

**Львівський національний медичний університет  
імені Данила Галицького**

**кафедра хірургії №1**

## **ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ**

**Методичні рекомендації  
для студентів медичного факультету**

**Львів – 2009**

Затверджено на засіданні профільної методичної комісії з хірургічних дисциплін Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (протокол № 37 від 20 травня 2009 року)

Методичні рекомендації приготували:

ЧУКЛІН Сергій Миколайович – доктор медичних наук, професор кафедри хірургії №1 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького;

ДУТКА Яромир Романович – кандидат медичних наук, асистент кафедри хірургії №1. Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

За редакцією завідувача кафедри хірургії №1 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, академіка АМН України, доктора медичних наук, професора ПАВЛОВСЬКОГО Михайла Петровича.

Рецензенти:

КОБЗА Ігор Іванович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри хірургії №2 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

МАТВІЙЧУК Богдан Олегович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри хірургії ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Відповідальний за випуск перший проректор з навчально-педагогічної роботи Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, член-кореспондент АМН України, доктор медичних наук, професор М.Р. Гжегоцький.

**Тривалість заняття:** 4 навчальні години.

**Місце проведення заняття:** навчальна кімната, палати, діагностичні кабінети (ультразвукової діагностики, рентгенологічний, ендоскопічний), операційні, перев'язувальні.

**Матеріальне забезпечення:** слайди, проектор, навчальні фільми, таблиці, схеми, історії хвороби, рентгенограми, ультрасонограми, комп'ютерні томограми, хворі.

## **I. Актуальність теми**

Патологія підшлункової залози займає особливе місце серед хвороб органів травлення. За повідомленнями центру медичної статистики МОЗ України, в останні роки хворобам підшлункової залози притаманний найбільший приріст. Захворюваність на хронічний панкреатит (ХП) має тенденцію до зростання і виросла за десять років на 74%. Вражаючи насамперед осіб працездатного віку, маючи рецидивуючий перебіг з прогресуванням функціональної недостатності підшлункової залози, ХП часто є причиною втрати працездатності та інвалідизації хворих. Тому, своєчасне виявлення, лікування і профілактика ХП є не лише медичною, а й соціально-економічною проблемою.

Незважаючи на успіхи медикаментного і хірургічного лікування ХП – використання широкого арсеналу фармакологічних засобів, які зменшують екскреторну активність залози та інактивують ферменти, впровадження нових малоінвазійних методів хірургічного лікування – високою залишається летальність від цього захворювання. Протягом десяти років після верифікації діагнозу помирає 15-30% пацієнтів. Недостатня ефективність лікування обумовлена як анатомічними, функціональними та морфологічними характеристиками підшлункової залози, так і складністю патогенетичних механізмів розвитку ХП. Навіть застосування хірургічних методів не може гарантувати повної компенсації у пацієнтів важких больових відчуттів і запобігти порушенням функції органів шлунково-кишкового тракту.

Отже, тенденція до зростання кількості пацієнтів із ХП, важкий, інколи атипичний, перебіг захворювання, показники летальності, динамічний розвиток сучасних ендоскопічних і лапароскопічних технологій визначають необхідність вивчення усіх аспектів діагностики і комплексного лікування цієї патології.

## II. Навчальна мета заняття

1. Ознайомитися з етіологією і патогенезом хронічного панкреатиту, класифікацією, клінічною симптоматикою, основними клінічними синдромами, ускладненнями.
2. Знати анатомічну будову і функції підшлункової залози, клінічні ознаки типового перебігу захворювання, діагностичне значення лабораторних та інструментальних методів обстеження хворих і принципи сучасних методів операційних втручань.
3. Вміти визначити і проаналізувати скарги пацієнтів та анамнез захворювання, виконувати фізикальне обстеження, визначити послідовність найбільш інформаційних методів діагностики та інтерпретувати їх, встановлювати і правильно формулювати клінічний діагноз, проводити диференційну діагностику хронічного панкреатиту з іншими захворюваннями.
4. Формування науково обґрунтованого підходу до оптимальної діагностичної програми, адекватного консервативного лікування хронічного панкреатиту та визначення показань до операції і обсягу хірургічного втручання у конкретних хворих.

## III. Мета розвитку особистості

Формування професійних якостей майбутнього лікаря, ознайомлення з етичними і деонтологічними особливостями, які пов'язані зі спілкуванням з пацієнтами та колегами по роботі, розвиток клінічного мислення і відповідальності за самостійне прийняття рішень у конкретних ситуаціях. Знати нові тенденції сучасних методів діагностики і раціонального лікування пацієнтів із хронічним панкреатитом.

## IV. Міждисциплінарна інтеграція

Таблиця 1

Дисципліни	Знати	Вміти
<b>Попередні дисципліни</b>		
<b>1. Анатомія і фізіологія</b>	Анатомічну будову підшлункової залози, органів заочеревинного простору, шлунка, чепцевої сумки та функції підшлункової	Визначити топографію підшлункової залози, варіанти співвідношення кінцевого відділу загальної жовчної протоки і протоки

	залози	підшлункової залози
<b>2. Біохімія</b>	Біохімічний склад панкреатичного соку, обмін глюкози в організмі, зовнішню і внутрішню секреторну функцію підшлункової залози	Інтерпретувати зміни у біохімічному аналізі крові при хронічному панкреатиті та його ускладненнях
<b>3. Патологічна анатомія і патологічна фізіологія</b>	Теорії запалення, морфологічні ознаки хронічного панкреатиту, аномалії і вади розвитку підшлункової залози	Описати макропрепарат, визначити клінічно-морфологічну форму хронічного панкреатиту та його ускладнень
<b>4. Пропедевтика внутрішніх хвороб</b>	Послідовність опитування пацієнта, огляду, фізикального обстеження пацієнта із патологією органів черевної порожнини та заочеревинного простору	Вияснити скарги та анамнез хвороби, провести поверхневу і глибоку пальпацію живота, визначити ознаки захворювання підшлункової залози
<b>5. Фармакологія</b>	Групи і представників антибактерійних і знеболювальних препаратів, антиферментних препаратів, гормонів, розчинів для інфузії, амінокислотних і білкових препаратів	Визначити схему консервативного лікування у пацієнтів із хронічним панкреатитом і його ускладненнями
<b>6. Рентгенологія і радіологія</b>	Інформаційність методів променевої діагностики в обстеженні пацієнтів із хворобами підшлункової залози та позапечіткових жовчних проток	Обґрунтувати показання до застосування ультрасонографії, комп'ютерної томографії, рентгенологічного обстеження пацієнтів, пояснити результати
<b>Наступні дисципліни</b>		
<b>1. Шпитальна хірургія</b>	Методичні засади фізикального обстеження пацієнтів,	Провести комплексне обстеження хворого, визначити план

	діагностичний алгоритм, диференційну діагностику захворювань підшлункової залози, ускладнення та сучасні методи лікування	необхідних лабораторних і інструментальних методів діагностики, провести диференційну діагностику і призначити необхідне лікування
<b>2.Анестезіологія і реаніматологія</b>	Клініку невідкладних станів, які виникають у хворих на хронічний панкреатит, методи їх діагностики і терапії	Розпізнати симптоми невідкладних станів, провести диференційну діагностику і визначити оптимальні методи лікування
<b>Внутрішньопредметна інтеграція</b>		
<b>1. Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, ускладнена перфорацією</b>	Клініку і діагностику виразкової хвороби, ускладненої перфорацією	Перевірити симптоми подразнення очеревини, перкуторно визначити ділянку печінкової тупості, пояснити результати оглядової рентгенографії органів черевної порожнини
<b>2. Гострий холецистит</b>	Клініку і діагностику гострого холециститу	Перевірити симптоми Ortner, Murphy, Kehr, DeMussy-Георгієвського, оцінити результати лабораторних і променевих методів обстеження
<b>3.Нирковокам'яна хвороба</b>	Клініку і діагностику нирковокам'яної хвороби	Перевірити симптом Пастернацького, виявити лабораторні, сонографічні і рентгенологічні ознаки нирковокам'яної хвороби
<b>4. Цироз печінки</b>	Клініку і діагностику цирозу печінки	Перевірити симптом флюктуації, інтерпретувати результати ультрасонографії, біохімічного і цитологічного дослідження асцитичної рідини після пункції

## **V. Зміст теми заняття**

### **Етіологія**

Хронічний панкреатит (ХП) – хронічне запалення підшлункової залози, яке виявляється рецидивуючим чи постійним болем у животі, поєднаним з ознаками екзокринної й ендокринної недостатності і відзначений патологічно незворотною деструкцією паренхіми.

Основними причинами його розвитку є інтоксикація алкоголем і захворювання біліарної системи, жовчнокам'яна хвороба.

Алкогольні панкреатити діагностують у 25-56% хворих (в основному у чоловіків), а біліарні панкреатити – у 25-40% (переважно у жінок). Крім цих двох важливих етіологічних факторів відзначають також патологію ділянки великого дуоденального соска (папіліти, дивертикуліти і інші) та дванадцятипалої кишки (виразкова хвороба з пенетрацією у підшлункову залозу, ерозії, гастродуоденіти).

Серед інших причин трапляються безсистемне нерегулярне харчування з частим вживанням гострої і жирної їжі, травми підшлункової залози, панкреатотоксичні лікарські речовини (сульфаніламід, тетрациклін, хлортіазид, фуросемід, імунодепресанти, антикоагулянти, індометацин, ібупрофен, естрогени), вірусні інфекції (вірус гепатиту В і С, вірус епідемічного паротиту), гельмінтози, гіперліпідемії, гіперпаратиреоз, хронічні інтоксикації свинцем, ртуттю, фосфором, миш'яком. Виникає хронічний панкреатит при ураженнях судин, імунологічних порушеннях, нікотинівій інтоксикації. Зустрічається спадковий хронічний панкреатит, при природжених вадах підшлункової залози. У 10-30% випадках причину захворювання встановити не вдається – „ідіопатичний” панкреатит.

### **Патогенез**

У патогенезі ХП виділяють декілька ланок, які залежать від етіологічного фактора і доповнюють одна одну. Порушення впливу панкреатичного секрету внаслідок спазму чи органічного звуження сфінктера Oddi; дискінезія дванадцятипалої кишки; підвищення панкреатичної секреції під впливом інкреції гастроінтестинальних гормонів, яка стимулюється прийомом алкоголю та жирної гострої їжі; прямий токсичний вплив алкоголю і його метаболітів на тканину залози; підвищення концентрації жовчних кислот і білка в панкреатичному соку при одночасному зниженні секреції бікарбонатів призводять до розвитку захворювання.

Рефлюкс жовчі та дуоденального секрету, що містять активовані ентерокиназою протеолітичні ферменти, жовчні кислоти, лізолецитин, емульговані жири, бактерії викликають пошкодження паренхіми підшлункової залози безпосередньо або через каскадну активацію панкреатичних ензимів. При цьому трипсин викликає коагуляційний некроз ацинарної тканини з лейкоцитною інфільтрацією; фосфоліпаза знищує фосфоліпідний шар мембран і клітин; еластаза розщеплює еластичний каркас стінок судин і таким чином сприяє геморагіям. Активація калікреїну підвищує проникність судинної стінки і призводить до набряку тканини залози і посиленню болю. Внаслідок набряку, а потім і склеротичних змін у ацинусах сповільнюється лімфовідплив, внаслідок мікротромбування порушується мікроциркуляція. Одночасно настає ущільнення підшлункової залози через розростання сполучної тканини та фіброз. Запальний процес може бути дифузним або обмеженим ділянкою головки чи хвоста підшлункової залози.

Зважаючи на поліетіологічність ХП, патогенез його різних форм значно відрізняється.

Хронічний кальцифікуючий панкреатит є найчастішою формою (70-80% пацієнтів), причиною якого є хронічне надуживання алкоголю (> 80 г/добу протягом багатьох років), і який характеризується ураженням тканини з внутрішньопротоковими білковими корками і каменями, атрофією і стенозом протокової системи. У його патогенезі відіграють роль три механізми:

1. При стимулюванні ацинусів у секреті зменшується частка води і  $\text{HCO}_3^-$ . Внаслідок цього у панкреатичному соку збільшується концентрація білка, особливо при стимулюванні ацинарної секреції. Це приводить до преципітації білка у просвіті проток з утворенням білкових корків.

2. Солі кальцію відкладаються на преципітованому білкові. Формуються камені у просвіті малих проток і концентричні відкладення кальцію на стінках протокової системи. Причиною цього є зменшення двох компонентів панкреатичного соку при хронічному панкреатиті, які, зазвичай, попереджають преципітацію солей кальцію. Один із цих компонентів – цитрат, який зв'язує кальцій, інший – літостатин (білок з масою 14 kDa), який утримує солі кальцію у розчині при фізіологічній гіперсатурації.



3. Подібно до гострого панкреатиту, трапляється також внутрішньопротокове активування трипсину. Це сприяє автоперетравлюванню панкреатичної тканини, викликає активування інших агресивних ферментів, зокрема, еластази і фосфоліпази А<sub>2</sub>, у протоковій системі залози та іноді, й інтерстиційно. Вважається, що причиною передчасного ферментного активування є порушений дренаж зі збільшенням внутрішньопротокового тиску, що призводить до ураження епітелію і підвищення вмісту проферменту (водночас, концентрація білка – інгібітора трипсину залишається незмінною).

#### **Класифікація хронічного панкреатиту**

##### **Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-10)**

1. Хронічний алкогольний панкреатит шифр К 86.0.
2. Інші види хронічного панкреатиту шифр К 86.1.

##### **Марсельсько-Римська класифікація (1988 р.)**

1. Кальцифікуючий ХП (алкоголь, тропічний, гіперкальціємія, спадковий, ідіопатичний).
2. Обструкційний (оддіт, pancreas divisum, рак ПЗ, хронічні кісти і псевдокісти підшлункової залози).
3. Фіброзно-індуративний невідомої етіології.
4. Рецидивуючий (гіперліпідемія, жовчні камені, ліки та ін.).

##### **Класифікація M-ANNHEIM (2007)**

- **Multiple** – багаточинникова
- **Alcohol** – алкоголь
- **Nikotine** – нікотин
- **Nutrition** – харчування
- **Heredity** – спадковість
- **Efferent pancreatic ducts factors** - чинники, які впливають на діаметр панкреатичних проток і вплив секрету
- **Immunologic factors** – імунологічні чинники
- **Miscellaneous and metabolic factors** - різноманітні інші і метаболічні чинники

##### *Множинні чинники ризику*

- Вживання алкоголю:  
надмірне (> 80 г/день);  
високі дози (20-80 г);  
помірне (< 20 г).
- Вплив нікотину  
вчислення параметру пачко-років.

- Чинники харчування: особливості харчування (надмірне споживання жирів і білків); гіперліпідемія.
- Спадкові чинники: спадковий панкреатит; сімейний панкреатит; ідіопатичний панкреатит з ранніми проявами; ідіопатичний панкреатит з пізніми проявами; тропічний панкреатит.
- Чинники, які впливають на діаметр панкреатичних проток і вплив секрету (еферентні чинники): pancreas divisum; кільцеподібна підшлункова залоза й інші аномалії; блокада проток підшлункової залози (наприклад, пухлиною); посттравматичні рубцеві стенози проток підшлункової залози; дисфункція сфінктера Oddi.
- Імунологічні чинники: автоімунний панкреатит; асоційований зі синдромом Sjogren; асоційований зі запальними захворюваннями кишок; асоційований з автоімунними захворюваннями (наприклад, первинний склерозуючий холангіт, первинний біліарний цироз).
- Різноманітні рідкісні та метаболічні чинники: гіперкальціємія і гіперпаратироз; хронічна ниркова недостатність; медикаментний панкреатит; токсичний панкреатит.

#### *Клінічні стадії ХП*

- Безсимптомна фаза ХП: 0 – субклінічний ХП:
  - a) період без симптомів (визначається випадково – автопсія, операція);
  - b) гострий панкреатит (ГП) – перший епізод (можливо, є початком ХП);
  - c) ГП з важкими ускладненнями.
- ХП з клінічною маніфестацією:
 

I стадія – без недостатності ПЗ:

  - a) рецидив ГП (між епізодами гострого панкреатиту біль відсутній);

b) рецидивуючий або постійний абдомінальний біль (зокрема, біль між епізодами ГП);

c) I a/b з важкими ускладненнями.

- II стадія – екзо- або ендокринна недостатність підшлункової залози:

a) ізольована екзокринна (або ендокринна) недостатність (без болю);

b) ізольована екзокринна (або ендокринна) недостатність (з болем);

c) II a/b з важкими ускладненнями.

- III стадія – екзо- і ендокринна недостатність підшлункової залози у поєднанні з болем:

a) екзокринна і ендокринна недостатність залози (з болем, зокрема, який потребує лікування анальгетиками);

b) III a з важкими ускладненнями.

- IV стадія – зменшення інтенсивності болю (стадія “перегорання” підшлункової залози):

a) екзокринна і ендокринна недостатність залози при відсутності болю, без важких ускладнень;

b) екзокринна і ендокринна недостатність залози при відсутності болю, з важкими ускладненнями.

#### *Форми ХП*

- „Визначений” ХП – один або декілька з наступних критеріїв:

1. Кальцифікація ПЗ.

2. Помірні або важкі зміни проток підшлункової залози (за Кембриджською класифікацією).

3. Значна постійна екзокринна недостатність залози (наприклад, стеаторея, яка значно зменшується після приймання ферментних препаратів).

4. Типова для ХП гістологічна картина.

- „Можливий” ХП – один або декілька наступних критеріїв:

1. Легкі зміни проток.

2. Псевдокіста (и) – постійна або рецидивуюча.

3. Патологічні результати функційних тестів (показників фекальної еластази-1, секретинового тесту, секретин-панкреозимінового тесту).

4. Ендокринна недостатність (наприклад, патологічні результати тесту толерантності до глюкози).

- “Суміжний” ХП – ХП з типовою клінічною картиною панкреатиту, але за відсутності критеріїв “можливого” або

“визначеного” ХП. Визначається при розвитку першого епізоду ГП у випадку наявності або відсутності наступних чинників: 1) сімейний анамнез захворювань підшлункової залози; 2) присутні чинники ризику M-ANNHEIM.

### Пунктова система M-ANNHEIM для оцінювання важкості ХП

Таблиця 2

Особливості ХП		Оцінка, пункти
<b>Біль</b>		
При відсутності лікування болю немає	немає необхідності у призначенні ліків проти болю	0
Рецидивний ГП	між епізодами ГП болю немає	1
Біль зникає при призначенні ліків	при прийманні анальгетиків і/або проведенні ендоскопічного лікування біль зникає	2
Періодичний біль	існують періоди, коли біль відсутній, незалежно від наявності чи відсутності медикаментного лікування; можливі епізоди ГП;	3
Постійний біль	хворі постійно скаржаться на біль, незалежно, яке лікування проводиться; можливі епізоди ГП	4
<b>Контроль болю</b>		
Немає необхідності у призначенні ліків		0
Необхідні ненаркотичні або слабкі наркотичні анальгетики		1
Необхідні сильні опіюїдні анальгетики або ендоскопічне втручання		2
<b>Хірургічне лікування</b>		
Хірургічне втручання на ПЗ за будь-якими показаннями		4
<b>Екзокринна недостатність ПЗ</b>		
Відсутність екзокринної недостатності		0
Наявність легкої, помірної або необ'єктивізованої екзокринної недостатності, яка не потребує ферментної замісної терапії		1
Доведена екзокринна недостатність (за даними функційних тестів) або важка панкреатична недостатність, яка підтверджена кількісним дослідженням жиру в калі (> 7 г жиру/24 год.), що		

знижає або значно зменшується при прийманні ферментних препаратів	2
<b>Ендокринна недостатність</b>	
Відсутність цукрового діабету	0
Наявність цукрового діабету	4
<b>Структурні зміни ПЗ за результатами візуалізації</b> (за Кембриджською класифікацією)	
Норма	0
Сумнівний ХП	1
Легкі зміни	2
Помірні зміни	3
Важкі зміни	4
<b>Важкі ускладнення з боку внутрішніх органів</b>	
Відсутність ускладнень	0
Зворотні зміни	2
Незворотні зміни	4

### Індекс важкості ХП M-ANNHEIM

Таблиця 3

Індекс важкості	Відповідний ступінь важкості	Пункти
M-ANNHEIM A	Мінімальний	0-5
M-ANNHEIM B	Помірний	6-10
M-ANNHEIM C	Середній	11-15
M-ANNHEIM D	Виражений	16-20
M-ANNHEIM E	Важкий	> 20

### Клінічна картина

Клінічні прояви ХП досить різноманітні і залежать від етіології, поширення патологічного процесу, стадії захворювання, а також від стану зовнішньо- і внутрішньосекреторної функцій підшлункової залози та наявності і характеру ускладнень.

Провідні синдроми хвороби:

- больовий;
- диспепсичний;
- недостатність зовнішньосекреторної функції;
- астеноневротичний;
- недостатність внутрішньосекреторної функції;
- синдром біліарної гіпертензії;
- синдром мальабсорбції;
- алергічний.

Біль може бути гострим або тупим, локалізується в надчеревній ділянці, правому і лівому підребер'ях; часто має оперізуючий характер, іррадіює у спину, ліве плече, лопатку, ліву половину грудної клітки, ділянку серця, імітуючи приступ стенокардії. Дещо рідше відзначають іррадіацію болю у праве плече і лопатку, праву половину грудної клітки. Характер больового синдрому залежить від локалізації вогнища запального процесу. Біль може бути постійним або нападаподібним. Його початок найчастіше пов'язаний із провокуючими чинниками, такими як харчове перевантаження, приймання алкоголю, загострення захворювань жовчовивідних шляхів. Больовий синдром не усувається протягом 3-5 годин, найчастіше супроводжується повторним блюванням, що не приносить полегшення, проносом і колапсом.

На початку захворювання больовий синдром домінує серед інших клінічних проявів. При прогресуванні панкреатиту наростають незворотні морфологічні зміни в підшлунковій залозі і паралельно їм зменшується біль, а замість нього домінують ознаки функціональної недостатності органа.

Больовий синдром може бути різноманітним. „Протоковий” біль є гострим, інтенсивним пекучим, свердлячим, давлячим, рвучим. Він обумовлений різким підвищенням тиску в протоках підшлункової залози. Інтенсивність цього болю може бути настільки значною, що для його ліквідації може знадобитися застосування наркотиків.

„Парієтальний” біль неінтенсивний, монотонний, без чіткої локалізації. Він пов'язаний з подразненням сенсорних рецепторів капсули або парієтального листка очеревини внаслідок розтягування капсули підшлункової залози.

Інтенсивність болю наростає в положенні хворого горизонтально на спині, а зменшується в колінно-ліктьовому положенні і сидячи з нахилом тулуба вперед.

Диспепсичний синдром буває при ХП постійно чи у період загострення та охоплює дві основні групи ознак. Перша група пов'язана з дискінезією низхідного відділу дванадцятипалої кишки, яка перебігає як дуоденостаз і виявляється нудотою, відрижкою, печією. Друга група ознак пов'язана із зовнішньосекреторною недостатністю залози. Це слинотеча, блювання, метеоризм, проноси або чергуванням проносів і закрепів. Блювання виникає без попередньої нудоти, полегшення не приносить.

Порушення травлення їжі при хронічному панкреатиті збільшується під час загострення захворювання і слабшає в період ремісії. Несприятливість продуктів досить індивідуальна. Виникає цитофобія – страх приймання їжі, що є результатом поганої сприйнятливості великої кількості страв традиційного меню.

Проники при панкреатиті носять специфічний характер, „панкреатичний” кал відрізняється вираженою стеатореєю – він блискучий, несформований, часто рідкий або напіврідкий, пінистий, сірого кольору з неприємним запахом. Характерна велика кількість калових мас. Закрепи нетипові і відзначаються у вигляді окремих епізодів.

Втрата маси тіла є типовою для хворих на хронічний панкреатит зі зовнішньосекреторною недостатністю, причому у важких випадках можуть спостерігати кахексію.

Важкі порушення травлення, постійний біль призводять до розвитку астеноневротичного синдрому. Характерною є слабкість, підвищена втомлюваність, зниження працездатності, нездужання, запаморочення, непритомність.

Епізодичні гіпоглікемії у хворих на хронічний панкреатит виявляються приступами раптової слабості з холодним потом, потемнінням в очах, іноді втратою свідомості. Причиною їх є виснаження запасу глюкагона, який у здорової людини стабілізує рівень глюкози в крові.

Приєднання панкреатогенного діабету різко погіршує перебіг захворювання – збільшується виснаження хворого, погіршуються обмінні процеси. Діабет характеризується лабільністю, резистентністю до пероральних цукрознижувальних засобів та інсуліну, швидким розвитком судинних ускладнень, частими ліпоатрофіями, особливо в ділянці живота, ліпоїдним некробіозом.

Жовтяниця може бути інтермітуючою або постійною. Виражена іктеричність шкіри і склер, поєднана з ахолією, розвивається внаслідок набряку головки підшлункової залози, стиснення загальної жовчної протоки через індуративний процес у залозі, рубцевих і запальних змінах у протоках і сфінктері Oddi, каменів у ампулі великого дуоденального соска.

Полігіповітаміноз і порушення білкового обміну, як прояв синдрому мальабсорбції, клінічно насамперед виявляються змінами стану шкіри і слизових оболонок, анемією, зниженням маси тіла.

Алергічний синдром проявляється харчовою та медикаментною алергією – кропивницею, екземою, алергічними риносинусопатіями, інколи є підвищення еозинофілів у загальному аналізі крові.

### **Фізикальне обстеження**

При загальному огляді визначають схуднення, рівень якого залежить від важкості, тривалості захворювання і ступеня функційної недостатності органа.

Ураження шкіри виявляють у вигляді сухості, втрати еластичності, зниження тургору, вона набирає брудно-сірого відтінку. На шкірі обличчя і кінцівок з'являються зони гіперпігментації.

При псевдотуморозних формах, які перебігають із жовтяницею, іноді знаходять синдром Courvoisier, для якого характерна тріада ознак: механічна жовтяниця, збільшений і безболісний жовчний міхур, ахолія.

При пальпації передня черевна стінка м'яка, податлива і звертає на себе увагу чітка невідповідність між вираженим спонтанним болем у верхній половині живота і досить слабкою реакцією хворого на пальпацію. Тому для виявлення характерних ознак панкреатиту необхідно при поверхневій і глибокій пальпації вести наполегливий пошук відповідних больових точок і зон:

#### 1. Точка Desjardin.

Знаходиться на границі середньої і верхньої третини відстані між пупком і серединою правої реберної дуги. Болючість у цій точці свідчить про ураження головки підшлункової залози.

#### 2. Точка Губергіца.

Симетрична точці Desjardin зліва і болючість у ній свідчить про ураження тіла залози.

#### 3. Точка Mayo-Robson.

Знаходиться на межі зовнішньої і середньої третини лінії, що з'єднує пупок зі серединою лівої реберної дуги.

#### 4. Точка Mallet-Guy.

Знаходиться у місці з'єднання зовнішнього краю лівого прямого м'яза живота з реберною дугою.

#### 5. Холедохопанкреатична зона Shauffard.

Зона розміщена в епігастрії праворуч у правому верхньому квадранті живота, що знаходиться між середньою (білою) лінією живота і косою лінією, яка з'єднує пупок і середину правої реберної дуги. Болючість



при пальпації в цій зоні з'являється при біліарних панкреатитах і ураженні головки підшлункової залози.

6. Больова зона Губергіца-Скульського.

Знаходиться в епігастрії ліворуч від серединної лінії і симетрична зоні Shauffard. Болючість у цій зоні виникає при патологічному процесі в області тіла підшлункової залози.

7. Больова зона Mayo-Robson.

Виявляється болючість у лівому реберно-хребтовому куті. Характерна для ураження хвоста підшлункової залози.

8. Зони шкірної гіперестезії-гіпералгезії Захар'їна-Геда.

Розміщені в ділянці VIII-X грудних сегментів і характерні для ураження різних відділів підшлункової залози.

Про хронічний панкреатит свідчить і ряд симптомів і синдромів. До них відносяться:

Симптом Grott – атрофія підшкірної жирової клітковини в проекції підшлункової залози.

Симптом Katsch – гіперестезія шкіри у зонах інервації VIII грудного сегмента зліва.

Симптом Тужиліна – телеангіектазії на шкірі живота, грудної клітки і спини.

Симптом Стражеско – болючість в ділянці остистих відростків VIII-IX грудних хребців.

Симптом Алексєєва – різкий оперізуючий біль при розгинанні тулуба або спробі підняти обома руками верхній відділ поперекової ділянки.

Симптом Бартельмейхера – пігментація шкіри над ділянкою підшлункової залози.

Синдром Едельмана – кахексія, фолікулярний гіперкератоз, витончення шкіри, дифузна сірвата пігментація шкіри, параліч очних м'язів, вестибулярні розлади, поліневрити, зміни психіки.

При глибокої пальпації іноді у худих людей можна виявити ущільнену збільшену залозу. Але звичайна пальпація ефективна тільки у кількох відсотків пацієнтів. Тому розпрацьовано прийоми, що підвищують діагностичну цінність пальпації:

1. Метод Grott-1. Хворий, лежачи на спині, підкладає під поперекову ділянку праворуч і ліворуч кулаки. Лікар пальпує, сидячи праворуч від хворого, проникаючи в ділянку між пупком і лівою реберною дугою.
2. Метод Grott-2. Хворий стоїть, нахиливши тулуб вперед і вліво.

Лікар знаходиться попереду і праворуч від нього і правою рукою пальпує в тій же ділянці.

3. Метод Grott-3. Хворий лежить на правому боці, ноги дещо зігнуті. Лікар пальпує між пупком і лівим підребер'ям.

4. Прийом Франкенберга. Для його виконання під спину лежачого хворого підкладається валик або подушка в ділянці X-XII грудних хребців, а потім виконується пальпація в епігастрії.

5. Метод Шелагурова. Хворий лежить на спині, ліва рука лікаря розміщується під лівою поперековою ділянкою хворого нижче краю ребер.

6. Метод Mallet-Guy. Хворий лежить на правому боці, зігнувши тулуб під кутом 45° і злегка зігнувши в коліні ліву ногу, яка лежить зверху витягнутої правої ноги. Лікар правою рукою фіксує ліву реберну дугу і пальпує лівою рукою між пупком і лівою реберною дугою.

#### **Ускладнення хронічного панкреатиту**

- Кісти/псевдокісти (з/без інфікування, абсцесів)
- Портальна гіпертензія (тромбоз ворітної або селезінкової вени)
- Кровотеча, псевдоаневризми
- Асцит
- Обструкція/стриктура панкреатичної протоки і/або загальної жовчної протоки
- Панкреатична нориця
- Дуоденальний стеноз
- Рак підшлункової залози.

#### **Лабораторні обстеження**

Специфічних змін у загальному аналізі крові при хронічному панкреатиті немає. Може бути гіпохромна анемія. При загостренні у хворих відзначають помірний лейкоцитоз (до 10,0 г/л) і підвищення швидкості осідання еритроцитів.

При дуоденальному зондуванні можливе дослідження низки функцій підшлункової залози. Цей метод є єдиним прямим методом дослідження її секреторної здатності. Чистий панкреатичний сік можна отримати при введенні канюлі у протоку залози, що є доволі складно. Більш простим, але менш точним, є метод зондування двохканальним зондом з безперервною вакуум-аспірацією шлункового і дуоденального вмісту. Екзокринна недостатність підшлункової залози виявляється

зміною секреторної відповіді на застосування стандартних подразників (секретин-панкреозиміновий тест, церулеїновий тест).

Баланс панкреатичних ферментів вивчається також у крові, сечі і калі.

Для визначення екзокринної функції широко застосовується бентиромідовий тест (навантаження синтетичним пептидом, зв'язаним з параамінобензойною кислотою).

Істотну допомогу дає копрологічне дослідження. У калі виявляють фрагменти неперетравленої їжі – жири, білки і вуглеводи. При креатореї у калі виявляють неперетравлені м'язові волокна у кількості, яка перевищує 10 у кожному полі зору. Стеаторея – наявність у калі нейтрального жиру у вигляді крапель по 50-100 у кожному полі зору. Амільорея – виявлення в калі неперетравлених зерен крохмалю. При наявності синдрому мальабсорбції в калі визначаються жирні кислоти і мила.

Для оцінки внутрішньосекреторної функції підшлункової залози використовуються тести з подвійним цукровим навантаженням, а також пряме визначення рівнів інсуліну і глюкагону.

При біохімічному дослідженні крові можна виявити синдром цитолізу, який проявляється підвищенням рівнів аланінамінотрансферази (АлАТ), аспартатамінотрансферази (АсАТ), лактатдегідрогенази (ЛДГ), особливо ЛДГ<sub>3</sub>, синдром імунного запалення, який характеризується зростанням показників гострої фази запалення: серомукоїдів, С-реактивного білка (СРБ), альфа<sub>2</sub>-глобулінів, глікопротеїдів, церулоплазміну, синдром холестазу з відповідним підвищенням рівнів білірубіну, холестерину і маркерів холестазу – лужної фосфатази і гамаглутамілтранспептидази (ГГТП).

### **Інструментальні методи обстеження**

Арсенал методів інструментальної діагностики захворювань підшлункової залози різноманітний. У виборі того або іншого методу слід враховувати його діагностичну вартість, доступність, можливі ризик й ускладнення, складність проведення й кваліфікацію лікаря, що проводить обстеження.

### **Ультрасонографія (УСГ)**

УСГ (абдомінальна або ендоскопічна) забезпечує добру візуалізацію панкреатичної паренхіми, а також показує зміни в панкреатичній протоковій системі. Водночас, може діагностувати зміни у перипанкреатичних структурах. При необхідності дослідження

доповнюється доплерографією. Патогномонічними для хронічного панкреатиту є наявність псевдокіст, розширення проток, кальцифікати. Результати УСГ та доплерографії можуть виступати як скринінг-тести для встановлення попереднього діагнозу і бути підставою для застосування складніших методів – ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатикографії, комп'ютерної томографії, тощо.

Переваги комп'ютерної томографії (КТ) полягають у кращій візуалізації підшлункової залози і оточуючих тканин. Спіральна комп'ютерна томографія, а також внутрішньовенне контрастування можуть слугувати доповненням до звичайної КТ.

Магнітно-резонансне дослідження є ідеальним неінвазійним методом візуалізації. Воно дає інформацію одночасно про морфологію, стан проток (магнітно-резонансна холангіопанкреатикографія) і стан судин. Із появою магнітно-резонансної холангіопанкреатикографії показання до інвазійної ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатикографії повинні бути переглянуті.

Ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатикографія (ЕРХПГ) дозволяє візуалізувати протокову систему підшлункової залози. Приблизно у 15% хворих визначають кальцинати у головній панкреатичній протоці. ЕРХПГ може знадобитися для диференційної діагностики хронічного панкреатиту і раку підшлункової залози, передопераційного обстеження пацієнтів із псевдокістами.

Отримані дані, звичайно, характеризуються за Cambridge's класифікацією (1984).

### Cambridge's класифікація ХП (за даними ЕРХПГ)

Таблиця 4

Ступінь	Головна протока	Аномальні бокові гілки	Додаткові ознаки
Нормальний	Нормальна	Немає	
Сумнівний	Нормальна	< 3	
Легкий	Нормальна	3	
Помірний	Аномальна	> 3	
Помітний	Аномальна	> 3	Одна або більше з таких ознак: <ul style="list-style-type: none"> <li>• велика порожнина (&gt; 10 мм)</li> <li>• обструкція протоки</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• дефекти наповнення або камені</li> <li>• значне розширення протоки або її фрагментація</li> </ul>
--	--	--	--

Недоліком цієї класифікації є те, що поширеність протокових змін не корелює зі ступенем пошкодження органа. Тому запропоновано брати до уваги тільки морфологічні зміни і визначати різні типи хронічного панкреатиту, включаючи ділянки і наявність обструкційних змін.

### Морфологічна класифікація ХП (стадії)

Таблиця 5

Типи морфологічних змін протоків підшлункової залози	Вираженість змін у протоковій системі ПЗ
I	Незначні
II б	Локальні в головці
II а	Сегментні в хвості
III	Дифузні, “ланцюг озер”
IV	Сегментна обструкція в головці
V	Повна стриктура в головці

При селективній ангіографії черевного стовбура (целиакографії), верхньої брижової артерії (мезентерікографії) виявляють підсилення або збіднення судинного малюнка, збільшення розмірів залози, розмиту та негомогенну структуру органа. Також можна діагностувати стеноз артерій, які зумовлюють ішемію підшлункової залози.

Фіброгастродуоденоскопія дозволяє виявити рубцеві деформації, папіліт, парапапілярний дивертикул, стриктури та пухлини папіли, деформації внутрішньої поверхні дванадцятипалої кишки при синдромі „тиску ззовні” – при збільшенні головки залози (набряк, пухлина), екзогастральну деформацію задньої стінки тіла шлунка (симптом „панкреатичного порогу”), яка свідчить про збільшення розмірів залози або наявність рідини у чепцевій сумці. Крім цього, при панкреатиті з допомогою дуоденоскопії можна виявити на слизовій оболонці кишки нашарування у вигляді „манної крупи”.

Панкреатохолангіоскопія – високоспецифічний ендоскопічний метод діагностики хвороб біліарної та панкреатичної систем, який дозволяє оцінити стан проток, діагностувати наявність конкрементів, стриктур, пухлин.

Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини дозволяє виявляти кальцифікацію залози. Більшу інформацію можна отримати при контрастному рентгенологічному дослідженні травного каналу. До непрямих рентгенологічних ознак, що свідчать на користь панкреатиту, відносять:

- зміщення антрального відділу шлунка доверху і допереду;
- розгорнутість петлі дванадцятипалої кишки;
- сплющення складок або згладженість рельєфу слизової оболонки тіла і пілоричної частини шлунка;
- зміни медіальної стінки дванадцятипалої кишки (нечіткість і нерівність контуру, симптоми „куліс” та Frostberg);
- здуття окремих ділянок товстої кишки з нечіткими рівнями рідини в них.

Радіонуклідне сканування залози проводять зі застосуванням метіоніну, міченого ізотопом  $Se^{75}$ : при хронічному панкреатиті значно зменшується поглинання і накопичення ізотопу, препарат нерівномірно розподіляється в підшлунковій залозі. При порушенні відпливу панкреатичного секрету внаслідок обструкції або стенозу спостерігають значне сповільнення виведення радіофармпрепарату зі залози. У хворих із вогнищевими ураженнями підшлункової залози (пухлини, кісти) на сканограмах виявляють дефекти накопичення препарату.

Планова діагностична лапароскопія виконується у складних ситуаціях, коли інші методи дослідження не дозволяють встановити діагноз. При її проведенні часто виконують біопсію.

## **Лікування**

### **Консервативне лікування**

При епізодах гострого панкреатиту проводиться відповідна терапія, залежно від важкості процесу.

Принцип лікування хворих на хронічний панкреатит полягає у корекції трьох основних клінічних проявів: ліквідація болю, екзокринної і ендокринної недостатності. Ускладнення, як правило, підлягають ендоскопічному або хірургічному лікуванню.

Першим етапом лікування болю є утримання від алкоголю. Наступним є пероральне застосування панкреатичних ферментів. Їх ефект полягає у пригніченні секреції підшлункової залози за механізмом зворотного зв'язку. Цей підхід ґрунтується на визначенні,

що високі концентрації екзогенних панкреатичних ферментів (особливо протеази) приводять до зниження протокової гіпертензії і, таким чином, зменшують біль.

Проте, клінічна ефективність застосування панкреатичних ферментів для ліквідації болю є контрверсійною.

Можливе також призначення спазмолітиків.

При збереженні больового синдрому застосовується ступенева терапія болю, рекомендована ВООЗ для лікування болю при раку і адаптована для хронічного панкреатиту:

- Неопіодні анальгетики (Acetaminophen, Metamizol, NSAIDs, selective COX-2 inhibitors)
- Легкі опіодиди (Tramadol, Tildin/naloxone, (Dihydro)codeine, Dextropropoxyphene)
- Сильні опіодиди (Morphine, Buprenorphine)
- Невролізис
- Операція й інші інтервенційні процедури

Кожний етап можна доповнювати ад'ювантною терапією (антидепресанти, стероїди), фізіотерапією, психотерапією. Звичайно, якщо хворий стає залежним від опіодних анальгетиків, треба розглянути питання про інтервенційне лікування.

При лікуванні екзокринної недостатності особливу роль звертають на адекватне заміщення ліпази. Кількість ліпази, яка необхідна для засвоєння нормальної жирної їжі – 20000-40000 МО. Препарат повинен бути захищений від дії соляної кислоти в шлунку. Його треба приймати під час їжі. При недостатності лікувального ефекту доза може бути підвищена до 80000 МО. Проте, адекватне ферментне заміщення може бути неефективним. Найчастішою причиною при цьому є неадекватне підвищення рН у просвіті дванадцятипалої кишки внаслідок зниження секреції ферментів і бікарбонатів. У цих випадках адекватну дію ферментів можна досягнути пригніченням секреції соляної кислоти. Якщо така комбінована терапія не дала до бажаного результату, треба виключити інші причини, зокрема, розмноження бактерій у тонкій кишці. Тоді може знадобитися парентеральне введення жиророзчинних вітамінів А, D, Е і К, зрідка застосування вітаміну В<sub>12</sub>. Бажаним є застосування мікроелементів, таких як селен.

Ендокринна недостатність лікується, передовсім, дієтою. Застосування пероральних гіпоглікемічних препаратів, звичайно, є

неефективним або допомагає короточасно. Якщо діабет неможливо контролювати дієтою, треба застосовувати інсулін. Водночас, хворі на хронічний панкреатит можуть мати підвищену чутливість до інсуліну, який у випадках продовження вживання алкоголю або після резекцій підшлункової залози, може призвести до серйозної, іноді фатальної, гіперглікемії.

### **Хірургічне лікування**

Майже половина хворих на хронічний панкреатит підлягає хірургічному лікуванню.

Звичайно, існує три завдання хірургічних втручань: 1) ліквідація болю; 2) лікування ускладнень; 3) збереження екзо- і ендокринної функції підшлункової залози.

### **Показання до хірургічного втручання при ХП**

- *Хронічний біль*
- *Вплив фіброзу на суміжні структури.*
  - Симптомна дуоденальна обструкція
  - Обструкція загальної жовчної протоки
  - Обструкція селезінкової вени з портальною гіпертензією і кровотечами з варикозних вен
  - Симптомна обструкція товстої кишки
- *Ефекти розриву протоки*
  - Персистуюча або симптомна кіста
  - Панкреатична норича, нечутлива до консервативної терапії
  - Панкреатогенний асцит, нечутливий до медикаментної терапії
- *Підозра на рак ПЗ.*

### ***Малоінвазійні методи лікування***

- Δ Черезшкірна пункція/дренування.
- Δ Ендоскопічна папілосфінктеротомія (вірсунготомія).
- Δ Екстракорпоральна літотрипсія (ESWL – extracorporeal shock-wave lithotripsy).
- Δ Ендоскопічне видалення конкрементів із головної панкреатичної протоки.
- Δ Ендоскопічне стентування панкреатичної протоки, загальної жовчної протоки.
- Δ Ендоскопічне дренування псевдокіст підшлункової залози, панкреатичної протоки.
- Δ Ендоскопічний невроліз.



Δ Стентування дванадцятипалої кишки.

Δ Емболізація псевдоаневризми.

Можливі ускладнення ендоскопічного лікування хворих на ХП: загострення панкреатиту, кровотеча, перфорація стінки шлунка або дванадцятипалої кишки.

### ***Стандартні хірургічні втручання***

#### **1. Резекційні операції:**

- операція Veget – резекція головки підшлункової залози зі збереженням дванадцятипалої кишки і панкреатикоєюностомією;
- операція Frey – резекція головки підшлункової залози з повздожньою панкреатикоєюностомією;
- панкреатодуоденальна резекція за Whipple та модифікація за Traverso і Longmire (пілорозберігаюча);
- сегментна резекція підшлункової залози (при норицях);
- лівобічна резекція підшлункової залози;
- панкреатектомія.

#### **2. Дренувальні операції:**

- панкреатикоєюностомія за Puestow в модифікації Partington-Rochelle;
- цистодигестивні анастомози;
- білідигестивні анастомози;
- гастроентеростомія;
- фістулоєюностомія.

#### **3. Грудна спланхнєктомія.**

#### **4. Спленектомія.**

#### **5. Резекція товстої кишки.**

## VI. План та організаційна структура заняття

Таблиця 6

№	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Навчальна мета у рівнях засвоєння	Методи навчання і контролю	Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1.	<b>Підготовчий етап</b> Організаційні заходи				3 хв.
2.	Визначення актуальності, навчальної мети і мотивація			П.1 Актуальність П.2 Навч. мета	45 хв.
3.	Контроль вихідного рівня знань, навичок та вмінь: 1. Етіологія та патогенез хронічного панкреатиту 2. Клініка	I II	Опитування Опитування, тести	Питання Питання, тести II рівня	
	3. Діагностика	II	Ситуаційні задачі, тести	Типові задачі, тести II рівня	
	4. Лікування	II	Ситуаційні задачі, тести	Типові задачі, тести II рівня	
4.	<b>Основний етап</b> Формування у студентів професійних навичок і вмінь: 1. Оволодіти навичками об'єктивного огляду	III	практичний тренінг	Тематичні хворі	105 хв.

	<p>2. Провести курацію хворого</p> <p>3. Скласти план обстеження пацієнта</p> <p>4. Провести диференційну діагностику</p> <p>5. Запропонувати план лікування</p>		<p>професійний тренінг</p> <p>професійний тренінг</p> <p>професійний тренінг</p> <p>професійний тренінг</p>	<p>Хворі, медичні карти</p> <p>Ситуаційні задачі і тести III рівня</p> <p>Алгоритми діагностики, нетипові ситуаційні задачі</p> <p>нетипові задачі і тести III рівня</p>	
<p>5.</p> <p>6.</p> <p>7.</p>	<p><b>Заключний етап</b></p> <p>Контроль та корекція професійних вмінь та навичок</p> <p>Підведення підсумків заняття: теоретичного, практичного, організаційного</p> <p>Домашнє завдання (основна і додаткова література за темою)</p>	<p>III</p>	<p>Індивідуальний контроль навичок, аналіз і оцінка результатів клінічної роботи, рішення ситуаційних задач, тести III рівня</p>	<p>Задачі і тести III рівня</p> <p>Результати курації хворих, протоколи</p> <p>Орієнтована карта для самостійної роботи з літературою</p>	<p>30 хв.</p>

## **VII. Матеріали методичного забезпечення заняття**

1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття:

### **Питання ( $\alpha = I$ ; $\alpha = II$ )**

1. Анатомічна будова підшлункової залози, проток Wirsungi і Santorini, топографічна анатомія, особливості кровопостачання та інервації.
2. Екзокринна і ендокринна функції залози, участь у травленні та обміні речовин у організмі, склад підшлункового секрету.
3. Особливості етіології і патогенезу захворювання.
4. Класифікація хронічного панкреатиту.
5. Клінічна картина захворювання.
6. Лабораторні методи обстеження підшлункової залози та їх інтерпретація.
7. Інструментальні методи діагностики підшлункової залози, їх діагностична вартість.
8. Ускладнення хронічного панкреатиту.
9. Диференційна діагностика хронічного панкреатиту.
10. Значення консервативної терапії хворих на хронічний панкреатит і його ускладнення.
11. Пункційно-дренажний метод лікування під контролем ультрасонографії.
12. Ендоскопічні методи лікування хронічного панкреатиту.
13. Показання до хірургічного лікування хворих.
14. Методи і види хірургічних втручань при хронічному панкреатиті.
15. Лікування ускладнень хронічного панкреатиту.

### **Тестові завдання ( $\alpha = II$ )**

1. Яка кількість панкреатичного соку виділяється в нормі протягом доби?

- A. 200 мл;
- B. 300 мл;
- C. 400 мл;
- D. 500-600 мл;
- E. 1000 – 1500 мл.

Еталон відповіді: E.

2. Якого виду хронічного панкреатиту немає?

- A. Набряковий;
- B. Обструктивний;
- C. Фіброзно-індуративний;

- D. Кальцифікуючий;
- E. Псевдотуморозний.

Еталон відповіді: А.

3. Оптимальний неінвазивний метод діагностики і диференціальної діагностики хронічного панкреатиту:

- A. Комп'ютерна томографія
- B. Оглядова рентгенографія
- C. ЕРХПГ
- D. Селективна ангиографія
- E. УЗД

Еталон відповіді: А.

4. Яким повинен бути обсяг операції при неопластичних кістах підшлункової залози?

- A. Зовнішнє дренивання кісти;
- B. Внутрішнє дренивання кісти;
- C. Резекція підшлункової залози;
- D. Марсупілізація;
- E. Висічення стінок кісти.

Еталон відповіді: С.

5. Які методи лікування можна застосувати у хворого на хронічний панкреатит, псевдокісту підшлункової залози?

- A. Фізіотерапія;
- B. Пункційне лікування кісти під контролем УЗД;
- C. Ендоскопічна цистогастростомія;
- D. Цистогастростомія за Jurasz;
- E. Динамічне спостереження в амбулаторних умовах.

Еталон відповіді: В, С, D.

**Типові задачі (α = II)**

1. У хворого, напередодні, під час згинання виник сильний біль у животі. Госпіталізований в ургентному порядку. З анамнезу: 2 місяці тому переніс гострий деструктивний панкреатит; на УЗД виявлено псевдокісту підшлункової залози. При огляді: живіт напружений, болючий у всіх відділах. В проекції підшлункової залози визначається щільний інфільтрат. У нижніх відділах живота позитивний симптом Blumberg. Лейкоцити в крові –  $4,5 \times 10^9$ /л, амілаза – 30 г/г-л. УСГ: печінка без об'ємних змін. Жовчний міхур застійний, конкрементів не містить. Визначено скупчення рідини у чепцевій сумці, малому тазу, між петлями. Діагноз?

Еталон відповіді: Хронічний панкреатит. Псевдокіста підшлункової залози, ускладнена перфорацією у черевну порожнину.

2. Хворий 46 років скаржиться на наявність пухлиноподібного утвору у верхній половині живота, який поступово збільшується в розмірах, помірний постійний біль. Із анамнезу відомо, що рік тому переніс важкий приступ гострого панкреатиту. Стан хворого задовільний. В епігастрію і лівому підребер'ї пальпується щільноеластичний пухлиноподібний утвір розмірами 18x15x10 см. При рентгеноскопії шлунка стверджено відтиснення його допереду і вправо, «підкова» дванадцятипалої кишки розгорнута, поперечно-ободова кишка відтиснута вниз. Якими додатковими дослідженнями можна уточнити діагноз?

Еталон відповіді: Ультрасонографія; комп'ютерна томографія, фіброгастродуоденоскопія.

3. Хворий 40 років поступив зі скаргами на біль у верхній половині живота, жовте забарвлення шкіри, втрату апетиту, загальну слабкість. Зловживав алкоголем, неодноразово лікувався в терапевтичних та хірургічних стаціонарах. УСГ: печінка побільшена, застійна, без видимих об'ємних змін. Жовчний міхур збільшений, застійний, без конкрементів. Холедох розширений до 18 мм. Підшлункова залоза з горбистим контуром, неоднорідної структури, потовщена в ділянці головки, в паренхімі чисельні кальцинати. Протока підшлункової залози не поширена. При гастроскопії та рентгеноскопії органічної патології не виявлено. Гемоглобін – 110 г/л, лейкоцити –  $7,3 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 20 мм/год, білірубін – 288 ммоль/л, амілаза 16 г/г-л, лужна фосфатаза – 1105 од. Ваш діагноз?

Еталон відповіді: Хронічний індуративний панкреатит. Механічна жовтяниця.

2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу:  
**Професійні алгоритми для формування навичок та вмінь**

**Таблиця 7**

№	Завдання	Послідовність виконання	Зауваження, попередження щодо самоконтролю
1.	Оволодіти методикою визначення симптомів Mayo-Robson, Kerte, Blumberg.	1) Виникнення болю при натисканні у лівому реберно-хребтовому куті  2) Поперечна болюча резистентність при пальпації за ходом підшлункової залози  3) Різке посилення болючості при швидкому знятті пальпуючої руки після натискання на передню черевну стінку	Перевірити симптоми у хворого з ускладненим хронічним панкреатитом.  Звернути увагу на реакцію хворого при перевірці цих симптомів
2.	Провести курацію хворого	1) Скарги 2) Анамнез хвороби 3) Анамнез життя 4) Об'єктивний огляд	Звернути увагу на поведінку хворого, колір шкіри, наявність болючості у епігастрію та лівому підребер'ї.  Перевірити симптоми Mayo-Robson, Kerte, Blumberg.

### 3. Матеріали контролю для завершального етапу

#### **Нетипові задачі ( $\alpha = \text{III}$ )**

1. Пацієнт 44 роки, скаржиться на постійний біль в епігастрію, особливо вночі. З анамнезу відомо, що 8 місяців тому лікувався з приводу гострого деструктивного панкреатиту, отримувач консервативну терапію. За даними УСГ: печінка дещо побільшена, тканина підшлункової залози гетерогенна, в проекції хвоста – рідинний утвір 14см у діаметрі. При рентгеноскопії: шлунок відгиснутий догори і допереду. Ваш діагноз? Яка послідовність лікувальної тактики?

#### Еталон відповіді:

Клінічний діагноз: Хронічний панкреатит. Псевдокіста хвоста підшлункової залози. Лікування: Пункційне лікування під контролем УСГ з аспірацією вмісту та дослідженням його на амілазу; при відновленні кісти – фіброгастроуденоскопія для з'ясування можливості ендоскопічного лікування; при неможливості ендоскопічної цистогастростомії – відкрита операція внутрішнє дренивання кісти або резекція хвоста підшлункової залози.

2. Хворий 40 років, скаржиться на біль у верхній половині живота з іррадіацією в спину, загальну слабкість, метеоризм, закрепи, які чергуються з проносами. Зловживав алкоголем, періодично лікувався в гастроентеролога. УСГ: печінка побільшена, без видимих об'ємних змін. Жовчний міхур без конкрементів. Холедох не розширений. Підшлункова залоза з горбистим контуром, неоднорідної структури, дещо потовщена, в паренхімі чисельні кальцинати. Протока підшлункової залози 10-11мм на всьому протязі. Іншої патології не виявлено. Сформулюйте діагноз. Яка лікувальна тактика?

Еталон відповіді: Клінічний діагноз: Хронічний кальцифікуючий панкреатит з екзокринною недостатністю, больова форма.

Лікування: операційне – панкреатикоеюностомія на виключеній за Roux петлі кишки.



4. Матеріали для забезпечення самопідготовки студентів  
**Орієнтована карта для організації самостійної роботи студентів з літературою**

**Таблиця 8**

Навчальні завдання	Вказівки до завдання
Вивчити:	
1. Етіологію і патогенез	Назвати основні етіологічні чинники хронічного панкреатиту, механізм його розвитку, вплив на органи і системи.
2. Клінічну картину	Вказати клінічні ознаки хронічного панкреатиту і його ускладнень та основні синдроми захворювання.
3. Діагностику	Визначити необхідний перелік лабораторних і інструментальних методів обстеження.
4. Диференційну діагностику	Заповнити таблицю диференційної діагностики.
5. Ускладнення	Знати ускладнення хронічного панкреатиту, їх клінічну картину та методи діагностики.
6. Лікування	Скласти схему консервативного, малоінвазійного лікування і хірургічної тактики у пацієнтів із хронічним панкреатитом та його ускладненнями.

### **VIII. Література**

#### Навчальна:

1. Бондарєв В.І., Бондарєв Р.В., Васильєв О.О. та ін. Хірургія: підручник за редакцією проф. П.Г. Кондратенка. – К.: Медицина, 2009. – 968с.
2. Захараш М.П., Пойда О.І., Кучер М.Д. та ін. Хірургія, – Київ: Медицина, 2006. – 656с.
3. Ковальчук Л.Я., Саєнко В.Ф., Книшов Г.В. Клінічна хірургія, – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 504с.
4. Ковальчук Л.Я., Спіженко Ю.П. Саєнко В.Ф., Книшов Г.В. Шпитальна хірургія, - Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – 590с.
5. Кондратенко П.Г. Хірургічні хвороби. – Харків: Факт, 2006. – 816с.
6. Кузин М.И. Хирургические болезни. – Москва: Медицина, 1995. – 640с.
7. Шідловський В.О., Захараш М.П. Факультетська хірургія. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – 544с.

#### Наукова:

1. Клиническая панкреатология // Н.Б. Губергриц, Т.Н. Христин. – Донецьк: Лебідь, 2000. – 413с.
2. Хирургия поджелудочной железы // А.А. Шалимов, С.А. Шалимов, Н.Е. Ничитайло, А.П. Радзиховский. – Симферополь: Таврида, 1997. – 553с.
3. Chronic Pancreatitis. Novel Concepts in Biology and Therapy // M.W. Büchler, H. Friess, W. Uhl, P. Malfertheiner. – Blackwell Publishing Ltd, 2002. – 614р.
4. Clinical Pancreatology for Practising Gastroenterologists and Surgeons // G. Enrique Dominguez-Munoz. – Blackwell Publishing Ltd, 2005. – 535р.

#### Методична:

1. Методичний посібник з факультетської хірургії. – Львів, 2001. – 192с.