерлейкіни та ін.) і наступною стимуляцією процесів фіброзу, що протікає за участю активованих панкреатичних зірчастих клітин.

Патогенетичні аспекти алкогольного ХП

Хронічне вживання алкоголю викликає пряме ураження клітин ацинусів ПЗ та внутрішньопротоковий викид білка з подальшою кальцифікацією клітин. Підвищується тиск секрету, що призводить до розширення проток. У подальшому розвивається запалення та фіброз клітин або навіть їхній некроз. Це призводить до розвитку псевдокист та екзо- і ендокринної недостатності ПЗ.

Патогенетичні аспекти біліарного ХП

ЖКХ, міліарна або дуоденальна гіпертензія, порушення в протоковій та сфінктерній системах міліарної зони, дискінезія ЖВШ, запальні та інші ураження великого дуоденального соска призводять до регургітації в протоки ПЗ жовчі та вмісту 12-палої кишки. Це веде до активації ферментів панкреатичного соку, ураження клітин ацинусів та розвитку хронічного запалення в ПЗ.

Патогенетичні аспекти спадкового ХП

У ході інтенсивних досліджень був відкритий специфічний «ген сприйнятливості» – PRSS1 (англ. *Protease, serine 1*), що кодує структуру катіонного трипсиногену, мутації якого вірогідно виявляють в родинах хворих на спадковий ХП. В результаті такої мутації спотворюється структура аутолітичного місця, що забезпечує швидке саморуїнування молекули в середовищі з низьким вмістом іонів кальцію. Низька концентрація цих іонів запобігає активації трипсином специфічної пептидної ділянки трипсиногену. При високих же концентраціях кальцій зв'язується з рештками аспарагінової кислоти на ділянці активаційного пептиду трипсиногену, в результаті чого настає швидка активація трипсиногену трипсином.

Зниження секреції та рівня SPS-білків у результаті зовнішнього впливу (алкоголь, хімічні речовини) або генетичних дефектів сприяють підвищенню концентрації Ca^{+} в панкреатичному соку. Кальцій стимулює мікрокристалізацію та утворення кальцинатів у протоках ПЗ, що призводить до їх закупорки з подальшою дилатацією. Розвивається підвищення внутрішньопротокового тиску з подальшою дифузною атрофією ацинарного апарату та розвитком фіброзу.

Для визначення патогенетично-функціонального варіанту ХП необхідно враховувати наступне. При ураженні ацинарних клітин ферменти, що в них знаходяться, потрапляють в інтерстиціальну рідину, потім у лімфу і кров, а пізніше з'являються в сечі. Панкреатичні ферменти також проникають у кров із секреторних ходів та проток ПЗ. Крім того, ферменти всмоктуються в проксимальних відділах тонкої кишки, тобто підвищення рівня ферментів у крові та сечі може бути пов'язано з деструкцією ацинарних клітин, підвищенням внутрішньопротокового тиску. Такі захворювання звуться гіперферментними, бо вони супроводжуються феноменом «відхилення» ферментів у кров («відхиляють» від звичайного шляху екскреції).

При декомпенсації екзокринної функції органа вона знижується, зменшується продукція ферментів та їх вміст у крові і дуоденальному вмісті. Такі захворювання ПЗ називають гіпоферментними.

Вибір лікувальної тактики залежить від того, чи є ХП гіпо- або гіперферментним.

Клініка вираженого ХП характеризується:

- больовим синдромом (85 %);
- диспептичним синдромом;
- синдромом мальабсорбції;
- втратою маси тіла;
- синдромом ендокринної недостатності (порушення толерантності до глюкози або цукровий діабет).

У 20–25 % випадків спостерігається латентний перебіг захворювання.

Залежно від етіології ХП у клінічній картині переважають різні синдроми. Так, при алкогольному ХП частіше зустрічаються кальцифікація ПЗ (58 %), екзокринна недостатність (42 %).

Больовий синдром при ХП може проявлятися:

- типовим болем оперізувального характеру;
- виразковим болем;
- болем за типом лівосторонньої ниркової кольки;
- синдромом правого підребер'я, який у 30–40 % випадків супроводжується жовтяницею;
- дисмоторним характером або бути розповсюдженим, без чіткої локалізації.

Чинниками механізмами розвитку больового синдрому при ХП може бути гостре запалення ПЗ; підвищення внутрішньопотокового тиску внаслідок обструкції та дилатації панкреатичних і жовчних проток; тиск збільшеної та запаленої ПЗ на нервові сплетення; ішемія тканини ПЗ; формування псевдокист; стеноз та дискінезія спадного відділу 12-палої кишки; наявність та загострення супутніх захворювань, а також наркотична залежність.

Диспептичний синдром проявляється нудотою, відрижкою, багаторазовим блюванням.

Синдром мальабсорбції характеризується наявністю метеоризму, болю в кістках, діареї 3–10 разів на добу з поліфекалією, стеатореєю та креатореєю.

Дані при фізикальному огляді хворого:

- яскраво-червоні плями на шкірі живота і грудей (симптом «червоних краплинок»);
- симптом Гротта – атрофія підшкірно-жирової тканини у зоні проєкції підшлункової залози;
- наявність жовтяниці, або блідість шкіри;
- зниження вологості та тургору шкіри;
- язик обкладений і сухий, сосочки згладжені;
- живіт збільшений при метеоризмі;

- болючість у зоні Шоффара, Губерґріца-Скульського, точці Дежардена, Мейо–Робсона;
- наявність на шкірі зон гіпералгезії Захар'їна-Геда.

Діагностика та диференційна діагностика ХП. Критерії діагностики ХП

№ з/п	Критерій	Характеристика	Метод визначення
1	Біль	Локалізується у верхній частині живота, частіше в середині та/або в лівому підребер'ї, іноді в правому підребер'ї. Біль посилюється через 15–25 хв після прийому їжі (особливо жирної, гострої), вживання алкоголю. Біль віддає у попереk – тільки в ліву половину або в обидві половини попереку. Біль зменшується при прикладанні холоду на ліве підребер'я, при голодуванні	Опитування
		Болісність в проекції ПЗ при пальпації	Фізикальне обстеження
2	Зміни паренхіми та протоків ПЗ	Наявність атрофії паренхіми, осередків запалення, кальцифікатів, аномалії протоків ПЗ, розширення протоків, ущільнення їх стінок, наявність кальцинатів у протоках, зміни ехогенності та неоднорідності паренхіми, ущільнення паренхіми	УЗД КТ МРТ/МРХПГ Ендоскопічне УЗД ЕРХПГ
3	Ознаки зовнішньо-секреторної недостатності ПЗ	Випорожнення з ознаками мальдигестії – кашкоподібне випорожнення 2–3 рази на добу, «велике панкреатичне випорожнення» (об'ємне, смердюче, сіруватого кольору з блискучою поверхнею – жирне), ліентерея (макроскопічно видимі залишки неперетравленої їжі в калі), зниження показників функціональних тестів (фекальний еластазний тест та/або тригліцеридний дихальний тест; антропометричних показників – індексу маси тіла, вимірювання окружності плеча на рівні його середини, товщини складки шкіри над трицепсом і сили стиснення рукою; показників нутритивного статусу – преальбуміну, ретинол-зв'язуючого білка, 25-ОН холекальциферолу (вітаміну D), мінералів/мікроелементів (зокрема сироваткового заліза, цинку та магнію)	Опитування (в т. ч. за опитувальником PEI) антропометрія, біохімічні та функціональні дослідження
		Нудота, блювання, що не приносить полегшення, метеоризм, відрижка тощо	Опитування
		Втрата маси тіла, прояви гіповітамінозу (особливо А, D, Е, К)	Опитування, фізикальне обстеження
4	Ознаки ендокринної недостатності ПЗ	Спрага, полідипсія (підвищене споживання води), поліурія (збільшення діурезу), втрата маси тіла	Опитування
		Гіперглікемія: рівень глюкози крові натщесерце ≥ 126 мг/дл і / або HbA1c $\geq 6,5$ %.	Лабораторне дослідження

Диференційна діагностика

Диференційна діагностика ХП проводиться з метою довести наявність даного захворювання, виключити інші захворювання, які можуть супроводжуватися подібними скаргами, а саме:

Захворювання шлунково-кишкового тракту

1. Гострий панкреатит.
2. Гострий холецистит.
3. Обструкція проток жовчного міхура/каміння.
4. Гострий апендицит.
5. Дивертикулярний абсцес.
6. Парез шлунка.
7. Обструкція кишечника.
8. Синдром подразненого кишечника.
9. Мальабсорбція іншої етіології.
10. Хвороба Крона.
11. Пептична виразка.
12. Неспецифічний виразковий коліт.
13. Пухлини ПЗ.

Захворювання серцево-судинної системи

1. ІХС, особливо абдомінальна форма інфаркту міокарда.
2. Гостра ішемія або інфаркт тонкого кишечника.
3. Запалення аневризми черевної аорти.
4. Тромбоз мезентеріальних судин.

Захворювання статеві системи

1. Гострий сальпінгіт (запалення маткових труб).
2. Позаматкова вагітність.
3. Ендометріоз.
4. Кіста яєчника.
5. Рак яєчника.

Інші чинники

1. Грудна радикулопатія.
2. Сечокам'яна хвороба.

КЛАСИФІКАЦІЯ ХП

МКБ-10

К 86.0 Алкогольний ХП

К 86.1 Інші форми ХП

Інфекційний

Безперервно рецидивуючий

Зворотній (рецидивуючий)

К 86.2 Кіста ПЗ

К 86.3 Псевдокісти ПЗ

К 86.8 Інші не уточнені захворювання ПЗ

Атрофія

Літіаз
Фіброз
Цироз
Панкреатичний інфантилізм
Некроз: асептичний, жировий

К 90.1 Панкреатична стеаторея

Клінічна класифікація ХП

(Узагальнені дані – 1-й Міжнародний симпозиум панкреатологів, 1963; Кембриджська конференція, 1983; 2-й Марсельський симпозиум, 1984; Міжнародна Римська конференція, 1988)

ХП класифікується:

1. За етіологією:
 - біліарнозалежний;
 - алкогольний;
 - дисметаболічний;
 - інфекційний;
 - лікарський;
 - аутоімунний;
 - ідіопатичний.
2. За клінічними проявами:
 - больовий;
 - диспептичний;
 - поєднаний;
 - латентний.
3. За морфологічними ознаками:
 - інтерстиціально-набряклий;
 - паренхіматозний;
 - фіброзно-склеротичний;
 - гіперпластичний;
 - кістозний.
4. За характером клінічного перебігу:
 - рідко рецидивуючий;
 - часто рецидивуючий,
 - із постійно присутньою симптоматикою.

Розрізняють легкий, середньої тяжкості та тяжкий перебіг ХП.

Легкий перебіг характеризується рідкісними та короткочасними загостреннями (не частіше 1–2 разів на рік), що легко та швидко купірується. Відсутні ознаки функціональної недостатності ПЗ, маса тіла не знижена, загальний стан хворого задовільний.

При середній тяжкості загострення виникають 3–4 рази на рік, больовий синдром більш інтенсивний та тривалий, виражений феномен «відхилення» ферментів у кров, порушення зовнішньосекреторної та рідше інкреторної

функції ПЗ помірні та зворотні. Маса тіла, що знизилася під час атаки захворювання, після купірування загострення відновлюється.

Тяжкий перебіг – часті та тривалі загострення (або безперервно рецидивуючий перебіг) зі стійким та вираженим больовим та диспептичним синдромами, ознаками мальдигестії та мальабсорбції, типовим «панкреатичним» випорожненням зі стеатореєю, панкреатичним цукровим діабетом і прогресуючим виснаженням хворого.

Особливості перебігу

Хронічний кальцифікуючий панкреатит – найчастіша форма, переважно алкогольного генезу – характеризується нерівномірним розподілом вогнищ руйнування тканини з внутрішньопроковими пробками та каменями, атрофією, стенозуванням панкреатичних проток.

Структурні та функціональні зміни прогресують навіть тоді, коли ліквідована первинна причина захворювання. Етіологічним чинником звичайно є хронічне зловживання алкоголем, дієта з низьким вмістом білка (квашіоркор), низько- або високоліпідні дієти, гіперкальціємія. Також мають місце спадкові варіанти. Кальцифікуючий панкреатит може розвиватися внаслідок прийому деяких лікарських препаратів – азатіоприну, гіпотіазиду, сульфаніламідів та ін.

Патогенез значною мірою пов'язаний із недостатністю секреції літостатину – білка панкреатичних каменів, PSP, який запобігає преципітації солей кальцію.

Ця форма захворювання має схильність до загострень та ускладнень (панкреонекроз), що загрожують життю хворого. Особливо вірогідний розвиток атаки після алкогольного ексцесу.

Хронічний обструктивний панкреатит – результат обструкції головної панкреатичної протоки за рахунок пухлини, стриктури або папілярного стенозу. Зустрічається не часто – характеризується лізисом та частковою обструкцією залоз; протоковий епітелій завжди збережений; панкреатичні камені та кальцифікація не спостерігаються.

Ураження розвивається рівномірно дистальніше за місце обструкції. Характерні дифузна атрофія та фіброз екзокринної тканини ПЗ при збереженні протокового епітелію в місці обструкції.

Основні причини обструктивного ХП – пухлини, що закупорюють протоки ПЗ, стеноз фатерова соска, псевдокісти або рубці після гострого панкреатиту, травми, що звужують просвіт протоки ПЗ.

Запальний ХП характеризується атрофією паренхіми ПЗ, яка заміщується ділянками фіброзу, що інфільтрований мононуклеарами. У вітчизняній літературі запальний ХП нерідко називають інфільтративно-фіброзним.

Фіброз ПЗ – дифузний фіброз ПЗ (пери- та інтралобулярний), що супроводжується втратою значної частини паренхіми та характеризується прогресуючою зовнішньо- та внутрішньосекреторною недостатністю ПЗ

та є результатом інших форм ХП. Ця форма у вітчизняній літературі часто має назву фіброзно-склерозуючого або індуративного ХП.

Лікування ХП згідно з Наказом МОЗ України від 04.07.2023 № 1204 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Хронічний панкреатит»

Первинна медична допомога

Профілактика

Первинна профілактика ХП передбачає уникнення факторів, які проковують виникнення ХП (паління, надмірне вживання алкоголю); збалансоване харчування, нормалізація маси тіла, уникання переїдання; виявлення та лікування метаболічних порушень, що є факторами ризику виникнення ХП (ожиріння, гіпертригліцеридемія); своєчасну (ранню) діагностику жовчнокам'яної хвороби, хронічного холециститу з наявністю в жовчному міхурі біліарного сладжу.

Обґрунтування

Ризик ХП зростає експоненціально (пропорційно швидкості збільшення самого ризику – чим більше значення має ризик, тим швидше він зростає), а конкретний вид споживаного алкоголю не має значення. Кількість і тривалість споживання алкоголю, необхідні для розвитку ХП, поки однозначно не встановлено. Деякі дані говорять про вживання алкоголю на рівні не менше 80 г/добу (в перерахунку на чистий етанол) протягом як мінімум шести років.

Паління є незалежним фактором ризику ХП. Оскільки воно призводить до прогресування ХП, всім пацієнтам слід рекомендувати кинути палити. Крім того, існують дані стосовно виникнення ХП у хворих з ожирінням, при вживанні їжі з великим вмістом жиру та недостатнім вживанням харчових волокон, переїданні. Жовчнокам'яна хвороба є причиною більш, ніж половини випадків ХП в Україні. Корекція способу життя є обов'язковою складовою лікування та профілактики подальшого розвитку ХП.

Необхідні дії лікаря

Надавати інформацію пацієнтам щодо необхідності уникати впливу факторів ризику розвитку ХП, що пов'язані зі способом життя та з оточуючим середовищем відповідно до додатку 1 до УКПМД.

Попередній діагноз ХП має бути підтверджений лікарем гастроентерологом.

Діагностика

Обґрунтування

Діагноз хронічного запалення ПЗ встановлюється і підтверджується на основі наявних симптомів, результатів візуалізації з метою визначення структури ПЗ: ультразвукове дослідження (УЗД), тестів екзокринної (копроскопія, фекальний еластазний тест) та ендокринної (рівень глюкози крові, глікований гемоглобін) функції ПЗ.

УЗД органів черевної порожнини та жовчного міхура необхідне для діагностики панкреатиту та диференційної діагностики із жовчнокам'яною

хворобою, яка також проявляється абдомінальним болем та може спровокувати розвиток біліарного панкреатиту. Важливо зауважити, що УЗД є скринінговим методом і виявляє тільки такі суттєві зміни ПЗ, як кальцинати проток, кальцифікати паренхіми, великі кістозні утворення. За відсутності таких змін діагноз ХП не виключається. За наявності дифузних змін ПЗ діагноз ХП не вважається підтвердженим, потрібні додаткові методи візуалізації на етапі надання спеціалізованої медичної допомоги: КТ, МРТ, МРХПГ, а в складних випадках – ендоУЗД.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Детальне збирання скарг та анамнестичних даних включає оцінку наявності специфічного больового синдрому; симптомів зовнішньосекреторної недостатності ПЗ, симптомів внутрішньосекреторної недостатності ПЗ.

Фізикальне обстеження включає огляд з метою виявлення ознак ХП.

Лабораторні методи обстеження включають визначення рівня глюкози крові, амілази крові та сечі, глікованого гемоглобіну, виконання копроскопії, направлення на фекальний еластазний тест.

Інструментальні методи обстеження включають направлення пацієнта на УЗД органів черевної порожнини та жовчного міхура; ЕКГ.

Скерувати пацієнта на консультацію до:

– хірурга – за наявності таких тривожних симптомів, як лихоманка, інтоксикація, виражений больовий синдром, немотивована втрата маси тіла, при підозрі на гострий панкреатит, за наявності ускладнень – негайно, а також у разі виявлення при УЗД кальцинатів та/або кальцифікатів ПЗ, кістозних утворень ПЗ, підозрі на пухлину, розширення панкреатичної протоки конкрементів жовчного міхура;

– гастроентеролога для підтвердження або уточнення діагнозу ХП;

– ендокринолога – за наявності симптомів цукрового діабету.

Подальше спостереження

Пацієнт з ХП перебуває на обліку у лікаря загальної практики–сімейного лікаря, який веде необхідну медичну документацію, сприяє виконанню пацієнтом рекомендацій фахівців та призначає за необхідності симптоматичне лікування.

Метою моніторингу пацієнта з ХП є раннє виявлення ендокринної і екзокринної недостатності ПЗ та ускладнень. Оскільки екзокринна та ендокринна недостатність часто формується у пацієнтів із хронічним запаленням ПЗ за 8–20 років після виявлення хвороби, періодичне визначення рівня глюкози крові натщесерце, HbA1c (хоча б раз на рік при вихідних нормальних показниках, а при вихідному підвищенні частіше – за необхідності, але хоча б раз на три місяці), результатів фекального еластазного тесту (при вихідних нормальних показниках 1 раз на три роки, а при вихідному зниженні – 1 раз на рік) є важливими заходами спостереження.

Пацієнти зі зміною типу болю, втратою маси тіла і/або жовтяницею повинні бути обстежені на рак підшлункової залози.

У пацієнтів із пептичною виразкою ДПК з ускладненнями і пептичною виразкою шлунка повинна бути проведена контрольна ендоскопія. У таких випадках терапевтичний контроль представляє собою поєднання уреазного тесту і гістологічне дослідження біопсії з антрума і тіла шлунка.

Дослідження показали, що модифікація способу життя, повна відмова від вживання алкоголю та тютюну, підвищення фізичної активності сприяють покращенню виживаності.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Забезпечити записи в Медичній карті амбулаторного хворого (форма № 025/о) та контроль дотримання плану спостереження, що наведений у пункті 3.2 розділу III цього УКПМД. Надавати рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень повної відмови від вживання алкоголю та тютюну на основі інформації, наведеної у *додатку 1*.

Спеціалізована медична допомога

Профілактика

Положення протоколу

Профілактика ХП передбачає уникнення факторів, які провокують виникнення ХП (паління, надмірне вживання алкоголю); збалансоване харчування, нормалізація маси тіла, уникнення переїдання; виявлення та лікування захворювань жовчовивідної системи, особливо жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ), гіпертригліцеридемії.

Обґрунтування

Ризик ХП зростає експоненціально (пропорційно швидкості збільшення самого ризику – чим більше значення має ризик, тим швидше він зростає), а конкретний вид споживаного алкоголю не має значення. Кількість і тривалість споживання алкоголю, необхідні для розвитку ХП, поки однозначно не встановлено. Деякі дані говорять про вживання алкоголю на рівні не менше 80 г/добу (в перерахунку на чистий етанол) протягом як мінімум шести років.

Паління є незалежним фактором ризику ХП. Оскільки паління призводить до прогресування ХП, всім пацієнтам слід рекомендувати кинути палити. Крім того, існують дані стосовно виникнення ХП у хворих з ожирінням, при вживанні їжі з великим вмістом жиру та недостатнім вживанням харчових волокон, переїданні. Жовчнокам'яна хвороба є причиною більш, ніж половини випадків ХП в Україні. Корекція способу життя є обов'язковою складовою лікування та профілактики подальшого розвитку ХП.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Надавати інформацію пацієнтам щодо необхідності уникати впливу факторів ризику розвитку ХП, що пов'язані зі способом життя та з навколишнім середовищем відповідно до *додатку 1*.

Діагностика

Положення протоколу

Діагностичні заходи спрямовані на встановлення діагнозу ХП, диференційну діагностику з іншими захворюваннями, оцінку ризику тяжких ускладнень ХП.

Обґрунтування

Діагноз хронічного запалення ПЗ встановлюється і підтверджується на основі симптомів, наявних у пацієнта, тестів екзокринної та ендокринної функції ПЗ, оцінки трофологічного статусу (фекальний еластазний тест та/або тригліцеридний дихальний тест; антропометричні показники – індекс маси тіла, вимірювання окружності плеча на рівні його середини, товщини складки шкіри над трицепсом і сили стиснення рукою; показники нутритивного статусу – преальбумін, ретинол-зв'язуючий білок, 25-ОН холекальциферол (вітамін D) і мінерали/мікроелементи, зокрема сироваткове залізо, цинк і магній), оцінки за допомогою методів візуалізації морфологічних змін ПЗ, які зазвичай є помітними на пізній стадії, але важко виявляються на ранніх стадіях. КТ, МРТ (МРХПГ), УЗД є кращими методами візуалізації для діагностики ХП.

Значне зменшення рівня фекальної еластази є підставою підозрювати наявність екзокринної недостатності ПЗ. Зниження антропометричних показників та показників трофологічного статусу підтверджують наявність зовнішньосекреторної недостатності ПЗ.

Критеріями для встановлення діагнозу цукрового діабету є рівень глюкози крові натще ≥ 126 мг/дл і / або $\text{HbA1c} \geq 6,5$ %.

У разі сполучення ХП з іншими аутоіммунними захворюваннями (наприклад, з аутоіммунним гепатитом, первинним склерозуючим холангітом, первинним біліарним холангітом, аутоіммунним тиреоїдитом та ін.) необхідно виключити аутоіммунний панкреатит (визначити рівень IgG4 крові).

Необхідні дії

Обов'язкові:

Детальне збирання скарг та анамнестичних даних включає оцінку наявності специфічного больового синдрому, симптомів зовнішньосекреторної недостатності ПЗ (у т. ч. оцінка за опитувальником PEI); симптомів внутрішньосекреторної недостатності ПЗ.

Фізикальне обстеження включає огляд з метою виявлення ознак ХП відповідно до критеріїв, наведених у пункті 4.1 розділу IV цього УКПМД.

Лабораторні методи обстеження включають біохімічний аналіз крові із визначенням рівня амілази, панкреатичної ізоамілази, ліпази, глюкози (якщо не був зроблений при наданні первинної медичної допомоги), глікованого гемоглобіну та з оцінкою трофологічного статусу (преальбумін, ретинол-зв'язуючий білок, 25-ОН холекальциферол (вітамін D) і мінерали/мікроелементи (включаючи сироваткове залізо, цинк і магній); аналіз сечі із визначенням рівня амілази; копроскопію; визначення фекальної еластази-1 та/або тригліцеридний дихальний тест.

У разі підозри на гіпертригліцеридемічний панкреатит призначити аналіз крові із визначенням ліпідограми.

Інструментальні методи обстеження включають УЗД органів черевної порожнини та жовчного міхура (якщо це не було зроблено при наданні первинної медичної допомоги), КТ, за необхідності МРТ (МРХПГ), у складних випадках ендоУЗД; ЕГДС з оглядом ретробульбарного відділу 12-палої кишки; оцінку щільності кісткової тканини методом подвійної енергетичної рентгенівської абсорбціометрії; ЕКГ.

Скерувати пацієнта на консультацію до фахівців: хірурга – за наявності тривожних симптомів (лихоманка, інтоксикація, виражений больовий синдром, немотивована втрата маси тіла), при підозрі на гострий панкреатит, за наявності ускладнень, а також у разі виявлення при УЗД кальцинатів та/або кальцифікатів ПЗ, кістозних утворень ПЗ, при підозрі на пухлину, розширенні панкреатичної протоки конкрементів жовчного міхура; онколога – при підозрі щодо злоякісного новоутворення; ендокринолога – за наявності симптомів цукрового діабету.

Бажані:

Визначення генних мутацій у PRSS1, CFTR, і SPINK1 CTRC пацієнтам з ХП невідомої етіології та сімейним анамнезом ХП.

У разі поєднання ХП з іншими аутоімунними захворюваннями (наприклад, з аутоімунним гепатитом, первинним склерозуючим холангітом, первинним біліарним холангітом, аутоімунним тиреоїдитом та ін.) необхідно виключити аутоімунний панкреатит (визначити рівень IgG4 крові).

Лікування

Положення протоколу

Лікування ХП передбачає оптимальне поєднання медикаментозних і немедикаментозних засобів. При загостренні ХП, ускладненому перебігу, за необхідності хірургічного втручання лікування здійснюється в умовах стаціонару, подальше спостереження проводиться амбулаторно.

Обґрунтування

Доведено, що алкоголь та тютюн є значущими чинниками хронічного запалення ПЗ, а тривале їх вживання пов'язане з негативним прогнозом. Перш, ніж почати лікування розладів, пов'язаних із ХП, необхідно виключити інші можливі супутні причини. Знеболювальні лікарські засоби мають застосовуватись в ефективних дозах з відповідними інтервалами з моніторингом ниркової, дихальної та печінкової функції. Показане інвазивне лікування болю (ендоскопічне, хірургічне) у пацієнтів з ХП при неефективності медикаментозного лікування.

Пероральна ензимотерапія показана пацієнтам з ознаками зовнішньосекреторної недостатності ПЗ (клінічними, лабораторними, функціональними).

Лікарські форми препаратів – мінімікросфери або мікросфери з ентеророзчинним покриттям продемонстрували більшу ефективність при

лікуванні екзокринної недостатності підшлункової залози. Інгібування секреції кислоти інгібіторами протонної помпи покращує ефективність ензімо-терапії ентеророзчинними мінімікросферами у пацієнтів, які недостатньо відповіли на монотерапію ферментами.

Підтримка адекватного раціону, виправлення дефіциту поживних мікро-елементів, застосування ферментів підшлункової залози і лікування болю показали позитивний вплив на стан хворих з хронічним панкреатитом.

Подальше спостереження

Положення протоколу

Пацієнти з ХП мають проходити періодичні огляди з метою раннього виявлення ендокринної і екзокринної недостатності, загострень та ускладнень захворювання.

Обґрунтування

Оскільки екзокринна та ендокринна недостатність ПЗ часто формується у пацієнтів зі хронічним запаленням ПЗ за 8–20 років після виявлення хвороби, потрібне щорічне визначення рівня глюкози крові натщесерце, HbA1c хоча б 1 раз на рік при вихідних нормальних показниках, а при вихідному підвищенні частіше.

За потреби, але хоча б раз на три місяці, визначають результати фекального еластазного тесту (при вихідних нормальних показниках 1 раз на три роки, а при вихідному зниженні – 1 раз на рік).

Слід регулярно проводити оцінку щільності кісткової тканини методом подвійної енергетичної рентгенівської абсорбціометрії (призначати кожному хворому при діагностиці хронічного панкреатиту, а якщо виявлено зниження щільності, то повторюємо денсиметрію один раз на 2 роки).

Пацієнти зі зміною типу болю, втратою маси тіла і/або жовтяницею повинні бути обстежені на рак підшлункової залози.

Дослідження показали, що модифікація способу життя, повна відмова від вживання алкоголю та тютюну, підвищення фізичної активності сприяє покращенню виживаності.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

Забезпечити записи в Медичній карті амбулаторного хворого (форма № 025/о) результатів планових обстежень.

Планові огляди пацієнта з ХП проводяться 2 рази на рік або на вимогу та передбачають наступні заходи.

Збирання анамнезу, фізикальне обстеження з метою виявлення тривожних симптомів, оцінки обтяжливих факторів.

Визначання рівня глюкози крові та глікованого гемоглобіну: при вихідних нормальних показниках – 1 раз на рік, а при вихідному підвищенні – 1 раз на три місяці.

Фекальний еластазний тест: при вихідних нормальних показниках – 1 раз на три роки, а при вихідному зниженні – 1 раз на рік.

Оцінка щільності кісткової тканини методом подвійної енергетичної рентгенівської абсорбціометрії, якщо при встановленні діагнозу виявлено зниження щільності – один раз на 2 роки.

УЗД ПЗ, за необхідності КТ та/або МРТ (МРХПГ), ендоУЗД.

Пацієнтам зі спадковим ХП призначається КТ для скринінгу раку ПЗ – щорічно. Скринінг повинен початися у віці 45 років або за 15 років до наймолодшого віку, в якому випадок раку ПЗ зафіксовано в цій родині.

Інші обстеження виконуються згідно зі скаргами та даними фізикального обстеження.

При планових візитах під час спостереження надавати рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень повної відмови від вживання алкоголю та тютюну.

Немедикаментозне лікування

Повна відмова від вживання алкоголю, паління.

Харчування при захворюваннях ПЗ за своїм кількісним і якісним складом та енергетичною цінністю повинно відповідати фізіологічним потребам людини. Дієтотерапія повинна проводитись залежно від характеру та стадії захворювання, ступеню порушень метаболічних процесів, наявності супутньої патології.

Дієта при ХП повинна містити оптимальну кількість білка (80–100 г/добу, з них тваринних – 45–50 г/добу), помірно обмежуються жири (до \approx 60 г/добу, з них рослинних – 25–30 г/добу; жир розподіляється рівномірно на 3–4 основних прийоми їжі). За наявності цукрового діабету вуглеводи, що легко засвоюються, мають бути виключені з харчування.

Необхідна відмова від продуктів та страв, що стимулюють шлункову та панкреатичну секрецію (гострі, копчені, смажені, свіжоспечені, солодкі страви, шоколад, какао, кава, прянощі, бульйон, груба клітковина).

Важливим є вид кулінарної обробки (необхідно відварювання, запікання), дотримання режиму прийому їжі (4–6 разів на добу), зменшення кількості солі (до 6–8 г/добу), достатня кількість рідини (1–1,5 л на добу). Температура страв 15–60 °С. Енергетична цінність раціону – 2 000–2 500 ккал/добу.

Додатково рекомендується призначення лікарських препаратів омега-3 жирних кислот, лецитину, жиророзчинних вітамінів після їжі в комбінації з препаратами ферментів.

Медикаментозне лікування

Симптоматичне лікування болю здійснюється згідно з чинними галузевими стандартами медичної допомоги при хронічному больовому синдромі.

Для усунення болю можуть також призначатися спазмолітики, особливо за наявності супутньої біліарної патології.

За наявності симптомів недостатності зовнішньосекреторної функції ПЗ призначаються поліферментні препарати (панкреатин) по 40 000–50 000 ОД ліпази на основний прийом їжі та 20 000–25 000 ОД ліпази на неосновний прийом їжі.

Оцінка замісної ферментної терапії проводиться за динамікою клінічних симптомів мальдигестії (про ефективність свідчать зникнення стеатореї, зменшення або зникнення метеоризму, стабілізація або збільшення маси тіла) та покращення нутритивного статусу пацієнтів.

При недостатній ефективності замісної ферментної терапії слід подвоїти або потроїти дозу ферментного препарату або додати до лікування інгібітор протонної помпи у стандартній дозі 2 рази на день.

Для корекції вітамінної недостатності призначають вітаміни (монопрепарати та комбіновані): менадін/фітоменадін, ретинол, ергокальциферол, токоферол, полівітамінні комплекси, які містять зазначені вітаміни.

При лікуванні загострень та ускладнень ХП в умовах стаціонару з метою детоксикації призначається інфузійна терапія

При необхідності лікування бактеріальних ускладнень ХП призначаються антибактеріальні лікарські засоби відповідно до чинних галузевих стандартів медичної допомоги з раціонального застосування антибактеріальних і антифунгальних препаратів та періопераційної антибіотикопрофілактики.

При вторинному панкреатиті, що розвинувся внаслідок інших захворювань органів травлення, лікування основного захворювання призначається згідно з чинними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

Поетапна схема лікування больового синдрому при ХП

Етап 1.

1. Суворе усунення алкоголю.
2. Ферментна замісна терапія.
3. Дієтичні міри (скорочення тваринних жирів, часте дрібне харчування).

Етап 2.

1. Спазмолітики.
2. Анальгетики – саліцилати.
3. Анальгетики – кодеїну фосфат + парацетамол плюс.
4. Похідні фенотіазиду (трифлуперідол, прометазин) + трициклічний антидепресант (іміпрамін).

Етап 3.

1. Анальгетики центральної дії (пентазоцин, бупренорфін).
2. Поєднання з психотропними засобами.

Лікування зовнішньосекреторної недостатності ПЗ

Легкий ступінь – лікується за допомогою дієтотерапії.

Середньої важкості та важкий ступінь – показано призначення ферментних препаратів з урахуванням їхнього складу та рівня особистих ферментів ПЗ (дослідження дуоденального вмісту та копрограми).

Ферментні препарати: панкреаль Кіршнера, лікреаз, креон, панкреатин, дигестал, мезим форте, пангрол 10 000, панцитрат, солізим, солмілаза, фестал Н та ін.

Вимоги до сучасних ферментних препаратів:

- нетоксичність;
- стійкість до дії соляної кислоти та пепсину;
- добра переносимість хворими;
- оптимальна дія при рН 5,0–7,0;
- відсутність суттєвих побічних ефектів

Механізм дії ферментних препаратів:

- первинний – гідроліз харчових субстратів;
- вторинний – зменшення абдомінального больового синдрому та диспепсії

Побічні дії ферментних препаратів:

- болісність у ротовій порожнині;
- подразнення шкіри в періанальній ділянці;
- дискомфорт в животі;
- нудота;
- гіперурикемія;
- фіброзування термінального відрізка клубової кишки з непрохідністю при тривалому прийомі великих доз препарату;
- алергічні реакції.

Корекція тону сфінктера Одді

М-холінолітики – гастроцепін.

Антагоністи кальцію.

Міотропні спазмолітики: но-шпа, папаверин.

Ксантини – еуфілін.

При рубцевому стенозі – ендоскопічна папілосфінктеротомія.

При рефлюксі – блокатори дофамінових рецепторів – сульпірін, еглоніл, церукал, мотиліум, цираприд.

Інгібітори протеаз (ІІІ)

Виділяють природні та штучні ІІІ.

Природні: знижують активність в крові калікреїну, що зменшує синтез брадикініну та призводить до зменшення набряку ПЗ та інтенсивності болю.

Представники: контрикал, гордокс, трасилол, салол, аprotинін, пантрипін.

Штучні: гальмують перехід трипсиногену в трипсин.

Представники: Е-амінокапронова кислота, метилурацил, пентаксил.

Корекція порушень мікроциркуляції

Проводиться за допомогою гепарину, ноотропілу, курантилу, тренталу – препаратів, що сприяють нормалізації мікроциркуляції.

Крім того використовують розчини реополіглокіну (200 мл), реополіглокін-компламін-тренталову суміш, антагоністи фактора активації тромбоцитів – лексипафант (в Україні не зареєстрований).

Лікування ХП, що асоційовані з вірусної інфекцією

Циклоферон, лаферон (Україна); нітрон А (США); роферон А (Швейцарія); реалдирон (Литва); ацикловір (зовіракс, герпевір).

Комбінована імуномодельюча терапія

Циклоферон + метилурацил

Циклоферон + метилурацил+лаферон

Циклоферон + метилурацил+ацикловір

Симптоматична терапія

При гіперферментних ХП

1. Корекція водно-електролітних порушень.
2. Лікування тромбогеморагічного синдрому.
3. Лікування ендотоксикозу.
4. Корекція імунологічного дисбалансу.
5. Використання адаптогенів та антиоксидантів

При гіпоферментних ХП

1. Лікування синдрому мальдигестії та мальабсорбції.
2. Лікування дисбактеріозу кишечника.
3. Лікування гіпотрофії.
4. Корекція вуглеводного обміну.
5. Стимуляція репаративних процесів.
6. Використання адаптогенів та антиоксидантів.

ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Перелік індикаторів якості медичної допомоги

Наявність у лікаря загальної практики – сімейного лікаря клінічного маршруту пацієнта (КМП) з ХП.

Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Хронічний панкреатит».

Бажаний рівень значення індикатора:

2023 рік – 90 %

2024 рік та подальший період – 100 %

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються лікарями загальної практики – сімейними лікарями ЗОЗ, розташованих на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій

Дані надаються поштою, в т. ч. електронно.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, після надходження інформації від усіх лікарів загальної практики – сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється, як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики – сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію щодо кількості лікарів загальної практики – сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики – сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності внутрішніх документів ЗОЗ/КМП з ХП.

Джерелом інформації є КМП, наданий лікарем загальної практики – сімейним лікарем.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Показання до хірургічного лікування

1. Стриктри або камені, що обтурують протоки ПЗ, які підтверджені при ЕРХПГ.
2. Звуження холедоха та 12-палої кишки.
3. Панкреатичні псевдокісти та абсцеси.
4. Стійкий, що не піддається консервативній терапії рецидивуючий перебіг ХП зі стійким больовим синдромом.
5. Сегментарна портальна гіпертензія та шлунково-кишкові кровотечі, які рецидивують.

Хірургічне/ендоскопічне лікування

Розглядається при неефективності медикаментозного лікування та за наявності ускладнень.

Показання до ендоскопічного лікування:

- тубулярний стеноз дистальної частини загальної жовчної протоки;
- біль, який асоціюється з розширенням головної панкреатичної протоки; папілостеноз;
- стриктури препапілярного відділу;
- одиничні конкременти головної панкреатичної протоки;
- нориці ПЗ, що виходять з дистальних відділів головної панкреатичної протоки;
- кісти і псевдокісти ПЗ.

Показання до оперативного втручання:

- кальциноз ПЗ і камені проток із вираженим больовим синдромом;
- обструктивний ХП при неможливості ендоскопічної декомпресії;
- механічна жовтяниця за рахунок стиснення загальної жовчної протоки; дуоденальна непрохідність;
- підпечінкова портална гіпертензія;
- кісти більше 6 см в діаметрі або нориця ПЗ, що не виліковуються консервативно, ендоскопічно протягом 3–6 міс;
- вторинний ХП, пов'язаний з ЖКХ, дуоденальною непрохідністю, абдомінальним ішемічним синдромом;
- неефективність консервативної терапії, стійкого больового синдрому;
- наявність злоякісного новоутворення;
- бактеріально-гнійні ускладнення при неефективності малоінвазивних втручань та медикаментозного лікування;
- парапапілярні дивертикули.

Ускладнення ХП

Цукровий діабет, механічна жовтяниця, підпечінкова портална гіпертензія, кальциноз ПЗ, жирова дистрофія печінки, ретенційні кісти та псевдокісти ПЗ, ерозивно-виразкові ураження 12-палої кишки, ферментний холецистит, стеноз селезінкового кута товстої кишки, тромбоз селезінкової вени зі шлунково-кишковою кровотечею та спленомегалією, тромбофлебіти та артеріопатії нижніх кінцівок, ІХС, ретроперитонеальний фіброз із наступним дуоденостазом, випоти в черевну, плевральну та перикардіальну порожнину, анемія, енцефалопатія, рак ПЗ.

Додаток 1
до Уніфікованого клінічного протоколу
первинної та спеціалізованої медичної
допомоги «Хронічний панкреатит» згідно
Наказу МОЗ України від 04.07.2023
№ 1204 «Про затвердження Уніфіко-
ваного клінічного протоколу первинної
та спеціалізованої медичної допомоги
«Хронічний панкреатит»

ПАМ'ЯТКА

для пацієнта з хронічним панкреатитом

Що таке підшлункова залоза?

Підшлункова залоза (ПЗ) – життєво важливий орган. Вона розташована позаду шлунка на задній стінці черевної порожнини, на рівні нижніх грудних і верхніх поперекових хребців.

Які функції виконує підшлункова залоза?

ПЗ виконує дві основні функції: продукція травних ферментів для забезпечення процесу травлення; продукція гормонів (інсуліну) для забезпечення нормального обміну глюкози.

Що таке хронічний панкреатит?

ХП – це тривале уповільнене запалення тканини ПЗ. Періодично під впливом вживання алкоголю, жирної та гострої їжі запалення може посилюватися із подальшим розвитком загострень ХП. Через тривалий запальний процес відбувається зменшення кількості клітин, які виробляють травні ферменти, що призводить до зниження продукції ферментів ПЗ і порушення травлення. Через деякий час (зазвичай через кілька років) запалення зачіпає і острівці Лангерганса ПЗ, які виробляють інсулін, тому зменшується продукція інсуліну і розвивається цукровий діабет.

Які причини можуть викликати хронічний панкреатит?

Зловживання алкоголем (найчастіша причина ХП), паління, захворювання жовчних шляхів (особливо жовчнокам'яна хвороба), спадкові панкреатити; звуження або закупорка проток ПЗ (наприклад, рубцеве звуження проток після травм ПЗ, камені ПЗ), аутоімунний панкреатит; гіпертригліцеридемія (підвищення рівня тригліцеридів крові); гіперпаратиреоїдизм (підвищення функції парашитоподібних залоз); ідіопатичний ХП (причина невідома).

Якими симптомами проявляється хронічний панкреатит?

Основними симптомами захворювання є біль у животі і порушення травлення. *Біль* у верхній частині живота частіше локалізується в її середині та/або в лівому підребер'ї, однак може турбувати біль і в правому підребер'ї. Біль посилюється через 15–25 хв після прийому їжі, особливо жирної, гострої, прийому алкоголю. Біль віддає у поперек – тільки в ліву половину або в обидві половини поперек. Біль зменшується при прикладанні холоду на ліве підребер'я, при голодуванні. Біль може супроводжуватися нудотою, блюванням, здуттям живота, відрижкою, печією, порушеннями випорожнення.

Порушення травлення пов'язано зі зменшенням надходження травних

ферментів ПЗ. Кал стає рясним, жирним, кашоподібною, мазеподібною консистенції. Частота випорожнень збільшується до 3 і більше разів на добу. Через те що прийнята їжа не всмоктується в необхідному обсязі, хворий худне. Внаслідок порушення всмоктування жиророзчинних вітамінів (А, D, Е, К), розвиваються гіповітамінози.

При тривалому перебігу захворювання, коли страждають ендокринні клітини ПЗ, може розвинути **цукровий діабет**. У цьому випадку може з'явитись спрага, сухість у роті і сухість шкіри, збільшення кількості сечі.

Як поставити діагноз хронічного панкреатиту?

Діагноз ХП ставить тільки лікар. Для цього він аналізує клінічні прояви, історію захворювання, результати об'єктивного дослідження, призначає необхідні діагностичні заходи.

Які основні напрямки лікування хронічного панкреатиту?

Насамперед, необхідна повна відмова від вживання алкоголю, тютюну.

Дієта передбачає частий прийом їжі, невеликими порціями, зі зниженням вмісту жиру (голодування протягом 2–3 днів може зменшити вираженість болю). Дієта при ХП повинна містити оптимальну кількість білка (80–100 г/добу, з них тваринних – 45–50 г/добу), помірно обмежуються жири (до \approx 60 г/добу, з них рослинних – 25–30 г/добу; жир розподіляється рівномірно на 3–4 основних прийоми їжі). За наявності цукрового діабету виключаються з харчування вуглеводи, що легко засвоюються.

Необхідна відмова від продуктів та страв, що стимулюють шлункову та панкреатичну секрецію (гострі, копчені, смажені, свіжоспечені, солодкі страви, шоколад, какао, кава, прянощі, бульйон, груба клітковина).

Важливим є спосіб кулінарної обробки (необхідно відварювання, запікання), дотримання ритму прийому їжі (4–6 разів на добу), зменшення кількості солі (до 6–8 г/добу), достатня кількість рідини (1–1,5 л на добу). Температура страв 15–60 °С. Енергетична цінність раціону – 2 000–2 500 ккал/добу.

Лікарські засоби призначає тільки лікар!

Для симптоматичного лікування болю призначають анальгетики. Якщо власна ПЗ не може виробляти достатню кількість травних ферментів, призначається замісна терапія ферментними препаратами. При розвитку цукрового діабету відповідне лікування призначить ендокринолог. Якщо консервативне лікування недостатньо ефективне, зберігається виражений больовий синдром або існує перешкода відтоку соку ПЗ, звуження її проток, розвиток інших ускладнень ХП, призначають ендоскопічне або хірургічне лікування.

З метою забезпечення ефективності і безпечності фармакотерапії необхідно дотримуватись рекомендацій щодо застосування лікарських засобів, призначених лікарем, та інструкції для медичного застосування препаратів. До завершення курсу лікування слід зберігати первинну та/або вторинну упаковку лікарського засобу, на якій зазначені назва, форма випуску, доза, серія, дата випуску, термін придатності, назва виробника лікарського засобу.

Чи показане санаторно-курортне лікування при хронічному панкреатиті?

Це лікування показане, але тільки в періоді стійкої ремісії і не раніше, ніж через 6 міс після закінчення загострення ХП. Вибір курорту визначає лікар.

Додаток 2
до Уніфікованого клінічного протоколу
первинної та спеціалізованої медичної
допомоги «Хронічний панкреатит» згідно
Наказу МОЗ України від 04.07.2023
№ 1204 «Про затвердження Уніфіко-
ваного клінічного протоколу первинної
та спеціалізованої медичної допомоги
«Хронічний панкреатит»

ОПИТУВАЛЬНИК РЕІ-Q

для визначення екзокринної недостатності підшлункової залози

Підрахунок балів за опитувальним листом РЕІ-Q [тільки для проведення опитування]

Кожному пункту присвоюється бал від 0 до 4 на підставі відповіді, обраної пацієнтом.

Бальна оцінка за кожним розділом і загальна бальна оцінка обчислюються як середнє значення (див. наведену нижче таблицю).

Загальну бальну оцінку симптомів (середнє значення) можна обчислювати для всіх респондентів з метою виявлення відомостей, що допомагають лікарям поставити діагноз ЕНПЗ, тоді як обчислення **загальної підсумкової бальної оцінки (середнього значення)** має проводитися лише для респондентів, в яких діагностовано ЕНПЗ.

Бальні оцінки за кожним розділом (доменом) обчислюються лише в тому разі, якщо пацієнт надав відповіді на понад 50 % запитань розділу (тобто на щонайменше чотири запитання в розділі «Абдомінальні симптоми», на щонайменше три запитання в розділі «Симптоми з боку дефекації» та на щонайменше три запитання в розділі «Вплив»).

Загальні бальні оцінки обчислюються лише в тому разі, якщо для того чи іншого пацієнта визначено бальні оцінки для двох або трьох розділів.

Якщо не вистачає більшої кількості відповідей або розділів, то обчислення бальної оцінки для розділу або загальної бальної оцінки не проводиться й такі бальні оцінки вважаються відсутніми.

Є підстави вважати, що **загальна бальна оцінка симптомів (середнє значення)** на рівні **0,60** або вище вказує на наявність у пацієнта діагнозу ЕНПЗ, якщо в нього не діагностовано іншого шлунково-кишкового захворювання, зокрема синдрому подразненого кишечника з діареєю.

Є також підстави вважати, що **загальна бальна оцінка симптомів (середнє значення)** на рівні **1,8** або вище вказує на **тяжку** або погано контрольовану ЕНПЗ, бальні оцінки на рівні **1,4–1,8** вказують на **помірні** симптоми ЕНПЗ, а бальні оцінки на рівні **0,60–1,4** – на **незначні** або **легкі** симптоми ЕНПЗ.

ПІДРАХУНОК БАЛІВ

ДОМЕН (СЕРЕДНІЄ ЗНАЧЕННЯ)	ФОРМУЛА	У ЦЬОМУ СТОВПЧИКУ ЗАПИШІТЬ КІЛЬКОСТЬ БАЛІВ, НАБРАНУ ПАЦІЄНТОМ
Абдомінальні симптоми (А)	$A = \frac{\text{Сума бальних оцінок за пунктами 1—7}}{7}$	A =
Симптоми з боку дефекації (В)	$B = \frac{\text{Сума бальних оцінок за пунктами 8—13}}{6}$	B =
Загальна бальна оцінка симптомів	$\frac{\text{(Бальна оцінка абдомінальних симптомів (А) + бальна оцінка симптомів з боку дефекації (В))}}{2}$	(A+B)/2 =
Вплив (С)	$C = \frac{\text{Сума бальних оцінок за пунктами 14—18}}{5}$	C =
Загальна підсумкова бальна оцінка (тільки пацієнти з ЕНПЗ)	$\frac{\text{(Бальна оцінка за доменом абдомінальних симптомів (А) + бальна оцінка за доменом симптомів з боку дефекації (В) + бальна оцінка за доменом впливу (С))}}{3}$	(A+B+C)/3 =

Цей опитувальник містить запитання щодо проблем, ПІБ _____ які можуть виникати, якщо у Вашому організмі виробляється недостатня кількість ферментів, потрібних для перетравлення їжі, яку Ви споживаєте. Дата _____

АБДОМІНАЛЬНІ СИМПТОМИ		НІ, АНТРОХИ	ТАК, ЗЛЕГЛА	ТАК, ПЕРИОД МІРНО	ТАК, ВІДЧУТИ	ТАК, СИЛЬНО	БАЛЬНА ОЦІНКА
1.	Протягом останніх 7 днів чи був у Вас біль у животі?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
2.	Протягом останніх 7 днів чи відчували Ви важкість у животі (відчували, що у Вас напружений і набитий живот)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
3.	Протягом останніх 7 днів чи спостерігався у Вас бурчання в животі?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
4.	Протягом останніх 7 днів чи спостерігався у Вас виділення газів?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
5.	Протягом останніх 7 днів чи спостерігався у Вас дуже неприємний запах після виділення газів?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
6.	Протягом останніх 7 днів чи спостерігалася у Вас жидота (але без блювання)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
7.	Протягом останніх 7 днів чи спостерігалася у Вас відсутність апетиту?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Сума балів за абдомінальними симптомами:							<input type="checkbox"/>
Середній бал за доменом абдомінальних симптомів (А):							<input type="checkbox"/>

СИМПТОМИ З БОКУ ДЕФЕКАЦІЇ		НІ, АНТРОКИ	ТАК, ЗЛЕГКА	ТАК, ПОВНО МІРОЮ	ТАК, ВІДУЧНО	ТАК, СИЛЬНО	БАЛЬНА ОЦІНКА
8.	Протягом останніх 7 днів чи спостерігалася у Вас діарея (ріди випорожнення)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
9.	Протягом останніх 7 днів чи відчували Ви потребу негайно піти в туалет, щоб випорожнитися (сходити «по-великому»)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
10.	Протягом останніх 7 днів чи мали Ви випорожнення світлішої або помаранчевої кольір?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
11.	Протягом останніх 7 днів чи спостерігався у Вас дуже неприємний запах під час випорожнення?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
12.	Протягом останніх 7 днів чи помітали Ви сліди жиру або олії у Ваших випорожненнях або на туалетному папері?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
		НІ, АНТРОКИ	ТАК, ЗЛЕГКА	ТАК, ПОВНО	ТАК, ВІДУЧНО	ТАК, НАДЗВИЧАЙНО	БАЛЬНА ОЦІНКА
13.	Протягом останніх 7 днів чи відчували Ви потребу знаходитися ближче до туалету через проблеми з ферментами?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Сума балів за симптомами з боку дефекації:							<input type="checkbox"/>
Середній бал за доменом симптомів із боку дефекації (B):							<input type="checkbox"/>
Середнє значення загальної бальної оцінки симптомів ((A+B)/2):							<input type="checkbox"/>

Заповнюється лише в разі наявності діагнозу екзокринної недостатності підшлункової залози (ЕНПЗ)

ВПЛИВ		НІ, АНТРОКИ	ТАК, ЗРІДКА	ТАК, ІНОДІ	ТАК, ВІЛЬНІСТЬ ЧАСУ	ТАК, УВЕСЬ ЧАС	БАЛЬНА ОЦІНКА
14.	Протягом останніх 7 днів чи дозволилося Вам уникати жирної їжі?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
15.	Протягом останніх 7 днів чи впливали напівні у Вас проблеми з ферментами на Вашу здатність зосереджувати увагу?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
		НІ, АНТРОКИ	ТАК, ЗЛЕГКА	ТАК, ПОВНО	ТАК, ВІДУЧНО	ТАК, НАДЗВИЧАЙНО	БАЛЬНА ОЦІНКА
16.	Протягом останніх 7 днів чи почувалися Ви ніково, йдучи в туалет, через проблеми з ферментами?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
17.	Протягом останніх 7 днів чи відчували Ви еквівоаність, стурбованість або стрес через проблеми з ферментами?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
		НІ, АНТРОКИ	ТАК, ЗРІДКА	ТАК, ІНОДІ	ТАК, ВІЛЬНІСТЬ ЧАСУ	ТАК, УВЕСЬ ЧАС	БАЛЬНА ОЦІНКА
18.	Протягом останніх 7 днів чи впливали напівні у Вас проблеми з ферментами на Вашу соціальну активність?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Сума балів за доменом впливу:							<input type="checkbox"/>
Середній бал за доменом впливу (C):							<input type="checkbox"/>
Середнє значення загальної підсумкової бальної оцінки (ПАЦІЄНТІ З ЕНПЗ) ((A+B+C)/3):							<input type="checkbox"/>

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

Контроль початкового рівня знань

1. Хворий скаржиться на нудоту, біль в правому підребер'ї, проноси, часте здуття живота. В анамнезі: систематичне вживання алкоголю. Об'єктивно: хворий зниженого харчування, язик обкладений білим нальотом, живіт м'який, чутливий під час пальпації в навколупупкової ділянці. Печінка і селезінка не збільшені. В аналізі калу: стеаторея, креаторея. Який з перерахованих діагнозів найбільш імовірний?

- A. Хронічний гепатит.
- B. Гельмінтоз.
- C. Хронічний рецидивуючий алкогольний панкреатит.
- D. Хронічний ентероколіт.
- E. Хронічний холецистит.

2. Хворий скаржиться на біль у надчеревній ділянці, лівому підребер'ї, що супроводжується багаторазовим блюванням без полегшення, здуття живота, проноси, схуднення. Об'єктивно: язик вологий, обкладений білим нальотом біля кореня. Під час глибокої пальпації живота виявляється незначний біль у надчеревній ділянці і точці Мейо-Робсона. Про яке захворювання слід думати в першу чергу?

- A. Виразкова хвороба.
- B. Хронічний атрофічний гастрит.
- C. Хронічний панкреатит.
- D. Хронічний холецистит.
- E. Хронічний ентерит.

3. Хвора протягом 5 років страждає на хронічний панкреатит, скаржиться на часті рідкі випорожнення, схудла на 12 кг протягом 2 міс. Який синдром виражений у хворої?

- A. Астено-невротичний.
- B. Мальабсорбції.
- C. Диспепсичний.
- D. Больовий.
- E. Солярний.

4. Жінка 32 р. скаржиться на біль у лівому підребер'ї, який з'являється через 2 год після їжі, нудоту, здуття живота, схильність до проносу. Об'єктивно: субіктеричність склер, живіт болочий під час пальпації в точці Губергріца-Скульського. Рівень яких ферментів слід визначити?

- A. Амілази.
- B. Лактатдегідрогенази.
- C. Креатинфосфокінази.
- D. Гаммаглутаматтранспептидази.
- E. Аспартамінотрансферази.

5. Хворий скаржиться на біль у правій верхній ділянці живота, який виникає через годину після їжі, іррадіює в поперек праворуч. При пальпації живота відмічається болочість в зоні Шоффара. Ушкодження якого відділу підшлункової залози у хворого?

- A. Голівки підшлункової залози.
- B. Тіла підшлункової залози.
- C. Хвоста підшлункової залози.
- D. Тотальне ушкодження підшлункової залози.
- E. Вогнищеве ураження.

6. У хворого, який страждає на хронічний панкреатит при обстеженні визначено підвищений рівень глюкози у сироватці крові. Порушення якої функції підшлункової залози у хворого?

- A. Зовнішньосекреторної. D. Кислотоутворюючої.*
B. Внутрішньосекреторної. E. Пепсиноутворюючої.
C. Всмоктування.

7. Які гормони стимулюють діяльність підшлункової залози?

- A. Холецистокінін-панкреозимін. D. Контрінсулярний.*
B. Інсулін. E. Адреналін.
C. Тиреотропний.

8. Який тип секреції панкреатичного соку найбільш характерний для хронічного панкреатиту?

- A. Гіпосекреторний. D. Нижній обтураційний.*
B. Дуктулярний. E. Гіперсекреторний.
C. Верхній обтураційний.

9. Які зміни характерні для недостатності внутрішньосекреторної функції підшлункової залози?

- A. Вітамінна недостатність. D. Диспептичний.*
B. Нудота, блювання. E. Жовтяниця.
C. Гіпоглікемічні стани, розвиток цукрового діабету.

10. Який клінічний синдром обумовлений порушенням зовнішньосекреторної функції підшлункової залози?

- A. Болючий. D. Солярний.*
B. Мальдигестії. E. Правобічний реактивний, вегетативний.
C. Алергічний.

Контроль кінцевого рівня знань

1. Який етіологічний фактор є основним при формуванні первинного хронічного панкреатиту?

- A. Аліментарний. C. Спадковість. E. Алергія.*
B. Алкоголізм. D. Прийом лікарських речовин.

2. Які патогенетичні механізми обумовлюють розвиток хронічного панкреатиту алкогольного генезу?

- A. Зміна складу панкреатичного соку з відкладенням білкових глибок у протоках.*
B. Утворення антитіл до тканини залози.
C. Закидання вмісту дванадцятипалої кишки до Вірсунгової протоки.
D. Закидання жовчі до Вірсунгової протоки.
E. Запальні зміни в залозі.

3. Чим обумовлений больовий синдром при хронічному панкреатиті?

- A. Розвитком фіброзу в залозі. D. Набряком залози.*
B. Розвитком некротичних змін. E. Закупоркою проток.
C. Підвищенням тиску в протоках.

4. Яка їжа провокувати больовий синдром при панкреатиті?
A. Солоня. D. Гостра і смажена.
B. Алкоголь, солодоці, здоба. E. Молочні продукти.
C. Білкова у великій кількості.
5. Які прояви диспептичного синдрому характерні для хронічного панкреатиту?
A. Гіркота в роті, печія.
B. Нудота, блювання, що не приносить полегшення, відрижка повітрям.
C. Однократне блювання, що приносить полегшення.
D. Печія, відрижка кислим, нудота.
E. Відрижка їжею, гіркота в роті
6. Які клінічні прояви характеризують порушення зовнішньосекреторної функції підшлункової залози?
A. Запори. D. Здуття живота, запори.
B. Пронеси з наявністю крові в калі. E. Метеоризм, гурчання, часті
C. Імперативні позиви. випорожнення.
7. Які подразники використовують для одержання панкреатичного соку?
A. Гістамін. C. Сірчанокисла магнезія. E. Еуфілін.
B. Інсулін. D. Холецистокінін-панкреатозимін.
8. Який з ферментів підшлункової залози визначається в крові протягом перших годин у хворих на ХП?
A. Ліпаза. B. Трипсин. C. Хімотрипсин. D. Нуклеаза. E. Амілаза.
9. Який ферментів підшлункової залози залишається підвищеним тривалий час при загостренні ХП?
A. Трипсин. B. Ліпаза. C. Амілаза. D. Нуклеаза. E. Хімотрипсин.
10. Який метод лікування обирають протягом перших 2–3 діб при загостренні хронічного панкреатиту?
A. Дієта, спазмолітики, ферменти.
B. Дієта, М-холінолітики, антиферментні препарати.
C. Голодування, антиферментні препарати, блокатори H2-гістамінових рецепторів.
D. Дієта, луки, спазмолітики.
E. Дієта, спазмолітики, ферменти, вітаміни.

Ситуаційні завдання

1. Пацієнт 39 р. скаржиться на постійний тупий біль у підребер'ї з іррадіацією в спину, який посилюється після їжі. Турбує здуття живота, часті випорожнення з домішками неперетравленої їжі. Об'єктивно: помірне здуття живота, болочість у зоні Шоффара, точки Дежардена, Мейо-Робсона. Який із методів дослідження буде найбільш інформативним для підтвердження зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози?

- A. ЕФГДС. D. Копрограма.*
- B. Пероральна холецистографія. E. УЗД органів черевної порожнини.*
- C. Ретроградна панкреатографія.*

2 Чоловік 48 р., скаржиться на ниючий біль у надчеревній ділянці зліва, нудоту, відрижку повітрям, проноси після вживання жирних страв, метеоризм, гурчання в животі, схуднення. Хворіє близько 30 років, коли через нерегулярне харчування став відмічати біль у надчеревній ділянці, відрижку повітрям, пізніше після погрішності в дієті, проноси, смердючий жирний кал. Який найбільш імовірний попередній діагноз?

A. Виразкова хвороба.

D. ГЕРХ.

B. Хронічний гастрит.

E. Хронічний панкреатит.

C. Хронічний холецистит.

3 Пацієнт 46 р. на 2-й день після святкування дня народження скаржиться на сильний біль у верхній половині живота, більше зліва, нудоту, блювання, що не приносить полегшення. Подібні стани спостерігались неодноразово після порушення дієти. Об'єктивно: температура 37,2 °С, шкіра бліда, волога, пульс – 88 за хвилину, ритмічний, живіт помірно здутий, різко болючий у проекції підшлункової залози. У крові: л. – 19×10^9 /л, діастаза сечі – 258 од за Вольгемуттом. Яка найбільш правильна тактика сімейного лікаря?

A. Термінова госпіталізація до хірургічного відділення.

B. Амбулаторне лікування.

C. Стаціонар вдома.

D. Планова госпіталізація до терапевтичного відділення.

E. Консультація гастроентеролога

4 Хворий 33 р., скаржиться на постійний тупий біль у лівому підребер'ї після вживання жирної та копченої їжі, блювання, яке не приносить полегшення. Калові маси блискучі, з неприємним запахом, хворіє протягом 8 років; зловживає алкоголем, багато палить. Об'єктивно: зниженого харчування. Шкіра бліда і суха. Язик з білим нальотом. Живіт помірно здутий, відзначається біль у точках Дежардена, Мейо-Робсона зоні Шоффара, Губергріца-Скульського. Про яке захворювання можна подумати в першу чергу?

A. Хронічний панкреатит.

D. Хронічний гастродуоденіт.

B. Хронічний холецистит.

E. Хронічний ентероколіт.

C. Виразкова хвороба.

5 Жінка 45 р. скаржиться на періодичний біль у правому підребер'ї з іррадіацією в поперекову ділянку, нудоту після вживання будь-якої їжі, часті рідкі випорожнення. Схудла на 15 кг протягом 3 міс. Об'єктивно: хвора зниженого харчування, живіт м'який, значний біль у точці Дежардена. Печінка виступає з-під краю ребрової дуги на 1 см, безболісна. Випорожнення часті, 3–4 рази на добу, з домішками нейтрального жиру. Аналіз шлункового соку: соляна кислота – 31 од. Діастаза сечі – 15 од. Яка патологія найбільш імовірно зумовлює таку картину?

A. Глютеніт ентеропатія.

D. Хронічний ентероколіт.

B. Хронічний панкреатит.

E. Аутоімунний гастрит.

C. Хронічний гепатит.

6. Хвора 32 р. скаржиться на постійний тупий біль у підребер'ї з іррадіацією в спину, який посилюється після їжі. Турбує сильне здуття живота, часті випорожнення з домішками неперетравленої їжі. Хворіє більше 5 років, схудла на 12 кг. Об'єктивно: помірне здуття живота, болючість у зоні Шоффара, точках Дежардена, Мейо-Робсона. Який з методів дослідження буде найбільш інформативним для підтвердження зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози.

A. ЕФГДС.

B. Визначення вмісту амілази та еластази в сироватці крові.

C. Ретроградна панкреатографія.

D. Копрограма.

E. УЗД органів черевної порожнини.

7. Пацієнтка 33 р. скаржиться на біль у лівому підребер'ї, який з'являється через 2 год після їжі, нудоту, здуття живота, схильність до проносу. Об'єктивно: субіктеричність склер, живіт болючий під час пальпації в точці Губергріца-Скульського. Печінка – по краю реберної дуги. У крові: амілаза – 288 г/год×л, загальний білірубін – 22 мкмоль/л. Яке захворювання найбільш імовірно?

A. Хронічний гастрит.

D. Хронічний холецистит.

B. Хронічний гепатит.

E. Хронічний панкреатит.

C. Хронічний ентероколіт.

8. Чоловік 50 р. страждає на хронічний рецидивуючий панкреатит з вираженим порушенням зовнішньосекреторної функції. Після вживання жирної, гострої їжі, алкоголю з'являється «масний» кал. Зниження продукції якого фактора є найбільш вірогідною причиною стеатореї?

A. Амілази.

C. Кислотності шлункового соку.

E. Ліпази.

B. Трипсину.

D. Лужної фосфатази.

9. Хворий 70 р. скаржиться на постійний біль у верхній половині живота, більше зліва, що підсилюється після прийому їжі, особливо жирної та м'яса, проноси, схуднення. Зловживає алкоголем. Близько 2 років тому переніс гострий панкреатит. Амілаза крові – 4 мг/мл*год. Копрограма – креаторея, стеаторея. Глюкоза крові натщесерце – 6,1 ммоль/л. Яке лікування показане хворому?

A. Контрикал.

C. Гастроцептін.

E. Но-шпа.

B. Інсулін.

D. Панзинорм форте.

10. Чоловік 65 р. протягом майже 34 років страждає періодичними епізодами болю у лівому підребер'ї з іррадіацією у спину, у зв'язку з чим був змушений дотримуватися чіткої дієти з обмеженням вживання жирних, смажених, гострих, копчених страв. В останній рік відзначає приєднання здуття живота, частішання випорожнень до 2–3 разів у добу. Випорожнення рясні, смердючі, з блискучою поверхнею, із залишками неперетравленої їжі. Чим обумовлена зміна симптоматики у хворого?

- A. Екзокринною недостатністю підшлункової залози.*
B. Ендокринною недостатністю підшлункової залози.
C. Холестатичним синдромом.
D. Синдромом подразненого кишечника.
E. Недостатністю підшлункової залози.

ВІРНІ ВІДПОВІДІ ДО ТЕСТОВИХ ЗАВДАНЬ

Початковий рівень знань

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>C</i>	<i>C</i>	<i>B</i>	<i>A</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>A</i>	<i>A</i>	<i>C</i>	<i>B</i>

Кінцевий рівень знань

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>B</i>	<i>A</i>	<i>D</i>	<i>B</i>	<i>B</i>	<i>E</i>	<i>D</i>	<i>E</i>	<i>A</i>	<i>C</i>

Ситуаційні завдання

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>D</i>	<i>E</i>	<i>A</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>B</i>	<i>E</i>	<i>A</i>	<i>A</i>	<i>A</i>

Контрольні питання.

1. Дати визначення хронічного панкреатиту.
2. Основні клінічні синдроми при хронічному панкреатиті.
3. Характеристика фізикального обстеження хворого на хронічний панкреатит.
4. Назвати методи діагностики хронічного панкреатиту.
5. Назвати прояви порушення зовнішньосекреторної та внутрішньосекреторної недостатності підшлункової залози.
6. Назвати типи порушення зовнішньої секреції ПЗ.
7. Назвати класифікацію хронічного панкреатиту.
8. Назвати особливості перебігу хронічного панкреатиту.
9. Назвати ускладнення хронічного панкреатиту.
10. Назвати причини розвитку ХП та особливості захворювання залежно від етіологічного фактора.
11. Назвати патогенез основних форм ХП.
12. Принципи лікування хронічного панкреатиту.
13. Спосіб життя та дієтотерапія при хронічному панкреатиті.
14. Медикаментозна терапія при хронічному панкреатиті на різних фазах перебігу захворювання.
15. Показання до хірургічного лікування.
16. Профілактика ХП

Практичні завдання

1. Провести курацію хворих зі хронічним панкреатитом.
2. Дати інтерпретацію отриманим лабораторним методам дослідження.
3. Дати інтерпретацію отриманим інструментальним методам дослідження.
4. Виписати рецепти щодо лікування хронічного панкреатиту.

Протокол клінічного розбору хворого (сдина форма)

ПІБ пацієнта _____

Вік _____

Професія _____

Скарги хворого _____

Anamnesis morbi

Вважає себе хворим з _____, коли вперше з'явились

Останнє загострення з _____

Anamnesis morbi _____

Результати фізикального обстеження хворого:

Попередній діагноз:

План обстеження: _____

Результати додаткових методів дослідження:

Обґрунтування клінічного діагнозу:

Клінічний діагноз: _____

Основне захворювання _____

Супутне захворювання _____

Ускладнення _____

Лікування: 1. Режим _____ 2. Дієта _____

3. _____ 4. _____ 5. ...

Література

Базова

1. «Клінічна настанова, заснована на доказах «Хронічний панкреатит», 2023 р.
https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/07/2023_kn_hronichnyj-pankreatyt.pdf
2. Внутрішня медицина : у 3 т. / А. С. Свінцицький та ін. ; за ред. К. М. Амосової. Київ : Медицина, 2008. Т. 1. 1056 с.
3. Внутрішня медицина : у 3 т. /А. С. Свінцицький та ін. ; за ред. К. М. Амосової. Київ : Медицина, 2009. Т. 2. 1088 с.
4. Внутрішня медицина : poradnik лікарю загальної практики : навч. посіб. / А. С. Свінцицький та ін.; за ред. А. С. Свінцицького. Київ : ВСВ «Медицина», 2014. 1272 с.
5. Наказ МОЗ України № 1204 від 04.07.2023 р. Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Хронічний панкреатит»
https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/07/nakaz_1204_05072023.pdf
6. Наказ МОЗ України № 271 від 13.06.2005 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія».
7. Наказ МОЗ України від 10.09.2014 р. № 638 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному панкреатиті». Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Хронічний панкреатит».
8. Передерій В. Г., Ткач С. М. Основи внутрішньої медицини : в 3 т. Вінниця : Нова книга, 2009. Т. 1. 640 с.
9. Передерій В. Г., Ткач С. М. Основи внутрішньої медицини : в 3 т. Вінниця : Нова книга, 2009. Т. 2. 784 с.
10. Передерій В. Г., Ткач С. М. Основи внутрішньої медицини : в 3 т. Вінниця : Нова книга, 2010. Т. 3. 1006 с.
11. Практикум з внутрішньої медицини : навч. посіб. / К. М. Амосова та ін. Київ : Український медичний вісник, 2012 р. 416 с.
12. Diagnosis of autoimmune pancreatitis by EUS-guided FNA using a 22-gauge needle: a prospective multicenter study / A. Kanno [et al.] *Gastrointest. Endosc.* 2016. Vol. 84. P. 797–804.

Допоміжна

Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Хронічний панкреатит» Реєстровий номер ГС 2023-1204.
https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/07/1204_05072023_ukpmd.pdf

Інформаційні ресурси

1. Сайт кафедри внутрішньої медицини № 3 ХНМУ
<http://vnmed3.kharkiv.ua/>
2. Встановлене інформаційно-освітнє середовище Moodle на піддомен сайта <http://distance-training.vnmed3.kharkiv.ua>

Навчальне видання

ХРОНІЧНІ ПАНКРЕАТИТИ

**Методичні вказівки
для самостійної роботи
здобувачів вищої медичної освіти 4-го курсу
з дисципліни «Внутрішня медицина»**

Видання 2-ге, перероблене та доповнене

Упорядники Журавльова Лариса Володимирівна
 Шеховцова Юлія Олександрівна
 Пивоваров Олександр Васильович

Відповідальна за випуск Л. В. Журавльова



Редактор Є. В. Рубцова
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко
Комп'ютерний набір О. В. Пивоваров

Формат А5. Ум. друк. арк. 2,5. Зам. № 24-34385.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com, vid.redact@knmu.edu.ua**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.