

Хронический холецистит и хронический панкреатит у детей

*Клинический протокол диагностики и
лечения МЗ РК №18 30.11.2015г*

Подготовила : Каримова Ш.

Приняла : Жолдыбаева А.М.

Группа : Ом-515рП

Целью презентации является дать информацию о хроническом холецистите, панкреатите методах их лечения, диагностики и профилактики пациентов

Цели работы:

- ▣ 1. Что такое хронический холецистит?
- ▣ 2. Что такое хронический панкреатит?
- ▣ 3. Как проводится диагностика этих заболеваний согласно протоколу?
- ▣ 4. Какие методы лечения необходимы для лечения хронического холецистита и панкреатита?

Вопросы по теме :

- ▣ 1. определение
- ▣ 2. коды по МКБ-10
- ▣ 3. клиническая классификация
- ▣ 4. клиническая картина
- ▣ 5. диагностика
- ▣ 6. дифференциальная диагностика
- ▣ 7. лечение
- ▣ 8. профилактика
- ▣ 9. госпитализация

Содержание :

- ▣ Хронический холецистит – это хроническое воспалительное поражение стенки желчного пузыря, развивающееся медленно и с постепенным его склерозированием и деформацией. В детском возрасте холецистит может быть связан с глистными инвазиями и лямблиозом

Определение



□

К 81.0 Острый холецистит

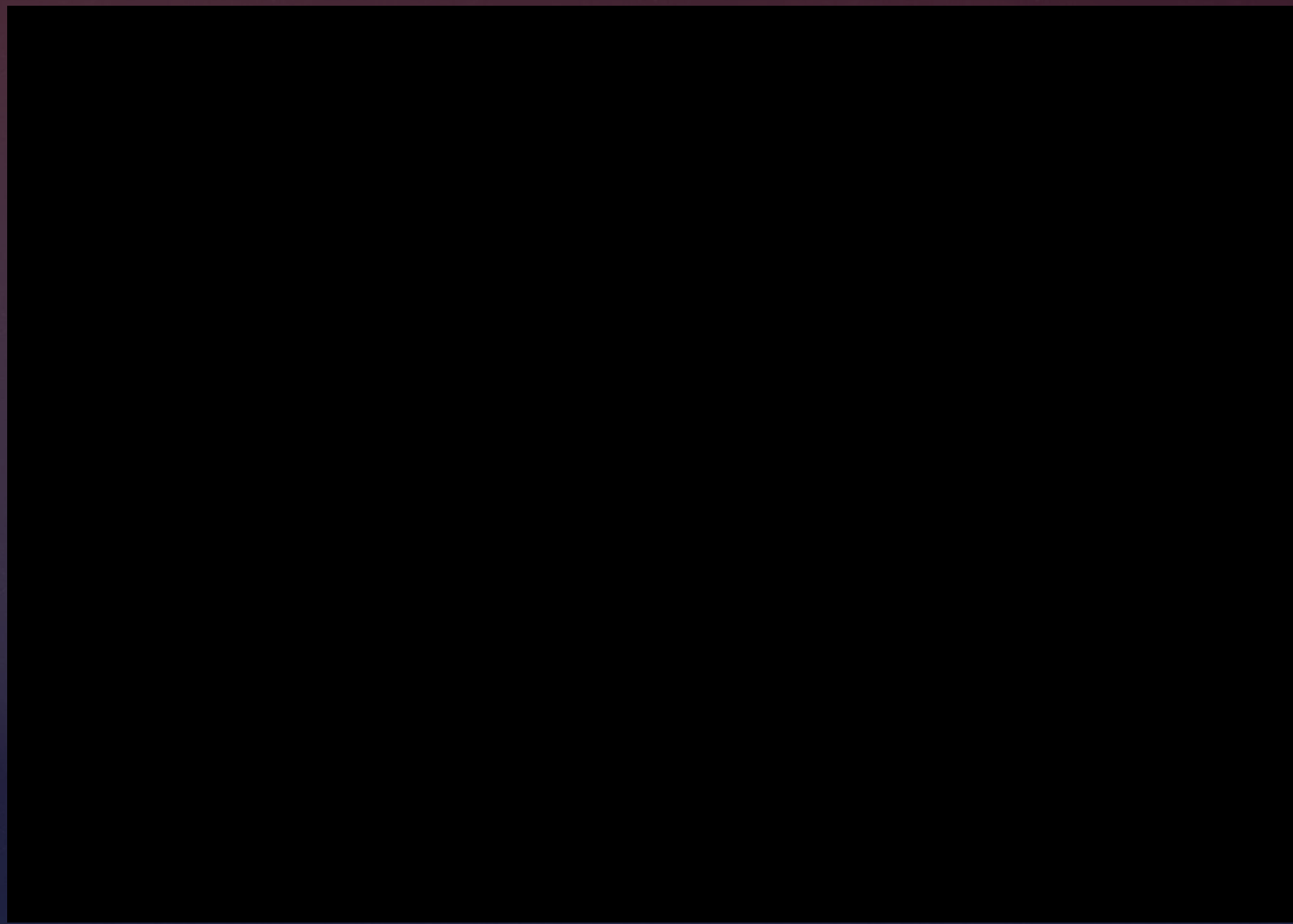
К 81.1 Хронический холецистит

К 83.0 Холангит

К 83.8 Другие уточненные болезни желчевыводящих путей

К 83.9 Болезнь желчевыводящих путей неуточненная

Код(ы) МКБ-10



▣ **По течению:**

- острое;
- хроническое;
- рецидивирующее.

По характеру воспаления:

- катаральный;
- флегмонозный;
- гангренозный.

По фазе заболевания:

- обострение;
- неполная ремиссия;
- ремиссия.



Классификация :



Диагностические критерии :

Жалобы и анамнез:

Жалобы:

Тупые приступообразные боли в правом верхнем квадранте (особенно после жирной и жареной пищи, острых блюд, газированных напитков) в сочетании с диспепсическими расстройствами горечь во рту:

- рвота;
- отрыжка;
- снижение аппетита;
- запор или неустойчивый стул;
- дерматиты;
- головная боль;
- слабость;
- утомляемость.

Клиническая картина

▣ **Анамнез:**

- погрешности в питании;
- дисфункция билиарного тракта;
- малоподвижный образ жизни;
- злоупотребление некоторыми лекарственными препаратами;
- патология развития;
- наследственная отягощенность.

Физикальное обследование:

резистентность мышц в правом подреберье, положительные «пузырные» симптомы: Кера (болезненность в точке желчного пузыря), Ортнера (болезненность при косом ударе по правому подреберью), Мерфи (резкая болезненность на вдохе при глубокой пальпации в правом подреберье), болезненность при пальпации правого подреберья, симптомы умеренно выраженной хронической интоксикации.

- ▣ **Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:**
 - ОАК;
 - ОАМ;
 - Биохимический анализ крови (АСТ, АЛТ, билирубин);
 - Исследование кала (копрограмма);
 - УЗИ органов брюшной полости;

Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- Биохимический анализ крови (определение альфа-амилаза, глюкозы, щелочной фосфатазы, холестерина)
- ФГДС;
- Дуоденальное зондирование;
- ЭКГ.

Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию:
согласно внутреннему регламенту стационара с учетом действующего приказа уполномоченного органа в области здравоохранения.

Диагностика

- ▣ **Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне** (при экстренной госпитализации проводятся диагностические обследования не проведенные на амбулаторном уровне):
- ОАМ – 1 раз в 10 дней
 - ОАК – 1 раз в 10 дней
 - Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин);
 - Исследование кала (копрограмма);
 - Бактериологический анализ желчи;
 - УЗИ органов брюшной полости;

Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне:

- Биохимический анализ крови (определение диастазы, глюкозы крови, щелочной фосфатазы, холестерина)
- ФГДС;
- Холангиохолецистография внутривенная;
- Дуоденальное зондирование (если не проводили на амбулаторном уровне).

▣ **Показания для консультации узких специалистов:**

- консультация оториноларинголога – с целью выявления хронических очагов инфекции и их санации;
- консультация стоматолога – с целью выявления хронических очагов инфекции и их санации;

Инструментальные исследования:

- На УЗИ - уплотнение и утолщение желчного пузыря более 2 мм, увеличение его размеров более чем на 5 мм от верхней границы нормы, наличие паравезикальной эхонегативности, сладж-синдром (Международные критерии воспаления желчного пузыря, Вена, 1998);
- ФГДС - эндоскопический метод диагностики, позволяющий детально рассмотреть состояние слизистой оболочки верхней части желудочно-кишечного тракта, в частности, сфинктер Одди.
- Холангиохолецистография — позволяет выяснить анатомическое строение и функциональное состояние жёлчного пузыря и жёлчных протоков, выявить наличие в них конкрементов (желчнокаменная болезнь), воспалительных изменений (холецистит, холангит), нарушение опорожнения (дискинезии);
- Дуоденальное зондирование – позволяет определить тип секреции желчи, учитывают время появления порций и количество желчи. При обнаружении хлопьев слизи, билирубина, холестерина ее микроскопируют: наличие лейкоцитов, билирубинатов, лямблий подтверждает диагноз. Наличие изменений в порции В указывает на процесс в самом пузыре, а в порции С – на процесс в желчных ходах.

▣ Лабораторные исследования:

ОАК (лейкоцитоз, нейтрофилез, ускоренная СОЭ), бактериологическое, цитологическое и биохимическое исследование дуоденального содержимого (снижение относительной плотности, увеличение вязкости, сдвиг pH в кислую среду, уменьшение содержания желчных кислот, билирубина).



Заболевания	Клинические критерии	Лабораторные показатели
Хронический гастродуоденит	Локализация боли в эпигастрии боли в области пупка и пилородуоденальной зоне; выраженные диспептические проявления (тошнота, отрыжка, изжога, реже - рвота); сочетание ранних и поздних болей;	Эндоскопические изменения на слизистой оболочке желудка и ДК (отек, гиперемия, кровоизлияния, эрозии, атрофия, гипертрофия складок и т.д.); Наличие <i>H. pylori</i> - цитологическое исследование, ИФА и др.
Хронический панкреатит	Локализация боли слева выше пупка с иррадиацией влево, может быть опоясывающая боль	Повышение амилазы в моче и крови, активность трипсина в кале, стеаторея, креаторея. По УЗИ - увеличение размеров железы и изменение ее эхологической плотности
Хронический энтероколит	Локализация боли вокруг пупка или по всему животу, уменьшение их после дефекации, вздутие живота, плохая переносимость молока, овощей фруктов, неустойчивый стул отхождение газов	В копрограмме - амилорея, стеаторея, креаторея, слизь, возможны лейкоциты, эритроциты, признаки дисбактериоза.
Язвенная болезнь	Боли «преимущественно» поздние, через 2-3 часа после еды. Возникают остро, внезапно, болезненность при пальпации резко выражена, определяется напряжение брюшных мышц, зоны кожной гиперестезии, положительный симптом Менделя.	При эндоскопии – глубокий дефект слизистой оболочки окруженный гиперемированным валом, могут быть множественные язвы.

▣ Цели лечения:

- снятие обострения заболевания;
- коррекция моторных нарушений;
- купирование воспалительного, болевого и диспепсического синдромов

Тактика лечения

При оценке микросоциальных условий как удовлетворительных и \ или нетяжелом уровне расстройства рекомендуется преимущественно амбулаторное лечение. В случае усложненной клинической картины (за счет коморбидных состояний) и \ или неэффективности вмешательства на амбулаторном этапе решается вопрос о стационарном лечении.

Лечение

▣ Немедикаментозное лечение

Диета №5 при холецистите – это один из важнейших пунктов лечения и включает учащение приема пищи до 4-6 раз в день. Суточная калорийность рациона соответствует калорийности для здорового ребенка. В стационаре больной получает диету № 5 по Певзнеру.

Минеральные воды стимулируют секрецию желчи, выделение, уменьшение вязкости и разжижение ее. Воду пьют в количестве 3 мл на 1 кг массы тела маленькими глотками. Чаще применяют Ессентуки № 4, 17 боржом. Если холецистит осложняется гиперацидным гастритом, то минеральную воду (ессентуки № 4 боржом) дают за 1–1,5 ч до еды, гипоацидным или нормацидным гастритом – за 40 мин до приема пищи. Курс лечения минеральными водами. 2 недели. с перерывом между следующим курсом в 3–6 мес.

Лечебная физкультура существенно улучшает отток желчи и является важным компонентом лечения больных, страдающих хроническим холециститом и функциональным расстройством билиарного тракта

Санаторно-курортное лечение. В санаторном лечении нуждаются дети с длительным течением болезни, с частыми обострениями.

Таблица 2 –Основные медикаменты:

МНН	Терапевтический диапазон	Курс лечения
Амоксициллин	250 мг, 500мг капсула, 500 мг, детям 2-7лет 250 3 раза в день , старше 7 лет 500мг 3 раза	7 дней
Азитромицин,	детям от 6 до 12 лет 20мг/кг 1 раз в день, старше 12 лет 500мг в в деньзасутки	7 дней
Триметоприм+Сульфаметоксазол	детям от 3 до 5 лет препарат назначают по 240 мг 2 раза/сут; детям от 6 лет - по 480 мг 2 раза/сут.	7 дней
Флуконазол	1г-12 лет 3-6мг/кг, с 12 лет 50 мг/сут. 1 раз, курс 7-14 дней	7 дней
Омепразол	дети с массой тела 10-20кг по 10мг 1 раз в день, при необходимости до 20мг 1 раз в день; дети с массой тела более 20 кг-по 20 мг 1 раз в день;	7-10 дней
Дротаверин	от 6 до 12 лет максимальная суточная доза составляет 80 мг в два приема, детям старше 12 лет максимальная суточная доза составляет 160 мг в 2-4 приема.	3-5 дней
Панкреатин	500-700 МЕ/кг/сут. х 3 раза во время приема пищи	10 дней
Урсодезоксихолевая кислота	10мг/кг/сут однократно	длительно

МНН	Терапевтический диапазон	Курс лечения
Лансопризол	дети с массой тела 10-20кг по 10мг 1 раз в день, при необходимости до 20мг 1 раз в день; дети с массой тела более 20 кг-по 20 мг 1 раз в день;	10 дней
Эзомепразол	дети с массой тела 10-20кг по 10мг 1 раз в день, при необходимости до 20мг 1 раз в день; дети с массой тела более 20 кг-по 20 мг 1 раз в день;	10 дней
Гиосцина бутилбромид	детям до 1 года – внутрь в виде суспензии по 5 мг 2-3 раза в сутки или по 1 свече (ректальные свечи по для детей младшего возраста по 7,5 мг), детям старше 6 лет по 1-2 таблетки 3-5 раз в день.	3-5 дней
Платифиллин	0,2-0,3мг/кг 2 раза в день	3-5 дней
Домперидон	0,25-1,0 мг/кг;	3-5 дней
Силимарин	детям старше 6 лет 1 капсула в 3 приема	10 дней
Магния сульфат	0.2мг/кг в сутки	3-5 дней
Дымянки лекарственной травы экстракта сухого	Капсула детям старше 6 лет 100мг трехкратно	10 дней

Лоперамид	1мес-1год 100-200мкг/кг 2 р в сутки до еды, 1г -12лет 100-200мкг/кг (макс 2мг)3 раза в сутки ,12-18 лет-2-4мг 2-3 раза в день до еды.ф	3-5 дней
Ретинола пальмитат	для детей – 1000 – 5000 МЕ/сут в зависимости от возраста	10 дней
Альфа –токоферола ацетат	0,5-1 к х 3 раза в день – 10 дней.	10 дней
Тиамина бромид	0,5-1 мл 10 дней	10 дней
Пиридоксина гидрохлорид	0,5-1 мл 10 дней	10 дней
Пирантел	в возрасте от 6 мес. до 2 лет - 125мг(1/2таб. или 1/2 лож.); от 6 до 12 лет - 500мг (2таб, или 2лож.); старше 12 лет 750 мг (3таб. или 3лож.)	1 день
Мебендазол	детям старше 10 лет по 100мг однократно	1 день
Симетикон	1-2 ч.ложки эмульсии или капли или 1-2 таблетки; детям раннего возраста по 1 ч.ложке эмульсии с пищей или капли 3-5 раз.	3-5 дней
Расторопши пятнистой плодов экстракта сухого	детям старше 6 лет 200мг трехкратно	10 дней

Медикаментозное лечение, оказываемое на этапе скорой неотложной помощи
(таблица 4):

МНН	Терапевтический диапазон
Дротаверина гидрохлорид	от 6 до 12 лет максимальная суточная доза составляет 80 мг в два приема, детям старше 12 лет максимальная суточная доза составляет 160 мг в 2-4 приема.
Гиосцина бутилбромид	детям до 1 года – внутрь в виде суспензии по 5 мг 2-3 раза в сутки или по 1 свече (ректальные свечи по для детей младшего возраста по 7,5 мг), детям старше 6 лет по 1-2 таблетки 3-5 раз в день.
Платифиллина	0,2-0,3мг/кг 2 раза в день
Папаверина	0,3-0,5 мг/кг веса



Индикаторы эффективности лечения:

- отсутствие обострения заболевания;
- восстановление моторных нарушений;
- отсутствие воспалительного, болевого и диспепсического синдромов.

- ▣ Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации: (плановая, экстренная):

Показания для экстренной госпитализации:

- выраженный, некупируемый болевой синдром.

Показания для плановой госпитализации:

- выраженный болевой синдром и диспепсия;
- частые (более 3 раз в год) рецидивы.

Госпитализация

▣ **Профилактические мероприятия.**

- предупреждение инфекционных осложнений;
- предупреждение формирования желчекаменной болезни .

Дальнейшее ведение (после стационара):

Частота наблюдения 2 раза в год (плановая), в зависимости от состояния пациента частота может увеличиться.

Медицинские осмотры проводятся согласно маршруту пациента, при появлении признаков прогрессирования и изменении лабораторных показателей направление к ВОП. Соответственно врачи проводят контроль за состоянием пациента. При появлении признаков прогрессирования направляют в стационар. Дополнительно консультация профильных специалистов - Врач-гастроэнтеролог
Наименование и частота лабораторных и диагностических исследований - ОАК, ОАМ 2 раза в год (в течение 2 -3 дней). Биохимический анализ крови 2 раза в год (в течение 1 недели). УЗИ органов брюшной полости, холангиография 1 раз в год по показаниям (в течение 1 недели).

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия рекомендации по ведению здорового образа жизни, коррекция факторов риска. Соблюдение диеты (№ 5), 2-3 раза в году холеретические или холекинетические средства, санаторно-курортное лечение. Санация хронических инфекций

Профилактика

- ▣ **Хронический панкреатит (ХП)** – воспалительно-дегенеративное заболевание поджелудочной железы, патоморфологической основой которого являются воспаление, фиброз паренхимы с развитием внешне- и внутрисекреторной недостаточности органа.



Определение

Клиническая классификация

- ▣ **По происхождению** – первичный, вторичный и особые формы (при гиперпаратиреозе, муковисцидозе, недостаточности альфа₁-антитрипсина, БЭН при квашиоркоре);
- ▣ **По клиническому варианту** – рецидивирующий, болевой, латентный;
- ▣ **По тяжести заболевания** – легкая, среднетяжелая, тяжелая;
- ▣ **По периоду заболевания** – обострение, стихания обострения, ремиссия;
- ▣ **По функциональному состоянию поджелудочной железы:**
 - ▣ • внешнесекреторная функция – гипосекреторный, гиперсекреторный, обтурационный, нормальный тип панкреатической секреции;
 - ▣ • внутрисекреторная функция – гиперфункция, гипофункция инсулярного аппарата;
- ▣ **По морфологическому варианту** – интерстициальный (отечный), паренхиматозный, кистозный, кальцифицирующий;
- ▣ **Осложнения** — псевдокисты, кальцификаты, свищи, тромбофлебит селезеночной вены, сахарный диабет, холестаз, асцит, плеврит и т.д.;
- ▣ **ХП у детей** нередко развивается при наличии анатомических и структурных аномалий врожденного или генетически детерминированного характера.

□ **Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:**

- • ОАК (6 параметров);
- • ОАМ;
- • Биохимический анализ крови (определение АСТ, АЛТ, билирубина, альфа-амилазы, глюкозы, тест толерантности к глюкозе);
- • Определение альфа-амилазы мочи;
- • Исследование кала (копрограмма);
- • УЗИ органов брюшной полости;
- • ЭГДС.

□

Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- • Биохимический анализ крови (определение липазы, щелочной фосфатазы, холестерина);
- • Исследование кала на простейшие и гельминты;
- • КТ органов брюшной полости (для определения структурных изменений ПЖ);
- • МРТ органов брюшной полости (для определения структурных изменений ПЖ).

Диагностика

□ **Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию:**

- • ОАК (6 параметров);
- • Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин);
- • ОАМ;
- • Исследование кала (копрограмма);
- • Определение альфа-амилазы мочи;
- • УЗИ органов брюшной полости.

□

Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне (при экстренной госпитализации проводятся диагностические обследования непроведенные на амбулаторном уровне):

- • ОАК (6 параметров);
- • ОАМ;
- • Биохимический анализ крови (определение АСТ, АЛТ, билирубина, альфа-амилазы, глюкозы, определение тест толерантности к глюкозе)
- • Определение альфа-амилазы мочи;
- • Исследование кала (копрограмма);
- • УЗИ органов брюшной полости;
- • ФЭГДС;

- ▣ **Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне (при экстренной госпитализации проводятся диагностические обследования непроведенные на амбулаторном уровне):**
- ▣ • Биохимический анализ крови (определение липазы, щелочной фосфатазы, холестерина);
- ▣ • КТ органов брюшной полости;
- ▣ • МРТ органов брюшной полости;
- ▣ • Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография;
- ▣ • Рентгеноскопия органов брюшной полости;
- ▣ • Исследование кала на гельминты и простейшие.

▣

Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи:

- ▣ • Определение альфа-амилазы в моче;
- ▣ • Определение глюкозы крови.

-
- **Жалобы:** Характерный и постоянный симптом ХП – боль в верхнем отделе живота, эпигастральные и опоясывающие боли, иррадиирующие в спину, левую руку и левый бок, усиливается после приема пищи, физической нагрузки. Боли могут быть тупые, ноющие, колющие, приступообразные, упорные [3].
- Диспепсические расстройства:
 - • тошнота;
 - • рвота;
 - • нарушение аппетита;
 - • метеоризм;
 - • сухость во рту или повышенное слюноотделение.
-
- **Анамнез:** наследственная отягощенность по гастроэнтерологическим заболеваниям. Провоцирующими факторами являются:
 - • бактериальные и вирусные инфекции;
 - • злоупотребление консервированными продуктами;
 - • склонность к запорам, чередование запоров с поносом;

Диагностические критерии

- ▣ **Физикальное обследование [3,5,8]**
- ▣ Симптомы хронической интоксикации и полигиповитаминоза (эмоциональная лабильность, раздражительность, головная боль, слабость, серовато-зеленоватый, бледный оттенок кожи лица, особенно носогубного треугольника, «тени» или «синева» под глазами, сухость губ, заеды). Снижение массы тела. При поверхностной пальпации определяется симптом Керта – поперечно располагающаяся устойчивый мышечный дефанс над пупком; отмечается гиперестезия кожи в области слева от пупка до левого реберно-позвоночного угла (симптом Бергмана-Калька); плотность и припухлость в левом подреберье (симптом Воскресенского); при пальпации выраженная болезненность в зоне Шофарра, точках Мейо-Робсона, Кача, Де-Жардена. Развитие синдрома нарушенного всасывания с диареей (жирный блестящий кал, пенистый, с гнилостным запахом, трудно смываемый со стенок унитаза).

▣ Лабораторное обследование[3,5,8]

- ▣ В ОАК – гипохромная анемия, нейтрофилез, ускорение СОЭ, иногда – тромбоцитопения, эозинофилия.

▣

Биохимический анализ крови. Важное значение имеет определение активности ферментов – амилазы (в норме 20-100 Ед/л в крови), липазы (в норме 13-60 Ед/л в крови), трипсина в крови (в норме 98.2-229.6нг/мл), амилазы в моче (в норме до 64 Ед). Иногда может иметь место диспанкреатизм, когда секреция одного фермента повышается, а других – нормальная или пониженная.

▣

Для оценки внутрисекреторной функции поджелудочной железы имеет значение определение теста толерантности к глюкозе (в норме в первой порции 5,5 ммоль/л, во второй – менее 7,8 ммоль/л).

▣

В копрограмме креаторея (содержание непереваренных мышечных волокон) и стеаторея (наличие нейтрального жира в кале) в большом количестве.

□ **Инструментальное исследование**[1,7,8]

□ **УЗИ органов брюшной полости:** увеличение эхогенной плотности железы, появление неровности контуров и изменение размеров, у части больных отмечается уменьшение железы, выявление кальцинатов и различных деформаций протоков железы.

□ **ФЭГДС:** выбухание задней стенки желудка – признак увеличенной в размерах поджелудочной железы, признаки воспаления слизистой и дискинезии постбульбарного отдела ДПК, болезненность при проведении дуоденоскопа, признаки дуоденального папиллита.

□ **КТ, МРТ** – позволяют выявлять различные заболевания поджелудочной железы (острое или хроническое воспаление, опухоль, киста).

□ **Показания для консультации специалистов:**

- Консультация ЛОРа – с целью санации носоглотки;
- Консультация стоматолога – с целью санации ротовой полости;
- Консультация физиотерапевта – с целью купирования болевого синдрома используют электрофорез со спазмолитиками.

Заболевания	Клинические критерии	Лабораторные показатели
Хронический панкреатит	Боль в верхнем отделе живота, эпигастральные и опоясывающие боли, иррадиирующие в спину, левую руку и левый бок; боли могут быть тупые, ноющие, колющие, приступообразные, упорные; положительные симптомы Керта, Воскресенского; болезненность в зоне Шофарра, точках Мейо-Робсона, Кача, Де-Жардена.	ФЭГДС: выбухание задней стенки желудка, признаки воспаления слизистой и дискинезии постбульбарного отдела ДПК, болезненность при проведении дуоденоскопа, признаки дуоденального папиллита. УЗИ: увеличение экзогенной плотности железы, неровности контуров и изменение размеров. Повышение активности амилазы, липазы, трипсина в крови, амилазы в моче.
Хронический гастродуоденит	Локализация боли в эпигастрии, боли в области пупка и пилородуоденальной зоне; выраженные диспептические проявления (тошнота, отрыжка, изжога, реж – рвота); сочетание ранних и поздних болей;	Эндоскопические изменения на слизистой оболочке желудка и ДПК (отек, гиперемия, кровоизлияния, эрозии, атрофия, гипертрофия складок и т.д.); Наличие <i>H. pylori</i> – цитологическое исследование, ИФА и др.
Хронический холецистит	Боли в правом подреберье, болезненность при пальпации в	В крови – лейкоцитоз, нейтрофилез, ускоренная СОЭ.
	области проекции желчного пузыря, субфебрилитет или периодические подъемы температуры до фебрильных цифр, интоксикация	При УЗИ – утолщение стенки желчного пузыря, хлопья слизи в нем, застой желчи, периваскулярная реакция.
Хронический энтероколит	Локализация боли вокруг пупка или по всему животу, уменьшение их после дефекации, вздутие живота, плохая переносимость молока, овощей, фруктов, неустойчивый стул, отхождение газов	В копрограмме – амилорея, стеаторея, креаторея, слизь, возможны лейкоциты, эритроциты, признаки дисбактериоза.
Язвенная болезнь	Боли «преимущественно» поздние, через 2-3 часа после еды. Возникают остро, внезапно, болезненность при пальпации резко выражена, определяется напряжение брюшных мышц, зоны кожной гиперестезии, положительный симптом Менделя.	При эндоскопии – глубокий дефект слизистой оболочки, окруженный гиперемизированным валом, могут быть множественные язвы.

лечение

- ▣ Цели лечения:
 - ▣ • достижение клинико-лабораторной ремиссии;
 - ▣ • купирование болевого синдрома;
 - ▣ • диспепсического синдрома;
 - ▣ • нормализация уровня ферментов крови и мочи.



▣ Немедикаментозное лечение

- ▣ Диета №5. В настоящее время разработана концепция нутритивной поддержки при панкреатите, пересмотрено отношение к водно-чайной паузе, так как длительная «голодная диета» усиливает темпы липолиза, провоцирует гипо- и диспротеинемию, метаболический ацидоз, усугубляет дегенеративные изменения в поджелудочной железе. В периоде обострения ХП придерживаться принципа перехода к полноценному питанию в кратчайшие сроки, после «голодной диеты» и парентерального питания (в зависимости от остроты процесса – 24 часа и более) назначается лечебное питание с пониженным содержанием жира и физиологической нормой белка для функционального покоя поджелудочной железы. Нутритивная поддержка предусматривает полноценное кормление с частичным или полным парентеральным и энтеральным питанием. При тяжелом течении ХП назначают полное парентеральное питание, в состав которого входят растворы аминокислот, растворы углеводов (мальтодекстроза) и жировые эмульсии. Глюкоза обеспечивает основную калорийность смесей для парентерального питания. При сохранении основных функций ЖКТ предпочтение отдают раннему энтеральному питанию через назогастральный зонд или прием смесей через рот. При панкреатите детям назначают смеси «Нутриэн», «Нутризон» и др.

□

Медикаментозное лечение

- Основная цель в остром периоде ХП – ликвидация болевого синдрома, для купирования болевого синдрома используют сочетание анальгетиков и спазмолитиков.

□

Миотропные спазмолитики:

- • 2% раствор дротаверина:
 - 1-6 лет 10-20 мг;
 - 6-12 лет - 20 мг 1-2 раза в сутки;
- • мебеверин (детям с 12 лет) 2,5 мг/кг в сутки 2 раза в день.

□ **М-холинолитики:**

- • 0,2% раствор платифиллина

□ 1-5 лет - 0,015 мл/кг;

□ 6-10 лет - 0,0125 мл/кг;

□ 11-14 лет - 0,01 мл/кг.

□

- • Атропин 0.01 % раствор

□ 0,02мг. - до 6 мес

□ 0,05 мг.- 6мес.-1 год

□ 0,2мг. - 1-2 года;

□ 0,25мг 3-4 года;

□ 0,3мг. - 5-6 лет;

□ 0,4 мг.- 7-9 лет;

□ 0,5мг. - 10-14 лет

Прокинетики (в целях коррекции моторной функции желудка, двенадцатиперстной кишки, желчевыводящих путей):

- • домперидон (внутри)

□ детям старше 5 лет назначают 5 мг 2 раза в сутки;

□ старше 10 лет – 10 мг за 20-30 мин до еды 2 раза в сут в течение 7-10 сут;

□

- • тримебутин (внутри)

□ детям 3-5 лет – 25 мг 3 раза в сутки;

- **Блокаторы H₂рецепторов гистамина** внутрь 2-4 мг/кг 2 раза в сутки (максимально-300 мг /сут.) 3-4 нед, при невозможности приема внутрь вводятся ранитидин парентерально 50 мг каждые 6-8 часов максимально (300 мг/сут) или фамотидин (40-60 мг/сут).

- **Ингибиторы протонной помпы** – омепразол таблетка 20мг, 1 таблетка раз в день назначают на ночь в течение 2-3 нед.

- **Ингибиторы протеаз** (с целью снижения высокой гиперферментемии и/или ферментурии в первые несколько суток обострения):

- • аprotинин – детям вводят в суточной дозе 14 000 АТрЕ/кг массы тела в сутки.

- **Микрокапсулярные панкреатические ферменты** (с целью заместительной ферментной терапии при отсутствии высокой ферментемии и/или ферментурии) при полной внешнесекреторной недостаточности – 400 000 ЕД в сутки:

- у детей от 3 до 12 лет назначается не более 15000 ЕД липазы на 1 кг веса;
- для детей старше 12 лет 15000-20000 ЕД липазы на 1 кг веса в сутки.

- Суточная доза:

- для детей до 1,5 лет – 50 тыс. ЕД;
- старше 1,5 лет – 100 тыс.ЕД.
- Ферментная терапия проводится под контролем копрограммы.

- ▣ **Антацидные препараты** (с целью снижения кислотности содержимого желудка) 2–3 раза в день через 1,5–2 часа после еды:
- ▣ • алгелдрат+магния гидроксид 170-200 мл флакон, суспензия 15 мл
- ▣ детям в возрасте 4-12 мес. – 7,5 мл (1/2 ч.л.)
- ▣ старше года – 15 мл.

Антибактериальная терапия (с целью профилактики септических осложнений):

- ▣ • амоксициллин/клавулановая кислота внутрь 3 раза в сутки
- ▣ детям 1-7 лет – 0,375-0,468 г;
- ▣ 7-14 лет – 0,750-0,936 г,
- ▣
- ▣ • кларитромицин детям 15 мг/кг/сут в 2 приема.
- ▣
- ▣ • цефалоспорины
- ▣ внутримышечно и внутривенно 50-100 мг/кг в сут в 2-4 введения;
- ▣ суспензия 250 мг, 3 раза в сутки в течение 10 дней по:
- ▣ 5 мл – 1-3 года;
- ▣ 7,5мл. – 3-6 лет;
- ▣ 10 мл – 6 лет и старше.

- **Гормонотерапия** (в тяжелых случаях):
- • сандостатин 50 мкг/1 мл, 100 мкг/1 мл, ампула из расчета 0.05 мкг/кг, 1 раз в сутки.

Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне

- **Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения):**
- • метамизол натрия 50% раствор для инъекций в ампулах;
- • дротаверин 40 мг, 80 мг таблетки;
- • мебеверин 200 мг, капсулы;
- • омепразол, 20 мг таблетки;
- • ранитидин 150 мг таблетки;
- • фамотидин 20 мг таблетки;
- • панкреатические ферменты 10000; 20000; 25000 ЕД, таблетки в кишечнорастворимой оболочке;
- • микрокасулярные панкреатические ферменты 10000, 25000 ЕД капсулы;
- • алгелдрат+магния гидроксид, 170-200 мл флакон суспензии;
- • домперидон, 10 мг, таблетки;
- • амоксициллин/клавулановая кислота 250 мг/125 мг, 500 мг/125 мг, 875 мг/125 мг табл, 125 мг+31.25 мг суспензия;
- • апротинин 10 000 АТрЕ лиофилизат для приготовления раствора для в/в и внутривенного введения;



Медикаментозное лечение, оказываемое на стационарном уровне

- **Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность):**
 - • дротаверин 40 мг, 80 мг таблетки;
 - • мебеверин 200 мг, капсулы;
 - • гиосцина бутилбромид 10, 20 мг таблетки;
 - • омепразол, 20 мг таблетки;
 - • ранитидин 150 мг таблетки;
 - • фамотидин 20 мг таблетки;
 - • панкреатические ферменты 10000; 20000; 25000 ЕД, таблетки в кишечнорастворимой оболочке;
 - • микрокапсулярные панкреатические ферменты 10000, 25000 ЕД капсулы;
 - • алгелдрат+магния гидроксид, 170-200 мл флакон;
 - • домперидон, 10 мг, таблетки;
 - • амоксициллин/клавулановая кислота 250 мг/125 мг, 500 мг/125 мг, 875 мг/125 мг таблетки, 125 мг+31.25 мг суспензии;
 - • цефалексин 250 мг суспензии;
 - • апротинин 10 000 АТрЕ, лиофилизат для приготовления раствора для в/в и внутривидового введения;

□

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения):

- • кларитромицин, 250 мг, 500 мг таблетки, 125 мг/5 мл суспензии;
- • цефтриаксон 1.0 г порошок для инъекций в ампулах;
- • метамизол натрия 50% раствор для инъекций в ампулах;
- • платифиллин, 0,2% ампулы;
- • тримебутин, 100-200 мг, таблетки;
- • сандостатин 50 мкг/1 мл, 100 мкг/1 мл, ампулы.

□

Медикаментозное лечение, оказываемое на этапе скорой неотложной помощи:

- Для купирования болевого синдрома парентерально вводятся

□

Миотропные спазмолитики:

- • 2% раствор дротаверина 40 мг/2 мл, в разовых дозах:
- 1-6 лет 10-20 мг,
- 6-12 лет - 20 мг 1-2 раза в сутки;
- • мебеверин детям с 12 лет в дозе 2,5 мг/кг/сутки.

□

Другие виды лечения

□

Другие виды лечения, оказываемые на амбулаторном уровне:

- • физиолечение – для купирования болевого синдрома (электрофорез спазмолитиков; парафин, озокеритовые аппликации, индуктотермия).
- • лечебная физкультура.

□

Другие виды лечения, оказываемые на стационарном уровне:

- • физиолечение – для купирования болевого синдрома (электрофорез спазмолитиков; парафин, озокеритовые аппликации, индуктотермия)
- • лечебная физкультура.

□

Другие виды лечения, оказываемые на этапе скорой неотложной помощи - нет.

□ **Хирургическое вмешательство – не проводится.**

□

Профилактические мероприятия (профилактика осложнений, первичная профилактика для уровня ПМСП, с указанием факторов риска).

- Дальнейшее ведение [11]
- Диспансерное наблюдение в амбулаторно-поликлинических условиях проводится до передачи в подростковый кабинет. В течение первого года ребенок наблюдается ежемесячно, затем 1 раз в квартал.
- Соблюдение диеты №5П на протяжении 6-12 месяцев после выписки из стационара.
- Биохимический анализ крови и определение амилазы в крови и моче, копрограмма – 1 раз в 3 месяца.
- УЗИ поджелудочной железы – 2 раза в год.
- Гликемический профиль – по показаниям.
- На втором году – наблюдение ежеквартально, биохимический анализ крови – 2 раза в год; УЗИ брюшной полости - 1 раз в год. В последующие годы – 2 раза в год. Осмотр гастроэнтеролога на первом году заболевания и после обострения 2 раза в год, а затем – 1 раз в год.
- Противорецидивное лечение желательно проводить в условиях стационара в весенние и осенние месяцы на протяжении 4-6 недель. Проводится заместительная ферментотерапия (под контролем копрограммы), физиотерапия (парафин, озокеритовые аппликации, индуктотермия); фитотерапия: березовые листья, календула, семя льна, корень солодки, трава сушеницы, хвоща, фиалки трехлистной. С целью улучшения обменных процессов назначают витамины (С, В2, В6, В12). В фазе ремиссии рекомендуются минеральные воды низкой минерализации в теплом виде без газа по 50-100 мл 5-6 раз в сутки между приемами пищи. Осмотр стоматолога и ЛОР-врача для санации очагов вторичной инфекции 2 раза в год.

□

Показания для госпитализации

□

Показания для плановой госпитализации:

- • Частые рецидивы заболевания;
- • Неэффективность амбулаторного лечения.

□

Показания для экстренной госпитализации:

- • Выраженный болевой и диспепсический синдром.

Госпитализация

- ▣ В заключении можно сказать что для правильного лечения данных заболеваний необходимо знать методы лечения, правильно использовать протокол диагностики и лечения

Заключение :

▣ СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!!!