

Курация пациентов с хроническим панкреатитом согласно последним украинским стандартам

К. А. Просоленко

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Ключевые слова: хронический панкреатит, классификация, стандарты диагностики и лечения, панкреатическая недостаточность, этапная терапия

Основным заболеванием поджелудочной железы (ПЖ), с которым сталкивается врач-терапевт, гастроэнтеролог является хронический панкреатит (ХП). Анализируя эпидемиологические данные, приходится констатировать существенную разницу в статистических показателях по ХП в Украине и других странах Европы и мира. Так, заболеваемость ХП в мире — 3,1–8 случаев, в странах Европы — 4–8 случаев, распространенность — 25 случаев на 100 тыс. населения. В Украине уровень заболеваемости патологией ПЖ в 2012 г. составил 226 случаев на 100 тыс. населения, распространенность — 2471 на 100 тыс. населения. Такая разница в количестве больных ХП в Украине и в других странах Европы и мира представляется нам разительной и может быть связана с гипердиагностикой при установлении диагноза ХП, а также более высоким уровнем злоупотребления алкоголем, что является одной из основных причин развития ХП [1, 2].

Общеизвестно, что в курации пациента большое значение имеет правильная формулировка диагноза, которая осуществляется при использовании утвержденной в той или иной стране классификации. На сегодняшний день общепризнанной классификации ХП в Украине нет. В Европе наиболее часто используются Марсельско-Римская классификация, классификация M-ANNHEIM и др. В таблице 1 представлен, на наш взгляд, наиболее клинически адаптированный вариант [2].

Примеры формулирования диагноза

- Хронический первичный панкреатит, обструктивный, псевдотуморозный с холестазом, тяжелое течение, период обострения, с нарушением внешней секреции ПЖ по гипосекреторному типу.
- Хронический первичный панкреатит, кальцифицирующий, болевой, рецидивирующий, средней степени тяжести, период обострения, с нарушением внешнесекреторной функции ПЖ.

Следует отметить существенный прогресс в Украине относительно разработки стандартов диагностики и лечения ХП. Важно отметить, что положения украинских регламентирующих документов разработаны ведущими украинскими экспертами-панкреатологами и основаны на последних европейских и мировых рекомендациях по диагностике и лечению ХП [5–7]. При этом в условиях практического здравоохранения в ряде случаев по-прежнему можно столкнуться с ошибочным подходом некоторых врачей, который основан на каких-то субъективных предпочтениях в выборе диагностических и лечебных мероприятий. Такой подход, на наш взгляд, часто приводит к неудовлетворительным клиническим результатам в курации пациентов с ХП, а последнее время часто и к «юридическим последствиям».

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

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

На I этапе лабораторные методы исследования выполняются в объеме клинических анализов крови (при обострении — лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, нейтрофилез, ускоренная СОЭ) и мочи (без особенностей), а также определения уровня глюкозы крови (возможно повышение при наличии сахарного диабета (СД)). Инструментальные методы исследования: ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости и почек (табл. 3), электрокардиография (ЭКГ) (норма или неспецифические нарушения процессов реполяризации). Также врач первичного звена направляет пациента на консультацию:

1. Гастроэнтеролога — в течение недели для подтверждения или уточнения диагноза ХП.

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

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

2. Хирурга — при наличии тревожных симптомов: лихорадка, интоксикация, выраженный болевой синдром, немотивированная потеря массы тела, при подозрении на острый панкреатит, наличие осложнений — немедленно.

3. Эндокринолога — при наличии симптомов СД, в течение недели.

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

Обязательные лабораторные исследования II этапа:

1. Биохимический анализ крови с определением уровня амилазы (возможно повышение), глюкозы (если не был выполнен при оказании первичной медицинской помощи), гликозилированного гемоглобина.

2. Анализ мочи с определением уровня амилазы (возможно повышение).

3. Копроскопия (возможны амилорея, стеаторея, креаторея).

4. Фекальная эластаза 1 (возможно понижение).

Обязательные инструментальные исследования II этапа:

1. УЗИ органов брюшной полости и почек.

2. Эзофагогастродуоденоскопия с осмотром ретробульбарного отдела двенадцатиперстной кишки (в первую очередь для исключения патологии большого дуоденального сосочка, атрофического дуоденита и др.).

3. ЭКГ.

Направить пациента на консультацию:

1. Хирурга — при наличии тревожных симптомов (лихорадка, интоксикация, выраженный болевой синдром), немотивированная потеря массы тела; при подозрении на острый панкреатит, наличие осложнений.

2. Онколога — при подозрении на злокачественное новообразование.

3. Эндокринолога — при наличии симптомов СД.

Желательным является определение генных мутаций в *PRSS1*, *CFTR*, и *SPINK1 CTRC* пациентам с ХП неизвестной этиологии и семейным анамнезом ХП.

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

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

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

- ХП в стадии обострения;
- псевдотуморозном ХП;
- обструктивном ХП;
- бактериальных осложнениях ХП;
- панкреатогенных гастродуоденальных язвах;
- выявлении при УЗИ участков ткани ПЖ, напоминающих панкреонекроз;
- тромбозе селезеночной / портальной вены;
- псевдокистах ПЖ, увеличивающихся в размерах, осложнениях псевдокист;
- свищах ПЖ.

Диагностика на III этапе включает:

1. Общий анализ крови.

2. Биохимический анализ крови с определением:

- уровня амилазы, панкреатической изоамилазы, липазы (возможно повышение);
- глюкозы, гликозилированного гемоглобина;
- печеночных проб (нормальные или повышенные значения уровня билирубина, преимущественно прямого, а также щелочной фосфатазы — при синдроме холестаза, повышение показателей трансаминаз крови, γ -глутамилтранспептидазы и лактатдегидрогеназы — могут быть обусловлены блоком холедоха, развитием реактивного гепатита у больных алкогольным ХП).

3. Анализ мочи с определением уровня амилазы (возможно повышение).

4. Копроскопия.

5. Фекальная эластаза 1.

Инструментальные методы обследования:

1. ЭКГ.

2. УЗИ органов брюшной полости и почек.

3. Эзофагогастродуоденоскопия с осмотром ретробульбарного отдела двенадцатиперстной кишки.

4. Компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства (табл. 3).

5. Магнитно-резонансная томография / магнитно-резонансная холангиопанкреатография (позволяют выявить неоднородность структуры, наличие кист или псевдокист ПЖ, зону некроза при помощи контрастирования) — при недостаточной информативности УЗИ и КТ.

6. Эндоскопическое УЗИ ПЖ (изменения паренхимы, выявление изменений протоков ПЖ, билиарного дерева) — при необходимости.

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

Изменения на КТ органов брюшной полости трудно выявляются на ранних стадиях ХП. КТ является лучшим неэндоскопическим методом визуализации

для диагностики ХП и выявления локализации кальцификации ПЖ. КТ более информативна для диагностики ХП на поздних стадиях.

Для упрощения и объективизации постановки диагноза ХП предложена диагностическая система, представленная в таблице 2 [2].

Таблица 2
Диагностика ХП по балльной системе
(по P. Layer и Melle, 2005)

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

Примечание: диагноз ХП ставится в случае четырех и более баллов

Сегодня многие врачи практического здравоохранения, сталкиваясь с пациентом с предположительным ХП, ориентируются в постановке диагноза только лишь на результаты трансабдоминального УЗИ. При этом приходится встречать заключения врачей-специалистов по ультразвуковой диагностике, в которых звучит формулировка «хронический панкреатит». Анализируя же протокол исследования, часто обнаруживаются сведения, касающиеся только повышения эхогенности ПЖ. Следует отметить, что в этих случаях правильной формулировкой в заключении будет «диффузные изменения ПЖ». Решение о том, какой диагноз у пациента, должен принимать врач-клиницист, сопоставляя данные УЗИ с клинической картиной, наличием панкреатической недостаточности и т. д. При этом можно пользоваться Кембриджской классификацией структурных изменений в ПЖ при ХП (табл. 3).

Таблица 3
Кембриджская классификация структурных изменений в ПЖ при ХП

Изменения	ЭРХПГ	УЗИ или КТ
Нормальная ПЖ	Главный панкреатический проток (ГПП) и боковые ветви протока не изменены	Нормальные размеры, четкие контуры ПЖ. ГПП — 2 мм. Паренхима ПЖ гомогенна
Сомнительные изменения	ГПП не изменен, менее трех измененных боковых ветвей	Один из следующих признаков: ГПП = 2–4 мм, размеры ПЖ в пределах 1–2 норм, неоднородная паренхима ПЖ
Мягкие изменения	ГПП не изменен, более трех измененных боковых ветвей	Два или более признаков: ГПП = 2–4 мм, незначительное увеличение размеров ПЖ, неоднородность паренхимы
Умеренные изменения	Изменения ГПП и более трех боковых ветвей	Нечеткость контуров ПЖ. Маленькие кисты (менее 10 мм). Неравномерный ГПП. Острые фокальные некрозы. Повышение эхогенности стенки протока. Неровность контуров ПЖ
Значительные изменения	Все признаки из указанных выше + один или более из следующих признаков: • кисты более 10 мм в диаметре; • внутрипротоковые дефекты наполнения; • камни / панкреатическая кальцификация; • обструкция или стриктуры ГПП; • выраженная дилатация и неравномерность ГПП; • инвазия в соседние органы	

Следует констатировать недостаточную распространенность таких высокоинформативных диагностических методов, как эндоскопическое УЗИ и магнитно-резонансная холангиопанкреатография, даже в высокоспециализированных клиниках. Лечение пациентов с ХП должно проводиться согласно тем же регламентирующим документам, а также рекомендациям Украинского клуба панкреатологов по купированию абдоминального болевого синдрома при ХП [1, 3, 4].

Цели лечения:

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

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

Лечение на I этапе (см. ниже):

1. Назначить коррекцию образа жизни, в частности режима питания, труда и отдыха.
2. Оказать медицинскую помощь по отказу от употребления алкоголя и табака.
3. Обеспечить обезболивание.
4. При наличии симптомов недостаточности внешнесекреторной функции ПЖ назначить препараты панкреатина.

5. При наличии СД специфическое лечение назначает эндокринолог.

Лечение на II этапе (см. ниже):

1. Назначить коррекцию образа жизни, в частности режима питания, труда и отдыха.
2. Оказать медицинскую помощь по отказу от употребления алкоголя и табака.
3. Обеспечить обезболивание.
4. При наличии симптомов недостаточности внешнесекреторной функции ПЖ назначить препараты панкреатина.

5. Назначить ингибитор протонной помпы (ИПП) для создания «функционального покоя» ПЖ.

6. Назначить препараты, содержащие витамины, для коррекции витаминной недостаточности.

7. При наличии СД специфическое лечение назначает эндокринолог.

Лечение на III этапе:

1. Обеспечить обезболивание.
2. При дисфункции сфинктера Одди назначить спазмолитики.

3. Для обеспечения «функционального покоя» ПЖ назначить ИПП, при необходимости — октреотид.

4. При наличии симптомов недостаточности внешнесекреторной функции ПЖ назначить препараты панкреатина.

5. Назначить препараты, которые содержат витамины для коррекции витаминной недостаточности.

6. Назначить инфузионную терапию с целью дезинтоксикации.

7. При наличии СД специфическое лечение назначает эндокринолог.

8. При наличии бактериальных осложнений назначить антибактериальные лекарственные средства.

9. Хирургическое/эндоскопическое лечение рассматривается при неэффективности медикаментозного лечения и при наличии осложнений.

Алгоритм немедикаментозного и медикаментозного лечения

Немедикаментозное лечение

А) Полный отказ от алкоголя и курения.

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

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

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

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

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

Медикаментозное лечение

А) симптоматическое лечение боли:

- обезболивание начинается с назначения ненаркотических анальгетиков (парацетамол, метамизол натрия), при отсутствии противопоказаний — нестероидные противовоспалительные препараты (ибупрофен);
- при необходимости (сильная, устойчивая боль) — наркотические анальгетики короткими курсами (трамадол);
- спазмолитики (мебеверин, дротаверин, папаверин).

Б) При дисфункции сфинктера Одди для коррекции тонуса — назначение селективных спазмолитиков (мебеверин).

Следует отметить, что в реальной клинической практике назначения анальгетиков и спазмолитиков для купирования болевого синдрома бывает недоста-

точно. Кроме того, есть два типа болевого синдрома при ХП: тип А (периодические абдоминальные боли с безболевыми эпизодами) и тип В (постоянная, различной интенсивности абдоминальная боль). В рекомендациях Украинского клуба панкреатологов 2014 г. представлен алгоритм лечения абдоминальной боли [4].

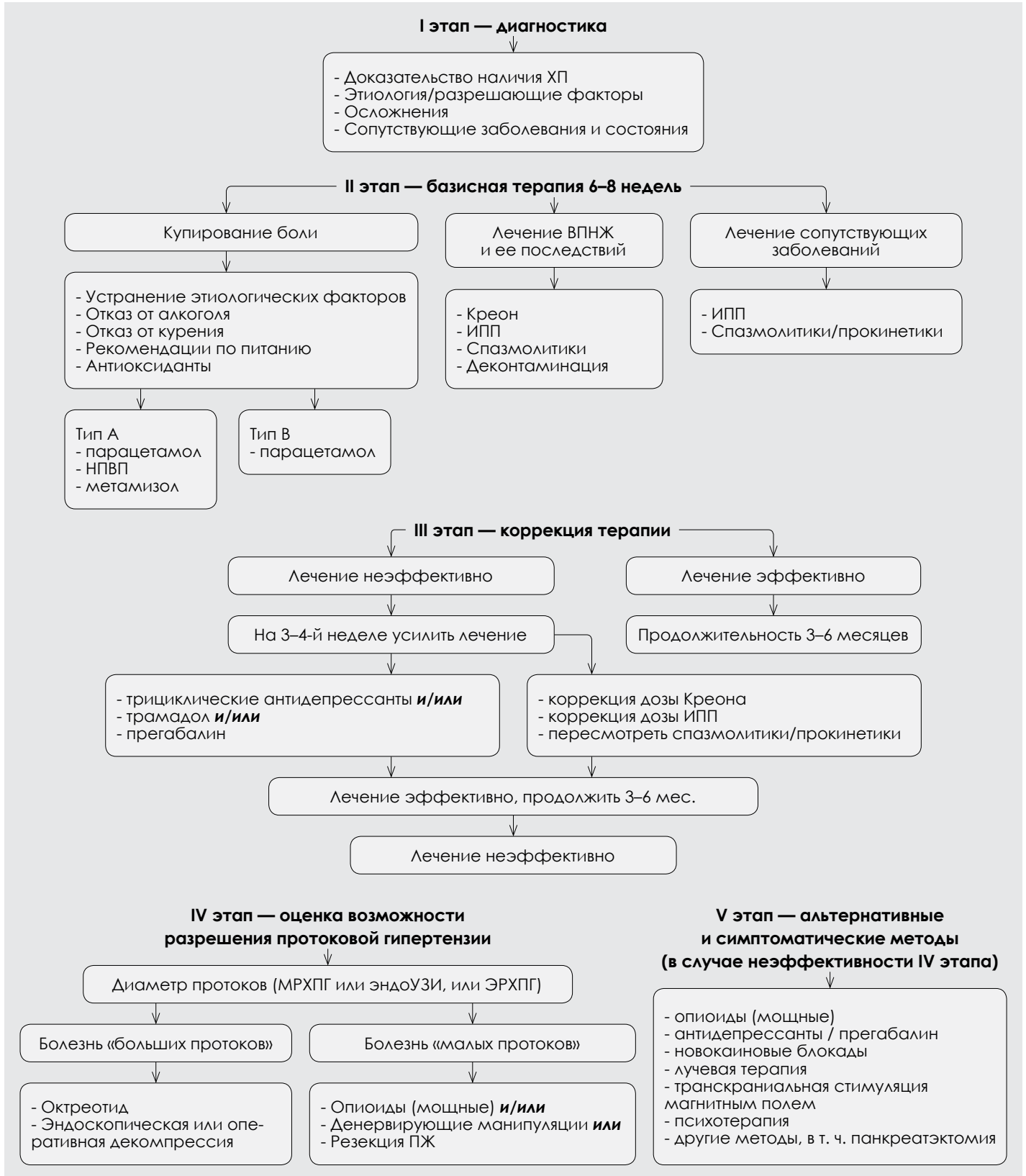


Рис. 1. Алгоритм лечения абдоминальной боли при ХП, адаптированный к практическому здравоохранению Украины (по Н. Б. Губергриц).

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

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

Лечение внешнесекреторной недостаточности ПЖ часто бывает проблематичным. В приказе № 638 МЗ Украины рекомендован алгоритм действий врача в этих случаях [1].

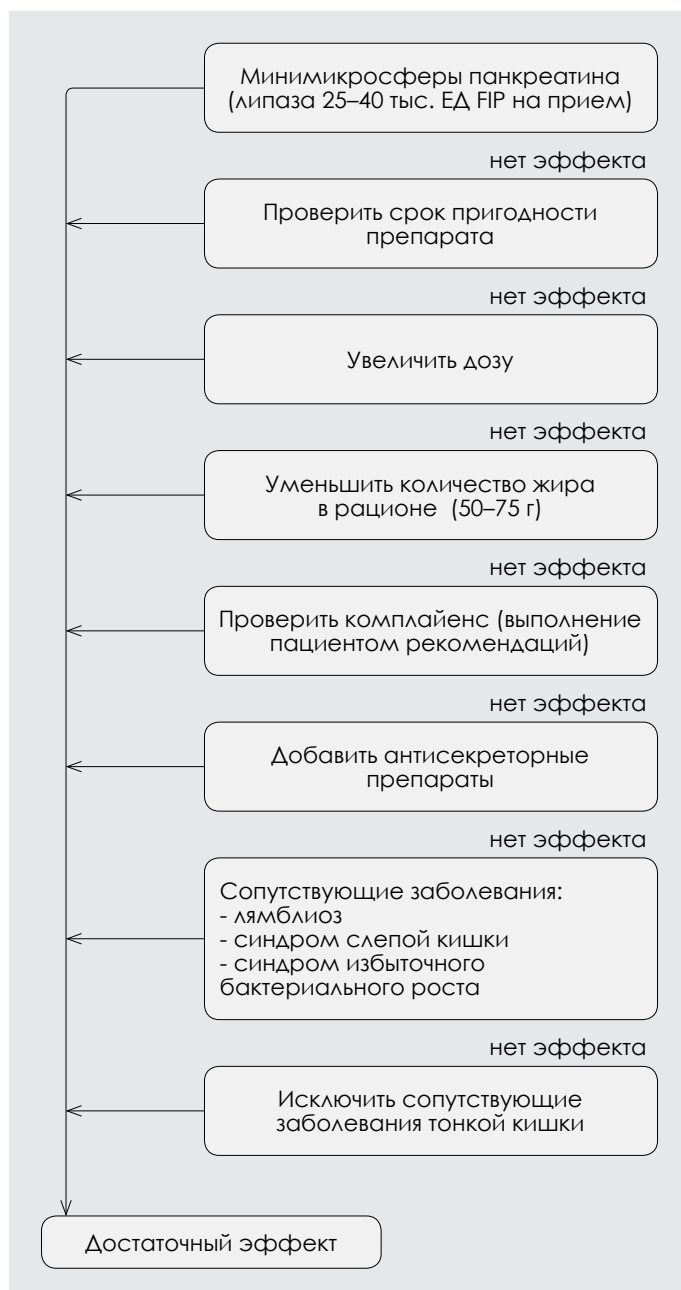


Рис. 2. Алгоритм заместительной терапии при ХП (по P. Layer et al., 2003, утвержденный приказом № 638 МЗ Украины, 2014).

Г) Для снижения внешней секреции ПЖ (создание «функционального покоя» ПЖ) назначают:

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

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

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

Е) При лечении обострений и осложнений ХП в условиях стационара назначают инфузионную терапию кровезаменителями и растворы с целью детоксикации:

- электролиты в комбинации с другими препаратами: сорбитол + натрия лактат + натрия хлорид + кальция хлорид + калия хлорид + магния хлорид в/в 400 мл в сутки;
- белковые фракции крови: раствор альбумина человека 10% в растворителе 100 мл в/в в сутки;
- углеводы: глюкоза 5–10% раствор 500 мл в/в в сутки.

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

З) При вторичном ХП, который развился вследствие других заболеваний органов пищеварения, проводится лечение основного заболевания.

Хирургическое/эндоскопическое лечение рассматривается при неэффективности медикаментозного лечения и наличии осложнений.

Показания для эндоскопического лечения:

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

Показания к оперативному вмешательству:

- кальциноз ПЖ и камни протоков с выраженным болевым синдромом;
- обструктивный ХП — при невозможности эндоскопической декомпрессии;
- обтурационная желтуха за счет сжатия холедоха;
- дуоденостеноз;
- подпеченочная портальная гипертензия;
- кисты более 6 см в диаметре или свищ ПЖ, не излечивающиеся консервативно в течение трех месяцев;

- вторичный ХП, связанный с желчнокаменной болезнью, пенетрирующей язвой, дуоденостазом, абдоминальным ишемическим синдромом;
- неэффективность консервативной терапии стойкого болевого синдрома;
- наличие злокачественного новообразования;
- бактериально-гнойные осложнения при неэффективности малоинвазивных вмешательств и медикаментозного лечения;
- парафатеральные дивертикулы.

Медицинская реабилитация также регламентирована в приказе. Санаторно-курортному лечению подлежат больные ХП в фазе ремиссии или нестойкой ремиссии. Курортное лечение не показано больным в стадии обострения ХП. Основные терапевтические эффекты, которые ожидаются — уменьшение или ликвидация воспалительного процесса, восстановление внешне- и внутрисекреторной функции ПЖ. Санаторный режим: II–III. Климатотерапия: общая. Двигательный режим: утренняя гигиеническая гимнастика, лечебная физкультура (групповая).

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

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

В заключение, следует определить основные действия, которые позволят сократить ту существенную разницу в заболеваемости и распространенности ХП в Украине и в других странах Европы и мира. В первую очередь это, на наш взгляд, борьба с ведущими этиологическими факторами ХП — алкоголизмом и курением, а также своевременная диагностика и лечение заболеваний билиарного тракта. И, с нашей точки зрения, главное — это необходимость широкого внедрения в клиническую практику современных отечественных рекомендаций Украинского клуба

панкреатологов и приказа № 638 МЗ Украины по диагностике и лечению ХП, которые базируются на данных доказательной медицины.

Литература:

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

УДК 616.37–002.–07–08: 083.74

RU Курация пациентов с хроническим панкреатитом согласно последним украинским стандартам

К. А. Просоленко

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Ключевые слова: хронический панкреатит, классификация, стандарты диагностики и лечения, панкреатическая недостаточность, этапная терапия

В статье представлены современные подходы к ведению пациентов с хроническим панкреатитом согласно последним украинским рекомендациям. Также освещены вопросы заболеваемости, распространенности и классификации хронического панкреатита.

УДК 616.37–002.–07–08: 083.74

UA Курація пацієнтів з хронічними панкреатитом згідно з останніми українськими стандартами

К. О. Просоленко

Харківський національний медичний університет, Україна

Ключові слова: хронічний панкреатит, класифікація, стандарти діагностики і лікування, панкреатична недостатність, етапна терапія

У статті представлено сучасні підходи до ведення пацієнтів з хронічним панкреатитом згідно останніх українських рекомендацій. Також обговорені питання захворюваності, поширеності та класифікації хронічного панкреатиту.

EN Supervision of patients with chronic pancreatitis according to the last Ukrainian guidelines

К. А. Prosolenko

Kharkov National Medical University, Ukraine

Key words: chronic pancreatitis, classification, standards of diagnostics and treatment, pancreatic insufficiency, stage therapy

The article presents modern approaches towards management of patients with chronic pancreatitis according to the latest Ukrainian guidelines. Issues of incidence, prevalence and classification of chronic pancreatitis are also discussed.