

Витебский государственный медицинский университет
Кафедра общей врачебной практики

Поликлиническая терапия. Курс 4. Тема 7.
Болезни органов пищеварения
Функциональная диспепсия, хронический гастрит,
пептическая язва желудка и двенадцатиперстной кишки:
амбулаторные аспекты диагностики и лечения.
Врачебная тактика и скорая медицинская помощь при подозрении
на желудочно-кишечное кровотечение в амбулаторных условиях.
Хронический панкреатит: амбулаторные аспекты диагностики и лечения.
Скорая медицинская помощь при печеночной колике в амбулаторных условиях

Хронический холецистит и панкреатит: амбулаторные аспекты диагностики и лечения

Доцент кафедры общей
врачебной практики
Врач-терапевт высшей
квалификационной категории
ЕГОРОВ
Константин Николаевич

Ассистент кафедры общей
врачебной практики
врач общей практики высшей
квалификационной категории
СЕРЁГИН
Андрей Геннадьевич

Ассистент кафедры общей
врачебной практики
врач-гематолог первой
квалификационной категории
ЗУБАРЕВА
Елена Валерьевна

Старший преподаватель
кафедры общей
врачебной практики
врач общей практики
БАРЫШЕВ
Артём Николаевич

Определение

Клинические и диагностические
критерии

Диагностика

Классификация

Осложнение

Формулировка диагноза

Лечение

Диспансеризация

Экспертиза временной
нетрудоспособности

Профилактика

Хронический панкреатит: определение

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов с
заболеваниями органов пищеварения»

- Хронический панкреатит – хроническое воспалительное заболевание поджелудочной железы, характеризующееся необратимыми морфологическими изменениями, обычно приводящими к развитию болевого синдрома и (или) постоянному нарушению функции.

Хронический панкреатит: клинические и диагностические критерии

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов с
заболеваниями органов пищеварения»

Клинические критерии:

- Наличие факторов риска: злоупотребление алкоголем, курение, гиперкальциемия, гипертриглицеридемия, аутоиммунные заболевания, рецидивы острого панкреатита;
- Хроническая или рецидивирующая боль в верхней половине живота и (или)
- Синдром мальдигестии (хроническая диарея, полифекалия, стеаторея, снижение массы тела), и (или)
- Сахарный диабет, или нарушение толерантности к глюкозе

Диагностические критерии:

- наличие всех признаков:
- имеются факторы риска хронического панкреатита (злоупотребление алкоголем, острый некротизирующий панкреатит, рецидивирующий острый панкреатит, гипертриглицеридемия, гиперкальциемия);
- имеются эпизоды болевого синдрома типичной локализации (эпигастральная область, возможна иррадиация в подреберья или спину), ассоциированные с повышением амилазы или липазы сыворотки крови;
- имеются визуализационные признаки, соответствующие, по меньшей мере, Кембридж-1;
- или наличие всех следующих признаков:
- имеется снижение экзокринной функции поджелудочной железы, доказанное объективными методами (^{13}C -дыхательный тест или определение эластазы в стуле) либо ответом на пробную терапию панкреатическими ферментами в виде документально подтвержденного повышения массы тела и уменьшения диареи;
- имеются визуализационные признаки, соответствующие степени изменений Кембридж-1 и выше;
- или наличие визуализационных признаков, соответствующих Кембридж-3 или Кембридж-4;

Оценка степени тяжести хронического панкреатита:

- степень тяжести структурных изменений оценивается в соответствии с Кембриджской классификацией;
- степень тяжести хронического панкреатита оценивается по системе ABC;
- степень тяжести обострения хронического панкреатита оценивается в соответствии с принципами оценки тяжести острого панкреатита.

Степень изменений	ЭРХПГ, описание	Трансабдоминальное УЗИ, описание	Эндосонография, описание	КТ/МР-ХПГ, описание
Кембридж 0	При полной визуализации панкреатических протоков патологические изменения отсутствуют	Нормальные размеры, ровный контур, проток менее 2 мм	Отсутствие изменений	Отсутствие изменений
Кембридж 1	Изменены менее 3 боковых ветвей, главный проток равномерный	Повышение эхогенности, увеличение размеров (до 1,5 раз), проток менее 3 мм, структура неоднородная с участками высокой и низкой эхогенности	Дольчатая сотовидная структура (акцентуация дольчатого паттерна), проток менее 3 мм	В настоящее время с помощью КТ/МРПГ не выявляется
Кембридж 2	Изменены более 3 боковых ветвей, главный проток равномерный	Неровные контуры, неравномерный просвет протока с уплотненными стенками, неоднородная структура с гиперэхогенными септами	Гиперэхогенные стенки протока, гиперэхогенные очаги, проток более 3 мм, неравномерность протока, конкременты отсутствуют	2 или более из следующих признаков: ширина протока в теле ПЖ 2-4 мм; легкое увеличение ПЖ; неоднородная структура паренхимы; мелкие кисты (менее 10 мм); неравномерность протока; более 3 измененных боковых ветвей
Кембридж 3	Более 3 патологических боковых ветвей, изменения главного протока	Неровные контуры, неравномерный просвет протока с уплотненными стенками, неоднородная структура с гиперэхогенными септами, а также кисты, очаговые кальцинаты	Дольчатая сотовидная структура, септы, гиперэхогенные очаги	2 или более из следующих признаков: ширина протока в теле ПЖ 2-4 мм; легкое увеличение ПЖ; неоднородная структура паренхимы; мелкие кисты (менее 10 мм); неравномерность протока; более 3 измененных боковых ветвей + изменённый главный проток (>4 мм)
Кембридж 4	Более 3 патологических боковых ветвей, изменения главного протока, а также кисты, внутрипротоковые конкременты, стриктуры, вовлечение соседних органов	Кембридж 3, а также конкременты в протоке, обструкция протока, опухолеподобное увеличение органа более чем в 2 раза, тромбоз селезеночной вены	Дольчатая сотовидная структура, септы, гиперэхогенные очаги, кальцинаты, конкременты в протоке, кисты	Один из признаков Кембридж 2 или 3 + один или несколько из следующих изменений: кисты более 10 мм; паренхиматозные кальцинаты; интрадуктальные дефекты наполнения (конкременты); обструкция протока (стриктуры); выраженная неравномерность протока

Хронический панкреатит: визуализационные диагностические критерии в соответствии с модифицированной Кембриджской классификацией

Основание: Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь №54 от 01.06.2017 года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения»

Хронический панкреатит:

диагностика

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов с
заболеваниями органов пищеварения»

Обязательная	Дополнительная
<ul style="list-style-type: none">- Оценка статуса питания- ОАК- ОАМ, амилаза мочи- БАК: билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, глюкоза, амилаза, ХС, триглицериды- ЭКГ- УЗИ органов брюшной полости- ЭГДС с оценкой области фатерова соска	<ul style="list-style-type: none">- БАК: общий белок, альбумин, кальций, мочеви́на, ЛДГ, С-реактивный белок, (при наличии признаков острого (обострения хронического) панкреатита)- Оценка экзокринной функции поджелудочной железы (при решении экспертных вопросов, сомнительном диагнозе хронического панкреатита)- КТ ОБП (при сомнительных или требующих уточнения результатах УЗИ ОБП)- ЭРХПГ или МР-ХПГ (при сомнительных результатах других инструментальных исследований или признаках обструкции панкреато-билиарного дерева)- Эндосонография (при сомнительных или требующих уточнения результатах других инструментальных исследований)- Биопсия поджелудочной железы (при наличии изменений, требующих дифференциальной диагностики с опухолью поджелудочной железы)- Раковый антиген 19-9 (далее - СА 19-9) (при наличии изменений, требующих дифференциальной диагностики с опухолью поджелудочной железы)- Врачебная консультация врача-хирурга (при наличии признаков тяжелого обострения хронического панкреатита (острого панкреатита), при осложнениях, неэффективности консервативной терапии болевого синдрома)- Пробная терапия панкреатическими ферментами: панкреатин в капсулах 20-25 тыс. ЕД Ph. Eur. липазы на каждый прием пищи в течение 2 месяцев с оценкой динамики частоты стула и массы тела (при кишечных симптомах для уточнения роли экзокринной недостаточности в генезе симптомов).

Оценка степени тяжести хронического панкреатита:

- степень тяжести структурных изменений оценивается в соответствии с Кембриджской классификацией;
- степень тяжести хронического панкреатита оценивается по системе ABC;
- степень тяжести обострения хронического панкреатита оценивается в соответствии с принципами оценки тяжести острого панкреатита:

- Оценка состояния по шкале APACHEII (в первые 48 часов после госпитализации): <8 баллов – лёгкий панкреатит (острый или обострение), 8 баллов и более – тяжёлый панкреатит (острый или обострение)

- Оценка тяжести острого панкреатита по шкале Glasgow (в первые 48 часов после госпитализации): более 3 критериев – тяжёлый острый панкреатит (критерии: возраст >55 лет, лейкоциты >15×10⁹, глюкоза >9,99 ммоль/л, мочевины >16,1 ммоль/л, кальций <2 ммоль/л, альбумин <32 ммоль/л, ДЛГ >600 U/l, АсАТ или АлАТ >100 U/l, парциальное давление O₂ <60 мм Hg)

- Оценка тяжести острого панкреатита по шкале Ranson (таблица): <3 – лёгкий, 3-5 – средний, >5 – тяжёлый. Летальность: 0-2 – 1%, 3-4 – 16%, 5-6 – 40%, 7-8 – 100%

	Алкогольный	Билиарный
	Оценка при поступлении	
Возраст	>55 лет	>70 лет
Лейкоциты	>16×10 ⁹	>18×10 ⁹
Глюкоза	>11,1 ммоль/л	>12,2 ммоль/л
ЛДГ	>350 U/l	>400 U/l
АсАТ	>250 U/l	>250 U/l
	Оценка через 48 часов	
Снижение Hmt	>10%	>10%
Прирост мочевины	>1,8 ммоль/л	>0,7 ммоль/л
Кальций	<2 ммоль/л	<2 ммоль/л
Парциальное давление O ₂	<60 мм Hg	<60 мм Hg
Дефицит оснований	>4 ммоль/л	>5 ммоль/л
Секвестрация жидкости	>6 л	>4 л

Хронический панкреатит:

оценка степени тяжести

Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь №54 от 01.06.2017 года
 «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения»

Хронический панкреатит: классификация

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов с
заболеваниями органов пищеварения»

- ABC-система оценки степени тяжести:
 - стадия А: болевой синдром, наличие УЗИ-, КТ-, РХПГ-, эндоУЗИ-критериев, отсутствие экзокринной или эндокринной недостаточности;
 - стадия В: болевой синдром, наличие УЗИ-, КТ-, РТПГ-, эндоУЗИ-критериев, отсутствие экзокринной или эндокринной недостаточности, наличие осложнений: билиарная обструкция, обструкция двенадцатиперстной кишки, псевдокисты, фистулы и другое;
 - стадия С: болевой синдром, наличие УЗИ-, КТ-, РТПГ-, эндоУЗИ-критериев, нарушение эндокринной (С1) или экзокринной (С2) функции с осложнениями или без;
- Классификация хронического панкреатита по факторам риска (TIGAR-O):
 - токсико-метаболический (Toxic-metabolic);
 - идиопатический (Idiopathic);
 - генетически детерминированный (Genetic);
 - аутоиммунный (Autoimmune);
 - исход рецидивирующего или тяжелого острого панкреатита (Recurrent and severe acute pancreatitis);
 - обструктивный (Obstructive)
- Марсельско-Римская классификация хронического панкреатита:
 - хронический обструктивный панкреатит;
 - хронический кальцифицирующий панкреатит;
 - хронический воспалительный (аутоиммунный) панкреатит;
 - хронический панкреатит с ретенционными кистами и псевдокистами;
 - фиброз

Хронический панкреатит:

осложнения

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов с
заболеваниями органов пищеварения»

- панкреатическая псевдокиста (острая, хроническая);
- панкреатический абсцесс;
- панкреатический асцит;
- панкреатический плеврит;
- обтурация холедоха;
- стеноз двенадцатиперстной кишки;
- портальная гипертензия, варикозное расширение вен дна желудка;
- гастродуоденальное кровотечение;
- тромбоз чревных сосудов;
- рак поджелудочной железы

Хронический панкреатит:

формулировка диагноза

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов с
заболеваниями органов пищеварения»

Диагноз:

- нозология;
- этиология;
- морфологическая форма;
- тяжесть по системе ABC;
- осложнения

Примеры:

- Хронический панкреатит алкогольной этиологии, кальцифицирующий, стадия С1. Осложнения: билиарная гипертензия, киста хвоста поджелудочной железы больших размеров (10 см)

Хронический панкреатит:

цели лечения и показания к госпитализации

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов с
заболеваниями органов пищеварения»

- **Цели лечения хронического панкреатита:**

- купирование (уменьшение) болевого синдрома;
- коррекция экзокринной недостаточности;
- нормализация статуса питания;
- коррекция нарушений углеводного обмена

- **Показания для госпитализации:**

- обострение нетяжелой степени, резистентность к стандартной терапии в амбулаторных условиях, недостаточность питания средней или тяжелой степени (госпитализация пациента в терапевтическое, гастроэнтерологическое или хирургическое отделения);
- обострение тяжелой степени (госпитализация пациента в хирургическое отделение или отделение интенсивной терапии и реанимации)

Хронический панкреатит: немедикаментозное лечение

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов с
заболеваниями органов пищеварения»

- отказ от алкоголя, курения
- дробное питание, суточное потребление белка 1-1,5 г/кг массы тела
- при высоком нутритивном риске – смеси для энтерального питания 500-1000 ккал/сут дополнительно к основному рациону

УО «Витебский государственный
ордена Дружбы народов медицинский университет»
Кафедра общей врачебной практики

УО «Витебский государственный
ордена Дружбы народов медицинский университет»
Кафедра общей врачебной практики

УО «Витебский государственный
ордена Дружбы народов медицинский университет»
Кафедра общей врачебной практики

Хронический панкреатит:

медикаментозное лечение

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов с
заболеваниями органов пищеварения»

- при болевом синдроме:
 - терапия первого выбора – парацетамол 500 мг 3-4 раза/сут,
 - при неэффективности парацетамола – НПВС в средних терапевтических дозах;
 - в случаях тяжелого болевого синдрома и неэффективности НПВС – рассмотрение вопроса о хирургическом лечении либо трамадол 50-100 мг 3-4 раза/сут;
- при наличии клинических признаков синдрома мальдигестии (хроническая диарея, прогрессирующее снижение массы тела):
 - панкреатин в капсулах из расчета 25000-50000 тыс. ЕД Ph, Eur. липазы на каждый прием пищи постоянно;
- при нарушении углеводного обмена – лечение в соответствии с рекомендациями врача-эндокринолога.

Хронический панкреатит: контроль эффективности лечения

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов с
заболеваниями органов пищеварения»

- Пациент с хроническим панкреатитом относится к группе риска по раку поджелудочной железы
- Критериями эффективности лечения и диспансерного наблюдения пациента с хроническим панкреатитом являются: поддержание нормального статуса питания, снижение нетрудоспособности, раннее выявление осложнений.

Хронический панкреатит: диспансеризация

Основание:

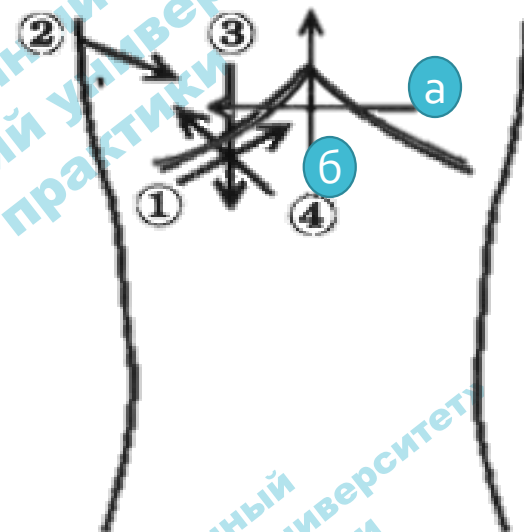
- Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь №54 от 01.06.2017 года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения»;
- Постановление министерства здравоохранения Республики Беларусь №96 от 12.08.2016 г. «Об утверждении Инструкции о порядке проведения диспансеризации»

- пациенты с хроническим панкреатитом при наличии кальцинатов, кист, нарушении статуса питания относятся к группе диспансерного наблюдения Д(III) и подлежат диспансерному наблюдению у врача-гастроэнтеролога, врача-терапевта участкового (врача общей практики) постоянно;
- объем и кратность диагностики хронического панкреатита при диспансерном наблюдении включают: 1 раз в год: медицинский осмотр с оценкой статуса питания, ОАК, глюкоза крови, биохимическое исследование крови (билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, белок, амилаза), УЗИ ОБП; 1 раз в 2 года: ЭГДС;

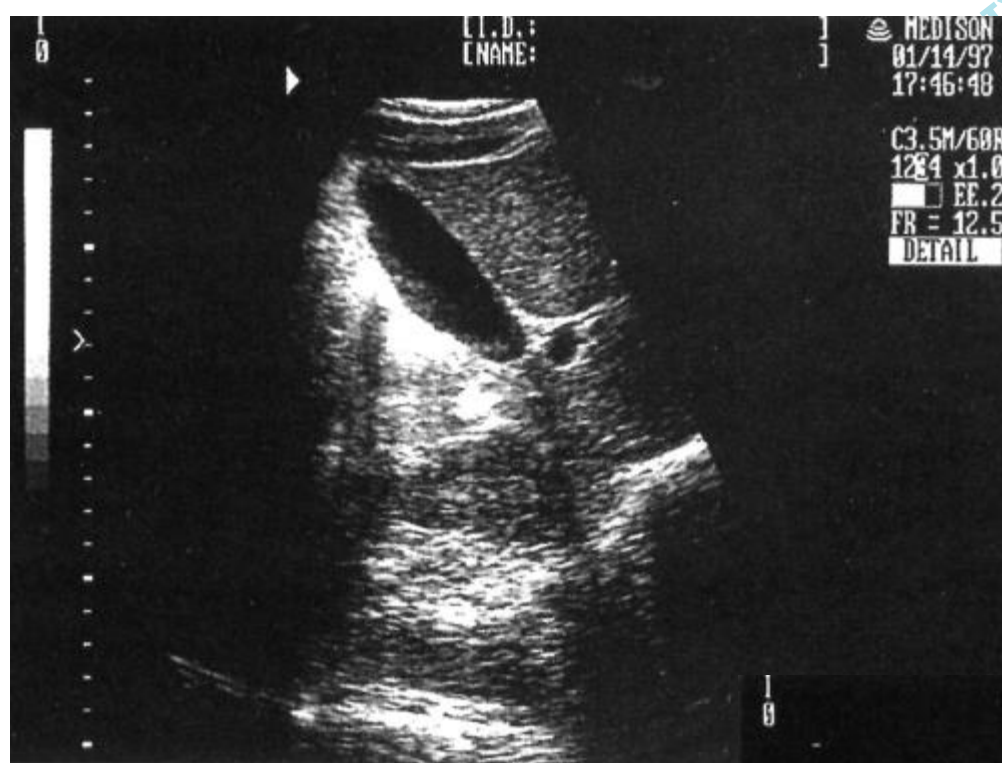
К86 Другие болезни поджелудочной железы К86.0 Хронический панкреатит алкогольной этиологии К86.1 Другие хронические панкреатиты	Проводится при хроническом панкреатите (при наличии кальцинатов, кист, нарушении статуса питания):	Наблюдение врача-гастроэнтеролога, врача-терапевта участкового (врача общей практики) – постоянно
	1 раз в год:	
	медицинский осмотр с оценкой статуса питания; ОАК, БАК: глюкоза, билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, белок, амилаза; УЗИ ОБП	
	1 раз в 2 года – ЭГДС	

УЗИ желчного пузыря, положение датчика при сканировании желчного пузыря

- 1,3 - в положении на спине
- 2,4 - в положении на левом боку
- а – поперечное сканирование поджелудочной железы
- б – продольное сканирование поджелудочной железы



Эхографическая картина нормального и деформированного желчного пузыря

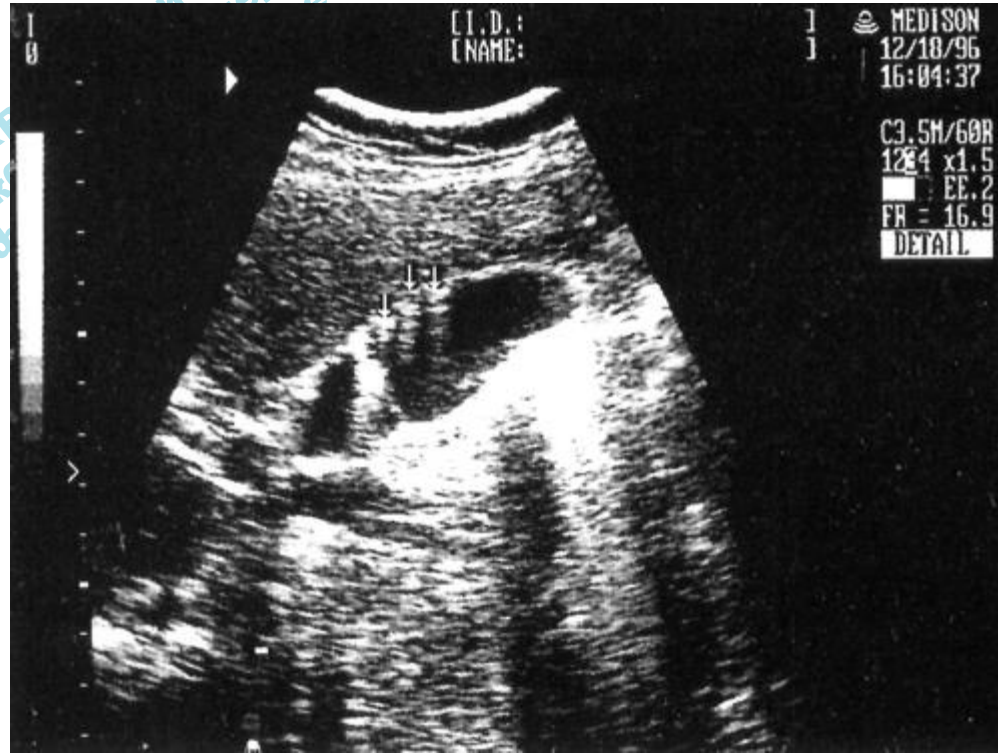


УО «Витебск»
ордена Дружбы народов
Кафедра об



«Витебский государственный
медицинский университет»
Кафедра хирургической практики

Эхографическая
картина
холестероза
желчного
пузыря
(холестериновые
полипы отмечены
стрелками)



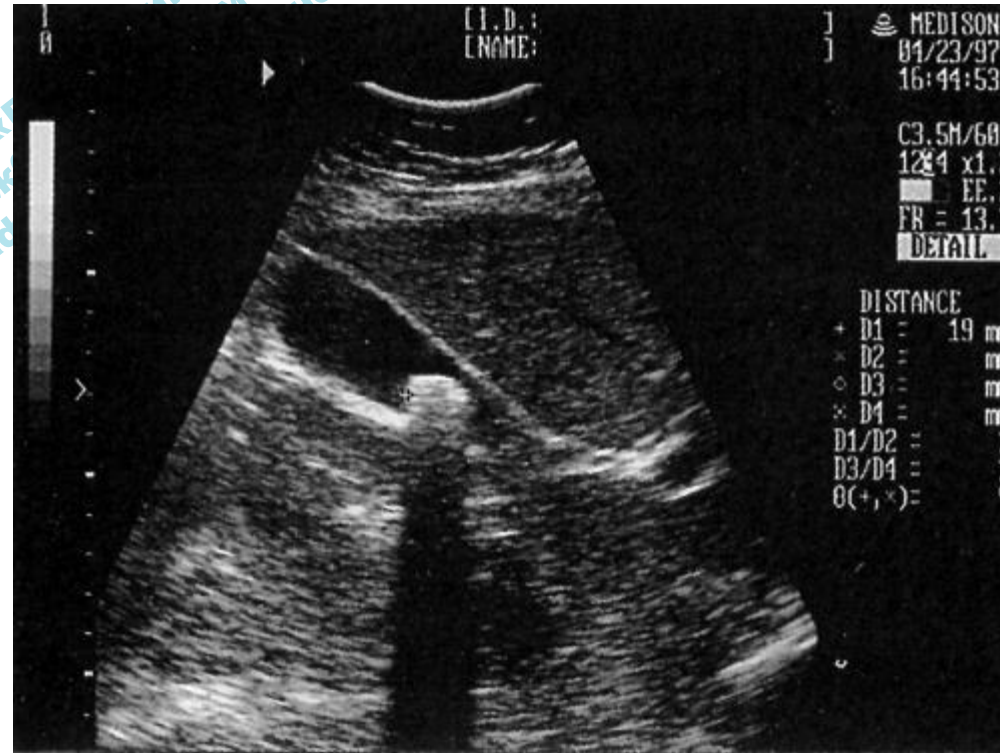
Эхографическая
картина ЖКБ:
множественные
мелкие (1-2 мм)
плавающие
конкременты в
полости желчного
пузыря



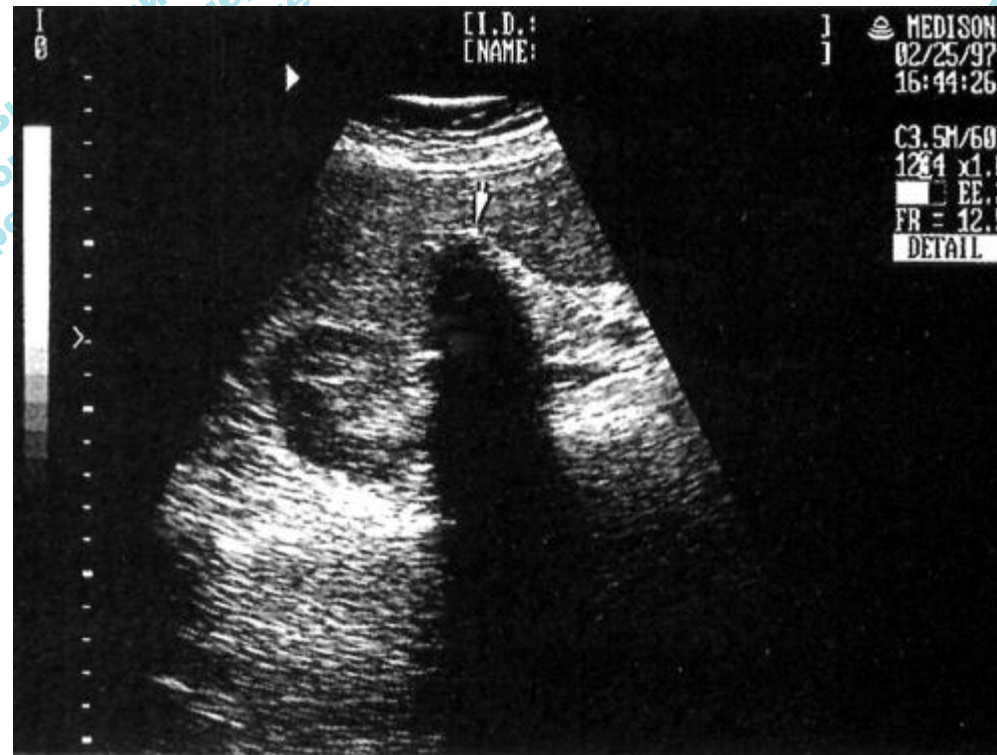
Эхографическая картина ЖКБ:
два «мягких»
холестериновых
конкремента
(отмечены
стрелками)



Эхографическая картина ЖКБ: конкремент размером 1,9 см, дающий за собой акустическую тень



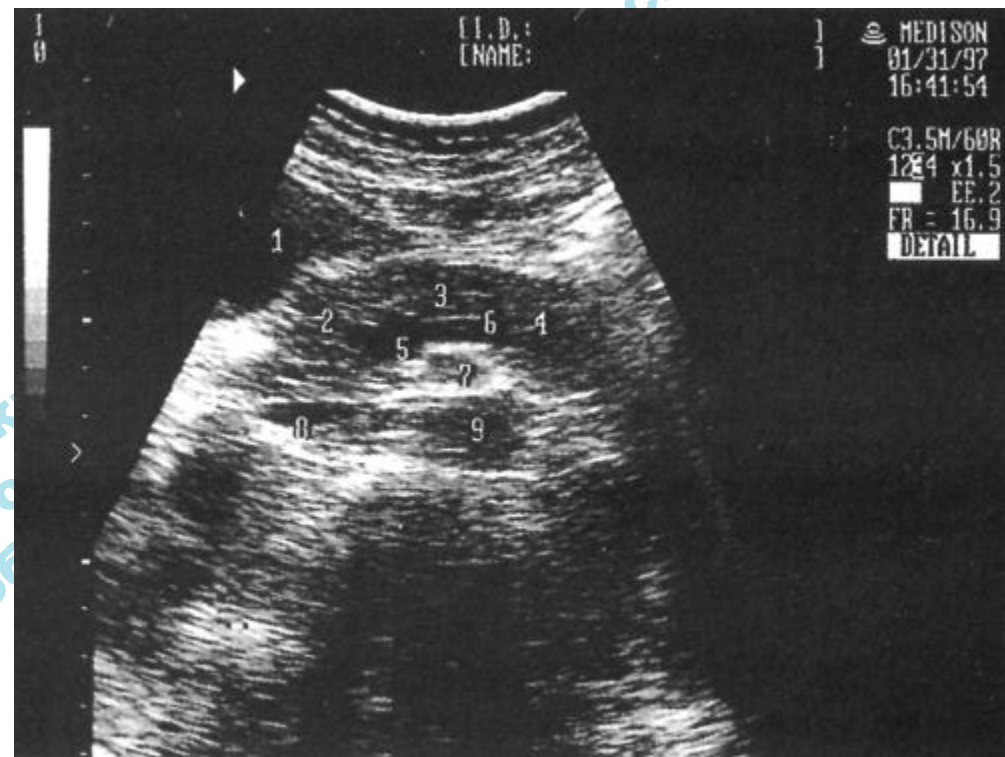
Эхографическая картина ЖКБ: отключённый желчный пузырь



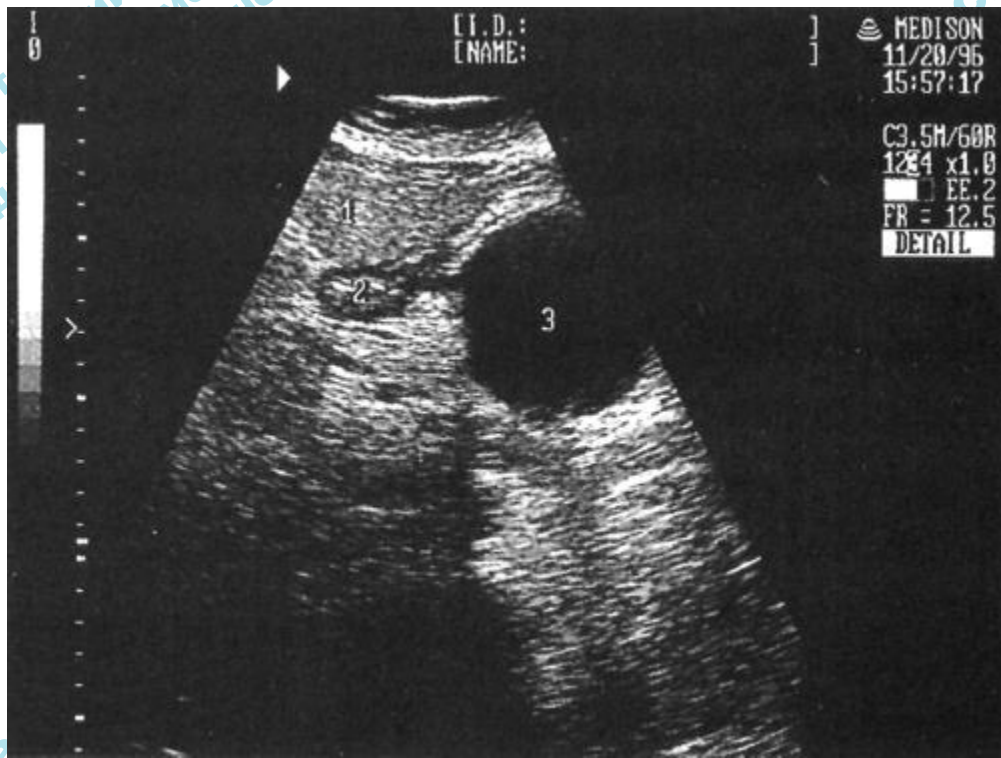
- В области проекции желчного пузыря визуализируется конгломерат плотных эхо-структур (отмечен стрелкой), дающий за собой акустическую тень.

Эхографическая картина нормальной поджелудочной железы

- 1 – печень,
- 2 – головка,
- 3 – тело,
- 4 – хвост железы,
- 5 – портальная вена,
- 6 – селезеночная вена,
- 7 – верхняя брыжеечная артерия,
- 8 – нижняя полая вена,
- 9 – аорта



Эхографическая картина псевдокисты поджелудочной железы



- 1 – печень
- 2 – желудок
- 3 киста

Лечение ЖКБ



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

— Здравствуйте, дети!
Кто у вас болен?
Как живете,
как животик? —
Погляжу
из очков
кончики язычков.

Владимир Владимирович
Маяковский



Джордж Беллоуз
Демпси и Фирпо, 1924
холст, масло