

Захворювання підшлункової залози у дітей

К.мед.н., доц кафедри ОМД
Ігнатко Людмила Василівна

ЗАТВЕРДЖЕНО

НАКАЗ МІНІСТЕРСТВА
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
26.05.2010 N 438

- **ПРОТОКОЛ**
лікування захворювань
підшлункової залози у дітей
- **ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ.**
Шифр К 86.1

Хронічний панкреатит (ХП) –
поліетіологічне захворювання
з фазово-прогресуючим перебігом,
осередковими чи дифузнодегенеративними,
деструктивними змінами ацинарної тканини,
екзокринної і ендокринної функцій.

Головні чинники захворювання:

* травми черевної порожнини;

* гострі вірусні захворювання та бактеріальні інфекції(епідемічний паротит, ГРВІ, вірусний гепатит, ентеровірусні захворювання, колі інфекція, сепсис, скарлатина, дизентерія

* захворювання дванадцятипалої кишки та гепатобіліарної системи;

* психічні травми;

* хронічні вогнища запалення;

* токсичні, зокрема медикаментозні, ураження;

* дефіцит в їжі білків та вітамінів.

КЛАСИФІКАЦІЯ (ЗА Г.В.РИМАРЧУК, 1998 Р.)

1. За походженням: первинний та вторинний.

2. Перебіг захворювання: рецидивуючий, з постійним больовим синдромом, латентний.

3. Період захворювання: загострення, субремісії, клініко-лабораторної ремісії.

4. Тяжкість перебігу: легкий, середньої важкості, важкий.

5. Ускладнення: кальцифікація, кіста, недостатність інкреторної функції.

ПЕРВИННІ ДОСЛІДЖЕННЯ.

- 1. Клінічний аналіз крові,
- 2. клінічний аналіз сечі,
- 3. цукор крові натще,
- 4. амілаза,
- 5. ліпаза крові і сечі,
- 6. копрограма,
- 7. еластаза - 1 калу,
- 8. УЗД органів черевної порожнини.

СИНДРОМИ, СИМПТОМИ, ФІЗИКАЛЬНИЙ СТАТУС.

- **Больовий симптом** – домінуючий при загостренні
- - інтенсивний, нападopodobний, рідко оперізуючий, локалізується в середній частині надчеревної області і ліворуч від серединної лінії.
- провокується погрішностями харчування або після бактеріальних і вірусних інфекцій.
- Тривалість – 1-3 години, іноді до доби.
- Зменшується в положенні лежачі на лівому боці чи на животі, після приймання анагетиків або спазмолитиків.
- Виникнення больового синдрому обумовлено
- внутрішньопротоковою гіпертензією і запаленням панкреатичних нервових стовбурів.

ДИСПЕПТИЧНИЙ СИНДРОМ

- характеризується постійною нудотою,
- неприборканою блювотою, що не приносить полегшення.
- При зовнішньосекреторній панкреатичній недостатності розвиваються ознаки мальдигестії: рясний, пінистий, напіврідкий стілець і метеоризм
- при нетяжкому перебігу захворювання
- спостерігається схильність до запору.

АСТЕНО-ВЕГЕТАТИВНИЙ СИНДРОМ

- загальна слабкість,
 - головний біль,
- емоційна лабільність,
 - запаморочення,
 - порушення сну.

- **Прямі методів дослідження екзокринної функції ПЗ** —
- показники секретоторювальної діяльності органа натще і після введення стимуляторів:

- **I. Для діагностики загострення ХП важливе значення має визначення активності панкреатичних ферментів**
—
 - амілази, ліпази, трипсину — у крові,
 - а також амілази і ліпази - в сечі.

- II. Дослідження калу:
- Ознаками недостатності екзокринної функції ПЗ є *поліфекалія*; кал має сальний вигляд, сіруватого забарвлення, кашоподібний, грузлий, з гнильним запахом, погано змивається з стінок унітазу.
- При мікроскопічному дослідженні *креаторея* (неперетравлені м'язові волокна), ознака тяжкого перебігу панкреатиту; *стеаторея* (краплини нейтрального жиру) - один з ранніх симптомів недостатності функції ПЗ.
-

- При загостренні ХП підвищення трипсину
- Тяжкий перебіг - зниження рівня ензимів.

"Золотим стандартом"

визначення панкреатичної недостатності є

виявлення показника

фекальної еластази-1,

яка в період загострення

зменшується нижче 150 мкг/г калу.

- * Для ліквідації больового синдрому:
- аналгетики (метамізол натрію (50% - 0,1 мл/рік життя) та його комбінації),
- наркотичні аналгетики (тримеперидин),
- Спазмолітики:
 - - дротаверин (2% - 0,5-2 мл),
 - - папаверін (2% - 1-2 мл),
 - - платифілін (0,2% - 1 мл);
 - - прифінію бромид - з народження 1 мг/кг/добу п/ш, в/м, в/в,
 - - атропін (0,1% - 1-1,15 мл п/ш 7-10 днів.
- У перші дні загострення і при тяжкому перебігу вводять парентерально, при покращенні - per os.

- Основна причина болю - внутрішньопроотокова гіпертензія, тому препаратами вибору є засоби, що блокують стимульовану панкреатичну секрецію - **соматостатин (октреотид) і даларгін.**
- *Соматостатин (октреотид)* –
- Аналог ендогенного соматостатину –
- **Сандостатин** -25-100 мкг 3 р/д п/ш чи в/в 5-7 діб до 2-3 тиж.:
- **Даларгін**-1 мг 2-3 р/д в/м чи в/в крап в 100-200 мл ізотонічного розчину натрію хлориду або у вигляді назального електрофорезу.
- синтетичний аналог опіоїдних пептидів, також є антагоністом панкреатичної секреції.

- Патогенетично обґрунтовано - пригнічення функціональної
- активності ПЗ за рахунок зниження шлункової секреції:
- 1. **Комплексні антациди** (алюмінію фосфат, сполуки алюмінію,
магнію, кальцію та ін.) по 5-15 мл (1/2-1 табл.) 2-3 рази на день
через 1,5-2 години після їжі .
- 2. **Блокатори H2 рецепторів гістаміну**
-

-
- * Дезінтоксикації та ліквідації порушень обміну речовин у перші дні - в/в крап
- глюкозоновокаїнова суміш, сольові розчини,
- 5% розчин альбуміну,
- аскорбінову кислоту, вітаміни групи В.
- * При неприборканій блювоті і нудоті - прокінетики: домперидон та ін.

- У період субремісії проводять фізіотерапевтичне лікування

- (індуктотермія, діатермія, ультразвук, парафін, озокерит),

- фітотерапію і бальнеотерапію.

-

- Тривалість стаціонарного лікування:

28-30 днів

(при відсутності ускладнень).

- **Диспансерний нагляд:** 1 рік після стаціонару
- обстежують в поліклініці кожні 3 місяці;
- При панкреатичній недостатності 3-4 рази на рік курс ферментів по 2 тижні кожний. Наступні роки – обстеження 2 р/р, за показаннями проводять замісну терапію.
- Амбулаторно кожні 3 місяці - рівень амілази крові і сечі, копрограма.
- УЗД 2 р/рік.
- Санаторно-курортне лікування - в фазі ремісії ХП ч/з 2-3 місяці після стаціонару.
- З диспансерного нагляду не знімаються, переводяться у підлітковий кабінет.

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ

