

**Панкреатит - предупреждение, диагностика и
лечение традиционными и нетрадиционными
методами**

Кристина Кулагина



Кристина Кулагина

**Панкреатит предупреждение, диагностика и
лечение традиционными и нетрадиционными
методами**

Введение

Панкреатит тяжелое заболевание, которое нередко угрожает жизни человека. Особенно опасен острый панкреатит: он может развиваться настолько быстро, что врачи зачастую не успевают оказать больному неотложную помощь, а в особо тяжелых случаях человек даже не успевает понять, что с ним происходит. Известны случаи, когда от острого панкреатита умирали прямо за столом во время обильного обеда. Хронический панкреатит значительно реже заканчивается летальным исходом, но лишь в том случае, если больной до конца жизни будет придерживаться строгой диеты и полностью откажется от алкоголя. Если же у него не хватит силы воли соблюдать эти правила, его ждут частые обострения, хроническая форма заболевания может перейти в острую, а она, в свою очередь, закончится летальным исходом.

Но даже если пациент вовремя поймет, что нуждается в помощи, и вызовет врача, опасность

сохраняется. Дело в том, что диагностировать панкреатит, особенно его острую форму, довольно трудно: клиническая картина панкреатита нередко напоминает инфаркт миокарда. Поэтому нередко бывает так, что больной, вызывая врача, жалуется, что у него плохо с сердцем. И даже если опытный врач скорой помощи правильно поставит диагноз и направит больного в гастроэнтерологическое отделение, сам больной, а нередко и его близкие иногда начинают настаивать на том, чтобы врач написал направление в кардиологию. В результате время для лечения болезни может быть упущено.

При лечении панкреатита также могут возникнуть сложности, особенно в том случае, если потребуются хирургическая операция. Дело в том, что поджелудочная железа располагается за желудком, и это усложняет работу хирургов.

Но, несмотря на все описанные сложности, процент выздоровлений, к счастью, довольно высок благодаря различным методикам своевременной диагностики и лечения панкреатита. Однако для этого необходимо как можно более раннее выявление и лечение болезни. И тут во многом все зависит от самого больного. Чем раньше он обратится за помощью, охотнее будет сотрудничать с врачами, соглашаясь на все необходимые обследования, тем больше у него будет шансов сохранить здоровье, а нередко и жизнь.

Поджелудочная железа и панкреатит

Панкреатит довольно сложная и обширная тема, поэтому, перед тем как начать описание современных представлений о поджелудочной железе и связанном с ней заболевании, расскажем о том, как формировались сведения о нем, его диагностике и лечении.

Изучение поджелудочной железы

Впервые термин панкреас встречается в трудах греческого философа и ученого Аристотеля. Он называл поджелудочную железу важным органом, необходимым для предохранения больших кровеносных сосудов от значительных повреждений при травме живота. Кстати, так полагали довольно долго, вплоть до XVIIв. Также среди врачей, занимавшихся изучением этого органа, называют Герофила из Халкедона (ок. 300 до н.э.), который, как считают, первым описал поджелудочную железу, и некоторых других греческих ученых.

Знаменитый греческий врач Гиппократ (460370), которого принято называть отцом медицины, по всей видимости, не знал о существовании такого органа, как поджелудочная железа, и связанных с ним заболеваний. По крайней мере, исследователи не нашли в его работах никаких упоминаний об этом органе.

Упоминания о поджелудочной железе имеются в работах римского врача Клавдия Галена (129201). Он, разделяя мнение Аристотеля о функциях, выполняемых данным органом, также упоминал о его

взаимосвязи с селезеночной веной. Сам орган он называл секретирующей железой. О существовании и функциях протоков поджелудочной железы ему, по всей видимости, не было известно. Сведения Галена, изложенные им в трактате Opera Omnia (иногда упоминается как Galeni Pergameni Omnia) считались базовыми среди ученых Европы в Средние века.

Знаменитый арабский ученый Авиценна (или Абу Али Ибн Сина, 980-1037) также не обошел своим вниманием поджелудочную железу, дважды упомянув о ней в Каноне врачебной науки. Он считал, что поджелудочная железа является самостоятельным органом, который питается чистейшими соками через вену селезенки. Однако о протоках поджелудочной железы и ее функциях в организме человека он также не упоминает. Не сообщается в его работе и о болезнях этого органа.

В Средние века в Европе изучением поджелудочной железы занимались различные ученые, например Беренгарио да Карпи (1470-1530) из Болоньи, бельгиец Андреас Везалий (1514-1564), знаменитый французский хирург Амбруаз Паре (ок. 1510-1590) и др. И хотя ученые интересовались функциями поджелудочной железы, они продолжали придерживаться взглядов Аристотеля или других греческих ученых.

Сведения о строении поджелудочной железы становились все более полными. Так, изучением этого органа занимался ученый Ренье де Грааф (1641-1673).

Он оставил анатомическое описание поджелудочной железы с изображением ее протока и места впадения в двенадцатиперстную кишку, впервые получил чистый панкреатический сок (в результате опытов над собаками) и выяснил, что он выделяется из железы в двенадцатиперстную кишку. Исследуя проток поджелудочной железы, ученый выяснил, что он может быть двойным или тройным, а также изолированным от другого или соединенным с ним.

В 1685г. голландец Г. Бидлоо описал соединение панкреатического и общего желчного протоков с формированием ампулы, а также обнаружил большой дуоденальный сосок.

В 1724г. итальянский врач Д. Санторини открыл еще один панкреатический проток, который впоследствии стали называть добавочным, или по фамилии ученого, впервые описавшего его, санториниевым. Также этот анатом впервые подробно описал анатомическое соотношение панкреатической части общего желчного протока с санториниевыми и вирсунговыми протоками.

В XVв. многие художники интересовались анатомией и даже занимались вскрытием трупов, чтобы лучше изучить строение человеческого тела. Несмотря на то что большинство органов показано очень точно, поджелудочная железа на рисунках отсутствует. Это касается даже работ такого знаменитого художника и ученого, как Леонардо да Винчи.

В это же время были описаны и свойства поджелудочной железы. При этом ученые основывались не на анализе панкреатического секрета, а на сходстве поджелудочной железы со слюнными железами. Тогда же шотландский врач У. Куллен (1710-1790) впервые описал симптомы острого панкреатита, дав заболеванию название, которое используется до сих пор.

О пептических свойствах и панкреатическом происхождении сока, выделяющегося из поджелудочной железы, впервые заявил А. Галлер (1707-1777). Он же оставил первое описание артериальных аркад в головке поджелудочной железы.

На протяжении XIX столетия изучение поджелудочной железы продолжалось. Так, немец Ф. Гильдебрандт занимался изучением протоковой системы поджелудочной железы и в 1803 г. сделал подробное описание протоков первого порядка.

Параллельно с изучением поджелудочной железы человека проводились исследования этого органа и у животных. Так, в 1823 г. во Французскую академию наук были направлены сразу две работы по изучению поджелудочного сока животных. Ученым удалось определить содержание в нем белка, слизи, воды и сухого остатка.

Однако, несмотря на постоянные исследования, представления о строении поджелудочной железы у ученых первой половины XIX в. были все еще

неполными. Новую страницу в изучении этого органа открыл выдающийся французский физиолог Клод Бернар. В 1856г. он доказал существование анастомоз (соустий) между мелкими ветвями протоковой системы поджелудочной железы. Для этого он выполнил инъекции ртути в протоки поджелудочной железы. Кроме того, он доказал, что если отток панкреатического сока по вирсунговому протоку не нарушен, физиологическая значимость добавочного протока невелика. Также он выяснил, что сок поджелудочной железы обладает способностью расщеплять крахмал, белки и жиры.

Кроме того, в середине XIXв. были сделаны другие важные открытия. Разные ученые открыли, а затем более подробно исследовали три главных фермента, выделяемых поджелудочной железой: диастический, липолитический и протеолитический.

Одновременно ученые занимались изучением внутриутробного развития поджелудочной железы. Наибольший вклад в это внес немец И. Ф. Меккель, определивший дорзальную закладку поджелудочной железы. Исследование развития поджелудочной железы эмбриона способствовало систематизации знаний о строении и развитии патологий поджелудочной железы, благодаря чему появилась возможность диагностировать заболевание этого органа и проводить лечение.

Адсорбционный способ разделения ферментов поджелудочной железы впервые предложил русский ученый-биохимик А. Я. Данилевский.

Во второй половине XIX в. было сделано еще одно важное открытие: в поджелудочной железе были обнаружены округлые обособленные скопления клеток. Их описал француз П. Лангерганс в 1869 г. Впоследствии была установлена эндокринная природа этих клеток. Сам же ученый не понял всей важности своего открытия и перестал заниматься физиологией, отправившись в Африку в качестве врача-миссионера. Скопления клеток были названы в честь первооткрывателя островками Лангерганса.

Значительные открытия в физиологии поджелудочной железы были совершены на рубеже XIX-XX вв. Было выяснено значение блуждающего нерва в регуляции секреции пищеварительных желез. В 1902 г. английскими физиологами У. Бейлиссом и Э. Старлингом был открыт гормон секретин, вырабатываемый в верхнем отделе тонкого кишечника и принимающий участие в регуляции секреторной деятельности поджелудочной железы. В 1928 г. стало известно о существовании гормона холецистокинина, вырабатываемого слизистой оболочкой двенадцатиперстной кишки и стимулирующего синтез пищеварительных ферментов поджелудочной железой. Через некоторое время был получен гормон панкреозимина, вырабатываемый слизистой тонкой кишки. Лишь во второй половине

XXв. выяснилось, что холецистокинин и панкреозимин одно и то же вещество.

Также большое значение придавалось и исследованию топографической анатомии поджелудочной железы. Эти знания позволяли лечить заболевания этого органа хирургическим путем.

В 1890г. было издано первое руководство по лечению заболеваний поджелудочной железы хирургическим путем.

В течение XXв., с развитием практики хирургических операций на поджелудочной железе проводилось более глубокое изучение строения данного органа, в частности терминальных отделов протоковых систем поджелудочной железы и печени.

Строение поджелудочной железы

Поджелудочная железа (лат. pancreas) орган пищеварительной системы животных и человека. Далее речь будет идти только об органе человека.

Это крупная железа, выполняющая внутрисекреторную (эндокринную) и внешнесекреторную (экзокринную) функции. Иными словами, она выделяет гормоны, которые принимают участие в регуляции белкового, жирового и углеводного обмена, и панкреатический сок, содержащий пищеварительные ферменты.

Форма и расположение поджелудочной железы

Орган представляет собой удлиненное дольчатое образование розовато-серого цвета. Располагается в забрюшинном пространстве брюшной полости, позади желудка, примыкая к двенадцатиперстной кишке, поперечно на уровне III поясничных позвонков.

Размеры поджелудочной железы взрослого человека следующие: ширина 39 см (орган утолщается по направлению к головке), длина 1422см, толщина 23 см. Масса поджелудочной железы составляет примерно 7080г.

Макро и микроскопическое строение

В пределах поджелудочной железы выделяют головку, тело и хвост.

Головка расположена вплотную к двенадцатиперстной кишке в ее изгибе таким образом, что та охватывает ее дугообразно. Головка отделяется от тела органа бороздой, по которой проходит воротная вена. Она располагается в области от XII грудного до IV поясничного позвонка.

Тело трехгранной формы подразделяют на переднюю, заднюю и нижнюю поверхности, а также на верхний, передний и нижний края.

Передняя поверхность поджелудочной железы примыкает к задней поверхности и выдается немного вверх, сверху ее ограничивает верхний край, а снизу нижний. На этой поверхности располагается

сальниковый бугор, обращенный в сторону сальниковой сумки.

Задняя поверхность органа располагается вплотную к позвоночнику, брюшной аорте, нижней полой вене, чревному сплетению и левой почечной вене. На этой поверхности располагаются борозды, по которым проходят селезеночные сосуды.

В верхней части задняя поверхность отделена от передней острым верхним краем, по которому проходит селезеночная артерия. Нижняя поверхность располагается немного ниже корня брыжейки поперечной ободочной кишки. Она направлена книзу и отграничена от задней тупым нижним краем. Тело поджелудочной железы проецируется на область в районе с XIII грудного по III поясничный позвонок.

Хвост грушевидной или конусообразной формы направлен вверх и влево, оканчивается у ворот селезенки. Хвост располагается в районе XI грудного II поясничного позвонка.

Проток поджелудочной железы проходит через нее по длине и впадает в двенадцатиперстную кишку. Общий желчный проток, как правило (но не всегда), сливается с панкреатическим и впадает в кишку рядом с протоком поджелудочной железы.

По своему микроскопическому строению орган является сложной альвеолярно-трубчатой железой.

Поверхность поджелудочной железы покрыта тонкой соединительной капсулой. Основное вещество

органа состоит из долек, между которых располагаются соединительные тяжи. По ним проходят сосуды, нервы, нервные узлы (ганглии), выводные протоки, а также пластинчатые тела.

Поджелудочную железу разделяют на две части: экзокринную и эндокринную. На экзокринной (внешней) части органа расположены панкреатические ацинусы (то же самое, что альвеолы).

*Альвеолой (от лат. *alveolus* ячейка, углубление, пузырек) называют ячейковидный концевой секреторный отдел железы. Она представляет собой пузырьковое образование железистых клеток на базальной мембране, окруженных соединительной тканью, нервными волокнами и капиллярами. Вершины клеток имеют микроворсинки, направленные к полости альвеол, в которые происходит выделение секрета.*

Ацинус имеет форму округлого образования размером 100-150 мкм, содержит секреторный отдел и вставочный проток. Со вставочных протоков ацинусов начинается вся система протоков поджелудочной железы. Ацинус состоит из 8-12 секреторных экзокринных панкреатоцитов и протоковых клеток эпителиоцитов. Ацинус является структурно-функциональной единицей органа.

Экзокринная часть поджелудочной железы также включает древовидную систему выводных протоков. Вставочные и внутридольковые протоки

объединяются в междольковые протоки, а те в общий панкреатический проток, который впадает в просвет двенадцатиперстной кишки.

Эндокринная часть поджелудочной железы образована островками Ларгенганса: панкреатическими островками, располагающимися между ацинусами. Островки образованы инсулоцитами, которые подразделяют на 5 видов:

альфа-клетки, выделяющие глюкагон;

бета-клетки, производящие инсулин;

дельта-клетки, в которых происходит образование соматостатина;

D1-клетки, вырабатывающие вазоактивный интестинальный пептид (ВИП);

PP-клетки, в которых происходит образование панкреатического полипептида.

Фенестрированными называют капилляры, имеющие в стенках просветы, через которые могут проникать крупные молекулы.

Кроме того, в островках Ларгенганса имеется небольшое количество клеток, в состав которых входит гастрин, тиролиберин и соматолиберин.

Островки Ларгенганса представляют собой скопления клеток, которые образуют гроздь. Они очень густо пронизаны фенестрированными капиллярами.

Кровоснабжение

Оно осуществляется через панкреатодуоденальные артерии. Эти артерии ответвляются от печеночной или верхней брыжеечной артерии. Они разветвляются и образуют капиллярные сети, которые осуществляют кровоснабжение ацинусов и островков Ларгенганса.

Венозный отток осуществляется через панкреатодуоденальные вены, которые, объединяясь, впадают в притоки воротной вены и в селезеночную вену.

Лимфатические капилляры, осуществляющие отток лимфы от ацинусов и островков, соединяясь, вливаются в лимфатические сосуды. Затем лимфа продвигается по ним до лимфатических узлов, которые расположены на задней и передней поверхностях поджелудочной железы. Их может быть от 2 до 8 штук.

Иннервация

Это снабжение органа нервами, которые обеспечивают его связь с центральной нервной системой (ЦНС). Симпатическая иннервация осуществляется за счет нервных волокон, расположенных вдоль кровеносных сосудов, парасимпатическая за счет ветвей блуждающих нервов (больше правого, чем левого).

Сама поджелудочная железа также содержит нервную ткань (интрамуральные ганглии).

Развитие

Эмбриональное развитие поджелудочной железы начинается на 3-й неделе беременности. Тогда формируется зачаток будущего органа. Он выпячивается из стенки эмбриональной кишки, а затем происходит формирование будущего хвоста, тела и головки. С 3-го месяца беременности происходит разделение на эндокринную и экзокринную части. Постепенно образуются ацинусы, выводные протоки, островки, сосуды и т.д.

На момент рождения поджелудочная железа достигает длины 36 см и массы 2,53 г. Кроме того, у новорожденного этот орган расположен несколько выше, чем у взрослого человека, и не плотно прилегает к задней брюшной стенке. В возрасте 56 лет поджелудочная железа уже выглядит так же, как у взрослого человека, и в дальнейшем увеличиваются только ее размеры. Так, у ребенка в возрасте 10-12 лет поджелудочная железа весит уже около 30 г.

По мере развития организма в поджелудочной железе уменьшается количество островков.

Функции поджелудочной железы

Блуждающими называют десятую пару черепно-мозговых нервов, которые содержат двигательные, чувствительные и вегетативные волокна.

Как уже упоминалось выше, в поджелудочной железе происходит выработка пищеварительных ферментов. Это происходит следующим образом: в

клетках экзокринной части содержатся секреторные гранулы, из которых в ацинусе образуются неактивные предшественники ферментов: трипсиногена, химотрипсиногена, панкреатической липазы и амилазы. Именно благодаря тому, что эти вещества неактивны, они не воздействуют на саму поджелудочную железу и не повреждают ее.

Эти вещества входят в состав ферментов, участвующих в переваривании жиров, белков и углеводов. Они накапливаются в междольковых протоках поджелудочной железы, затем попадают в главный выводной проток, а потом в двенадцатиперстную кишку. Под действием других веществ они активизируются в кишечнике и принимают участие в переваривании пищи.

В островках Лангерганса происходит образование гормонов инсулина и глюкагона. Оба эти вещества принимают участие в регуляции метаболизма углеводов. Инсулин понижает уровень сахара в крови, а глюкагон, напротив, повышает.

Диагностика панкреатита

В течение суток у человека выделяется 1,52 л поджелудочного сока, участвующего в переваривании пищи.

Термин панкреатит возник от лат. pancreas поджелудочная железа и itis воспаление. Это название объединяет группу различных синдромов и

заболеваний, связанных с воспалением поджелудочной железы.

Различают две основные формы панкреатита: острую и хроническую.

Острый панкреатит

Это остро протекающее некротическое воспаление поджелудочной железы с ее последующим переходом к атрофии, фиброзу или обызвествлению. Оно может протекать как воспаление с отеком или сопровождаться нагноением, в некоторых случаях довольно обширным, затрагивающим соседние органы.

Классификация

На сегодняшний день существует множество различных классификаций острого панкреатита. В их основе лежат следующие признаки:

тяжесть течения заболевания;

степень развития воспалительного процесса;

причины, вызвавшие воспаление, поражение сосудов, патологии большого дуоденального соска, травмы поджелудочной железы и т.д.;

разделение на формы, требующие терапевтического или хирургического лечения, и др.

Различные классификации вызывали много споров и мешали систематизации знаний о болезни. В

результате на конференциях, проходивших в Марселе (1963, 1984), Кембридже (1984) и Атланте (1992) были разработаны классификации, признанные международными. Впоследствии они также были доработаны, в результате чего была сформулирована следующая классификация (по материалам United Kingdom guidelines for the management of acute pancreatitis, опубликованным в 1998г. от имени рабочей группы Британского общества гастроэнтерологов).

Острый панкреатит острый воспалительный процесс в поджелудочной железе с разнообразным вовлечением других региональных тканей или отдаленных систем органов.

Тяжелый острый панкреатит (Severe acute pancreatitis) сопровождается недостаточностью органов и/или местными осложнениями такими, как некроз (с инфекцией), ложная киста или абсцесс. Чаще всего это является следствием развития некроза поджелудочной железы, хотя и больные отечным панкреатитом могут иметь клинические признаки тяжелого заболевания.

Легкий острый панкреатит (Mild acute pancreatitis) связан с минимальными нарушениями функций органов и беспрепятственным выздоровлением.

По мере накопления сведений об остром панкреатите предлагались его различные классификации. Первую разработал Р. Фиц, хирург Массачусетского госпиталя в 1889г. Он выделил три

формы: геморрагическую, гнойную и гангренозную. Эта классификация не охватывала некоторых легких форм острого панкреатита, но в целом считалась верной.

Преобладающим проявлением патологического процесса является интерстициальный отек поджелудочной железы.

Острые скопления жидкости (Acute fluid collections) возникают на ранних стадиях развития острого панкреатита, располагаются внутри и около поджелудочной железы и никогда не имеют стенок из грануляционной или фиброзной ткани.

Панкреатический некроз (Pancreatic necrosis) диффузная или очаговая зона (зоны) нежизнеспособной паренхимы поджелудочной железы, которая (которые), как правило, сочетаются с некрозом перипанкреальной жировой клетчатки.

Острая ложная киста (Acute pseudocyst) скопление панкреатического сока, окруженное стенкой из фиброзной или грануляционной ткани, возникающее после приступа острого панкреатита. Формирование ложной кисты продолжается 4 недели и более от начала острого панкреатита.

В России также используются различные клинические классификации.

Так, в зависимости от вида морфологических изменений различают следующие формы острого панкреатита: отечный, некротический и гнойный.

Отечный панкреатит

В 1870г. Э. Клебс, немецкий физиолог, бактериолог и патологоанатом, разработал классификацию острого панкреатита, которая была признана очень удобной и использовалась в течение длительного времени его учениками и последователями.

Это интерстициальный панкреатит, сопровождающийся отеком поджелудочной железы. Его, в свою очередь, разделяют на серозный и серозно-геморрагический.

Некротический панкреатит, или панкреонекроз

Его разделяют на две формы: геморрагическую и жировую.

Геморрагический панкреатит характеризуется кровоизлиянием в ткани железы. В зависимости от степени поражения выделяют мелкоочаговый, крупноочаговый, субтотальный и тотальный.

Жировой панкреонекроз также может быть мелкоочаговым, крупноочаговым, субтотальным и тотальным (при нем возможно преобладание жирового или геморрагического патологического процесса).

Гнойный панкреатит

При этой форме в поджелудочной железе формируются очаги гнойного расплавления. Его подразделяют на три формы:

первично-гнойный;

вторично-гнойный;

обострение хронического гнойного панкреатита.

Кроме того, острый панкреатит разделяют также и по степени тяжести патологического процесса. Так, выделяют панкреатит легкой, средней, тяжелой степени тяжести, а также молниеносный (крайне тяжелый) панкреатит.

Помимо этого, в зависимости от клиники заболевания, выделяют:

регрессирующий острый панкреатит;

прогрессирующий острый панкреатит;

Впервые случай гнойного панкреатита был описан в 1694г.

рецидивирующий острый панкреатит.

Существует еще одна классификация острого панкреатита, основанная на имеющихся осложнениях. Выделяют:

острый панкреатит, протекающий с местными осложнениями (т.е. осложнениями в самой поджелудочной железе);

острый панкреатит, протекающий с внутрибрюшными осложнениями;

острый панкреатит, протекающий с внебрюшными осложнениями. К ним относят пневмонию, абсцесс и отек легких, экссудативный плеврит.

Острый панкреатит, имеющий какие-либо осложнения, принято рассматривать как отдельные формы и варианты заболевания, которые не вписываются в вышеприведенные классификации.

Кроме того, все осложнения панкреатита также классифицируются. Их разделяют на токсические, постнекротические, гнойные и висцеральные. Более подробно они будут описаны ниже.

Этиология

Причины, вызывающие развитие острого панкреатита, могут быть различны. К ним относят:

злоупотребление алкоголем (провоцирует развитие острого панкреатита в 30% случаев);

заболевания желчных путей. Чаще всего острый панкреатит развивается при камнях или песке в протоках железы на фоне острого холецистита, при постхолецистэктомическом синдроме, болезнях желчного пузыря. Болезнь может вызвать воспаление сосочка, через который проток поджелудочной железы соединяется с двенадцатиперстной кишкой;

оперативное вмешательство, особенно на органах брюшной полости;

эндоскопические манипуляции;

различные травмы (особенно тупая травма живота);

метаболические нарушения почечная недостаточность, увеличение количества кальция в сыворотке крови, гипертриглицеридемия, трансплантация почки, а также острая жировая недостаточность у беременных;

инфекционные заболевания вирусный гепатит, аскаридоз, эпидемический паротит и др.;

медикаменты, обладающие доказанным токсическим действием (сульфаниламиды, тетрациклины, эстрогены, тиазидные диуретики, азатиоприн, меркаптопурин, фуросемид, диданозин и т.д.) или с возможным токсическим действием (салицилаты, парацетамол, эритромицин, метронидазол, метилдофы, нитрофурантоин и др.);

Согласно статистике, от 30 до 75% больных ранее имели в анамнезе какие-либо заболевания желчевыводящих путей, в том числе страдали от желчнокаменной болезни.

нарушение кровоснабжения поджелудочной железы, которое может возникнуть в результате операций на сердце, на фоне системных некротических васкулитов, ромботической

тромбоцитопенической пурпуры (заболевание сосудов) и т.д.;

другие острые хирургические заболевания органов брюшной полости, например пенетрирующая язва желудка или двенадцатиперстной кишки;

обтурация фатеровой ампулы;

раздвоенная поджелудочная железа;

злоупотребления жирной и острой пищей. Однако до конца причины развития острого панкреатита не выяснены.

У пожилых людей острый панкреатит может развиваться на фоне нарушений кровообращения, сопровождающихся тромбозами, атеросклерозом сосудов, эмболией, что приводит к нарушению кровоснабжения поджелудочной железы и вызывает воспаление.

Патогенез

В результате различных факторов происходит увеличение давления в протоке поджелудочной железы, нарушается ее кровообращение, снабжение кислородом, иннервация. Это приводит к тому, что выделяемые органом ферменты выходят за пределы протока, попадают на ткани поджелудочной железы и вызывают их повреждение.

Острый панкреатит чаще поражает людей пожилого возраста, склонных к полноте, а также женщин.

В этом процессе участвуют липолитические ферменты: липаза и фосфолипаза А. Последняя приводит к разрушению мембран клеток, благодаря чему в них попадает липаза, усиливающая расщепление жировых веществ, входящих в состав клеток. Таким образом формируются очаги жирового некроза, вокруг которых образуется демаркационный вал участок, отграничивающий воспаленные участки от здоровых клеток.

Если патологический процесс дальше не развивается, говорят о жировом панкреонекрозе. Если патологический процесс продолжает развиваться, поджелудочная железа вместо трипсиногена начинает вырабатывать фермент трипсин. Он способствует активизации других предшественников ферментов, вырабатываемых органом. Это усиливает самопереваривание поджелудочной железы и вызывает разрушение окружающих ее тканей.

Воспаление поджелудочной железы сопровождается острой интоксикацией, затрагивающей другие органы: почки, печень, легкие и сердце.

Клиническая картина

Острый панкреатит сопровождается болью в животе. Предвестником начинающегося панкреатита

могут быть нечеткие боли в районе пупка или подложечной области, иногда напоминающие желудочные колики. Может ощущаться легкая тошнота и изжога, которые быстро проходят.

Впервые диагноз острый панкреатит поставил врач Г. Клессен в 1842г.

Больной, как правило, начинает жаловаться на постоянную тупую или режущую боль, которая по мере развития воспаления становится все более сильной, иногда нестерпимой, вызывающей шок. Болевые ощущения локализуются в правом или левом подреберье. В том случае, если поражена вся железа, пациент может жаловаться на опоясывающие боли.

Болевые ощущения в левом подреберье чаще всего наблюдаются при поражении хвоста поджелудочной железы, боли по срединной линии указывают на воспаление тела поджелудочной железы, боли справа от средней линии характерны для воспалительного процесса в головке железы. Боли опоясывающего характера являются признаком воспаления всей поджелудочной железы.

Из-за сильной боли больной очень беспокоен, он пытается найти положение, при котором мог бы почувствовать облегчение, но это ему не удается.

По мере того как болезнь прогрессирует, развивается некроз нервных окончаний, из-за чего боль становится менее интенсивной.

Помимо болевых ощущений, возможны метеоризм, тошнота, отрыжка, сухость во рту, частая рвота содержимым двенадцатиперстной кишки, которая не приносит больному облегчения. Рвота может быть неукротимой. Интоксикация и рвота вызывают обезвоживание организма и нарушение водно-электролитического баланса.

Воспалительный процесс вызывает раздражение диафрагмы, что проявляется икотой.

Боли чаще всего возникают после употребления алкоголя, жирной пищи или переедания.

В результате осмотра выявляется вздутие живота (особенно в верхней части). Возможны участки цианоза кожи или подкожные кровоизлияния на боковых областях живота, передней брюшной стенке, вокруг пупка, а также на лице.

Несмотря на сильные боли, при пальпации живота невозможно выявить мышечное напряжение. Также отсутствует симптом Щёткина-Блюмберга. Напряжение мышц и положительный симптом Щёткина-Блюмберга начинает ощущаться только на поздних стадиях заболевания, уже при развитии перитонита.

При пальпации обнаруживается болезненность в месте расположения поджелудочной железы, иногда и в левом реберно-позвоночном углу.

На резкое ухудшение состояния больного указывает повышение температуры тела, учащение

пульса (иногда отмечается брадикардия), затем развивается тахикардия, отмечается снижение артериального давления, одышка. Язык становится сухим, с налетом, тело покрывается липким потом, кожа бледнеет, затем становится землисто-серой, черты лица заостряются.

Симптомом Щёткина-Блюмберга называют резкое усиление болевых ощущений в животе при быстром снятии руки, которой проводилась пальпация, с передней брюшной стенки после надавливания.

Однако описанная клиника может наблюдаться и при других заболеваниях желудочно-кишечного тракта. Также важно исключить инфаркт миокарда, который нередко протекает со сходной симптоматикой. Специфических симптомов при остром панкреатите нет, в связи с чем его диагностика часто вызывает затруднения.

Более подробная клиническая картина зависит от степени тяжести заболевания.

Острый панкреатит легкой формы

Боль острая, сопровождается тошнотой, рвота бывает редко. Пульс менее 90 уд/мин, артериальное давление в норме, цвет кожных покровов не изменен, температура тела нормальная. Живот немного вздут, мягкий, болезненный по ходу поджелудочной железы. При прослушивании отмечается слабость перистальтики. Язык влажный, может быть покрыт

беловатым налетом. Общее состояние больного удовлетворительное. Симптом Щёткина-Блюмберга не наблюдается.

Острый панкреатит средней степени тяжести

Боли более интенсивные, из-за чего больной нередко принимает коленно-локтевое положение. Рвота неукротимая, кожные покровы бледные. Больной имеет испуганное, страдальческое выражение лица, глаза блестят, иногда запавшие.

Температура тела нормальная или субфебрильная. Пульс повышается до 90-120 уд/мин, артериальное давление падает до 100/60/90/50 мм рт. ст. Дыхание становится учащенным и поверхностным. При прослушивании легких слышны сухие и влажные хрипы, перистальтика не прослушивается. Язык сухой. Живот вздут, он резко болезненный в районе расположения поджелудочной железы. Симптом Щёткина-Блюмберга положительный. На коже обнаруживаются участки цианоза в разных частях тела. Количество выделяемой в сутки мочи менее 1 л. На 3-4-й день в большинстве случаев появляется инфильтрат в эпигастральной области.

При этой форме возможно развитие механической желтухи, дыхательной и почечной недостаточности. Необходимо стационарное лечение.

После купирования болевого синдрома и терапии, направленной на нормализацию дыхания и работы

почек, как правило, проводят хирургическую операцию.

Острый панкреатит тяжелой формы

Опасность этой формы заключается в том, что она развивается чрезвычайно быстро, в течение считанных часов. Боль очень сильная и даже эффективные обезболивающие препараты приносят облегчение лишь на короткое время.

Температура тела поднимается до 38С, пульс учащается до 120 уд/мин и более, артериальное давление падает ниже 90/50 мм рт. ст. Дыхание учащенное и поверхностное.

Острый панкреатит может развиваться на фоне хронического, но при этом не являться его осложнением. Его следует считать самостоятельным заболеванием.

При прослушивании легких выявляются множественные влажные хрипы, язык сухой, перистальтика не прослушивается. Живот болезненный, сильно вздут, ярко выражен симптом Щёткина-Блюмберга. Количество выделяемой в сутки мочи падает ниже 600мл.

Несмотря на очень тяжелое состояние, больной в большинстве случаев остается в ясном сознании, лишь в редких случаях отмечается угнетение сознания, когда он никак не реагирует на окружающую обстановку (при этом рефлекторная деятельность организма не нарушена).

*Острый панкреатит крайне тяжелой
(молниеносной) формы*

Клиника аналогична клинике при тяжелой форме острого панкреатита, но боли нарастают еще более стремительно и бывают еще более ярко выражены. В связи с этим больной, как правило, умирает, даже не успев вызвать врача.

Для подтверждения диагноза врачи обычно проверяют наличие специальных симптомов. Помимо симптома Щёткина-Блюмберга, описанного выше, при остром панкреатите могут наблюдаться следующие симптомы:

симптом Мондора и симптом Турнера. Первый симптом характеризуется появлением пятен фиолетового цвета на лице и туловище, при втором наблюдается посинение живота с боков. Оба эти симптома являются признаком нарушения движения крови по сосудам;

симптом Керте болезненный участок в виде поперечной полосы на 6-7 см выше пупка, в эпигастрии;

*Острый панкреатит крайне тяжелой
(молниеносной) формы чаще всего поражает людей
молодого возраста.*

симптом Воскресенского невозможность прощупать пульсацию брюшной аорты в эпигастрии;

симптом Мейо-Робсона при надавливании кончиками пальцев в районе левого реберно-позвоночного угла ощущается боль;

симптом Махова увеличение чувствительности кожи на животе выше пупка;

симптом Чухриенко врач помещает кисть поперек живота ниже пупка и выполняет толчкообразные движения спереди назад и снизу вверх, что вызывает болезненные ощущения у пациента.

Осложнения

Все осложнения будут кратко описаны согласно приведенной выше медицинской классификации.

Токсические осложнения

К ним относят панкреатогенный шок, панкреатогенную токсическую дистрофию печени, панкреатогенную токсическую дистрофию почек, панкреатогенный эрозивно-геморрагический гастроэнтерит и др.

Панкреатогенный шок

Это крайне опасное состояние организма, при котором происходит нарастающее ухудшение функций жизненно важных органов и систем, в том числе тока крови, расстройство дыхания и т.д.

Панкреатогенная токсическая дистрофия печени

Это синдром, характеризующийся обширным некрозом печени и приводящий к печеночной недостаточности. Названия острая желтая атрофия печени, массивный некроз печени, гепатодистрофия также отражают данное состояние.

Процесс протекает в острой форме. В первые дни печень несколько увеличена, а затем начинает уменьшаться в размерах, желтеет, становится дряблой. Развивается некроз. По мере развития патологического процесса печень продолжает уменьшаться и приобретает красный цвет. Далее развивается подострая токсическая дистрофия, характеризующаяся регенеративными изменениями в печени. Весь процесс может занимать от 3 до 8 недель.

На фоне развивающейся дистрофии печени может происходить отек и инфильтрация стенки желчного пузыря и протоков, воспалительные процессы в кишечнике, кровоизлияния в легкие, пневмония. Патологический процесс может затрагивать почки, селезенку, лимфоузлы, а также влиять на работу сердца и центральной нервной системы.

Панкреатогенная токсическая дистрофия печени проявляется потерей аппетита, мышечной слабостью, тошнотой, рвотой. Возможна головная боль, головокружение, бессонница. Могут быть боли (иногда такие же, как при печеночной колике), различные кровоизлияния и кровотечения. Часто

наблюдается незначительное повышение температуры. У больного развиваются нервно-психические расстройства: могут появиться мышечные подергивания, бред, галлюцинации, двигательное возбуждение. Нарушается работа сердца, что проявляется в тахикардии.

Все эти симптомы наслаиваются на клинические признаки острого панкреатита, еще более ухудшая состояние больного. Если ему своевременно не будет оказана помощь, может развиваться печеночная кома.

Для подтверждения диагноза проводят анализ крови и мочи. Признаком дистрофии печени являются лейкоцитоз, нарушения в свертывающей системе крови, увеличение уровня билирубина в 5 и более раз, мочевины, желчных кислот, снижение количества альбуминов и холестерина. Возможно развитие анемии. Анализ мочи выявляет наличие в ней эритроцитов и цилиндров.

Также на дистрофию печени может указывать быстро развивающаяся желтуха. Ее отсутствие, напротив, затрудняет диагноз.

Если по анализам и клинической картине поставить диагноз не удастся, назначают УЗИ и лапароскопию (об этих методах диагностики будет более подробно рассказано ниже).

Степень дистрофии печени зависит от формы осложнения. При подострой форме патологические

изменения менее выражены, чем при острой, когда уменьшение органа происходит очень быстро.

Прогноз при дистрофии печени неблагоприятный. Прогрессирующее осложнение может привести к летальному исходу. Причиной смерти в большинстве случаев является острая печеночная или почечная недостаточность. Однако все зависит от своевременно оказанной помощи и общего состояния организма больного.

Панкреатогенная токсическая дистрофия почек

Причиной ее развития является нарушение обменных процессов в организме, приводящее к отложению белка амилоида в органах и тканях всего организма, в том числе и в почках.

Это патологическое состояние некоторое время может протекать бессимптомно. Затем развивается слабость, отеки (несмотря на повышенное отделение мочи), повышение артериального давления, почечная недостаточность (нарушение химического гомеостаза, при котором происходит частичное или полное нарушение образования мочи).

Для подтверждения диагноза необходим анализ крови и мочи. Основным признаком является снижение уровня альбуминов и других белков в крови из-за выделения его с мочой. Также отмечается повышение уровня холестерина в крови. Анализ мочи выявляет наличие в ней эритроцитов, лейкоцитов и цилиндров.

В некоторых случаях назначают дополнительные обследования: выявление повышенного содержания амилоида в почках, деснах или слизистых прямой кишки. Для этого берут образец ткани и проводят гистологическое исследование.

Панкреатогенный эрозивно-геморрагический гастроэнтерит

Цилиндрами в моче называют слепки почечных канальцев белкового или клеточного состава. Их появление указывает на нарушение работы почек.

Это патологическое состояние, поражающее сразу весь желудочно-кишечный тракт. Осложнение обычно протекает в острой форме. Основными симптомами являются боли и ощущение тяжести в подложечной области, отрыжка, изжога. В некоторых случаях первыми признаками развивающегося осложнения являются рвота пищей (а не содержимым двенадцатиперстной кишки, как при панкреатите), вздутие живота. При прослушивании можно услышать урчание и переливание в кишечнике.

Описанную клинику относят к легкой форме энтероколита. При тяжелой форме состояние больного ухудшается, добавляется слабость, чувство разбитости, температура тела повышается, отмечается спутанность сознания. На фоне этого возможно нарушение работы сердечно-сосудистой системы. В целом прогноз благоприятный, если удастся устранить причины, вызвавшие осложнение (т.е. вылечить острый панкреатит).

Панкреатогенный делириозный синдром

Это помрачение сознания, при котором развиваются галлюцинации или бред. Выделяют три стадии делирия.

На первой стадии у больного появляются образные представления, бессвязные ассоциации, возможен наплыв воспоминаний, повышенная эмоциональность, стремление много говорить, повышенная чувствительность. Описанные симптомы, как правило, усиливаются в вечернее время суток, развивается беспокойство, сон сопровождается яркими сновидениями.

На второй стадии у больного развиваются зрительные галлюцинации и иллюзии. Большую часть времени разговор больного бессвязен, но периодически его сознание на короткое время может проясняться.

На третьей стадии больной практически непрерывно видит галлюцинации, которые чаще всего вызывают у него страх, беспокойство, гнев, в редких случаях позитивные эмоции интерес, восторг. Сон не наступает даже в ночное время.

При тяжелом состоянии больного возможно развитие мусситирующего или профессионального делирия. В первом случае больной что-то бормочет, постоянно что-то снимает, стряхивает с себя, при этом не реагируя на внешние раздражители. В редких случаях развивается кома, которая заканчивается

летальным исходом. Во втором случае отмечается глубокое помрачение сознания, больной может произносить отдельные слова, при этом совершенно не реагируя на внешние раздражители. Имеет место какое-либо однообразное двигательное возбуждение, чаще всего связанное с профессиональной деятельностью больного.

Иллюзиями в медицине называют ошибочные восприятия реально существующих предметов или явлений. Например, тени на стене могут казаться бабочками, тряпка или полотенце, лежащее на полу, кошкой и т.д. Также меняется вкус и обоняние, например, вкус пищи ощущается как вкус глины, а ее запах, даже если она свежая, воспринимается как запах гнили, портящихся продуктов.

На фоне делирия у больного развиваются вегетативно-сосудистые расстройства: колебания артериального давления, повышение температуры тела, потливость, тахикардия. Чем сильнее делирий, тем более ярко выражены эти расстройства.

Как правило, развивается только первая стадия, иногда за ней следует вторая, которая продолжается около суток. Третья стадия развивается только при очень тяжелом состоянии больного.

Даже после нормализации состояния больного после перенесенного делирия у него может наблюдаться астения, депрессия. Воспоминания о пережитом обрывочны.

Панкреатогенная кома

Это патологическое состояние организма, при котором происходит угнетение функций центральной нервной системы с нарушением реакций на внешние раздражители и полной утратой сознания. Происходит расстройство всех функций жизнеобеспечения организма (дыхания, кровообращения и др.). Коматозное состояние быстро прогрессирует.

Смысл, который вкладывают в понятие кома, может различаться. Так, в англоязычной медицинской литературе комой называют только потерю сознания.

Кома как осложнение острого панкреатита это угрожающее состояние, которое требует скорейшего лечения на как можно более ранних стадиях развития. По возможности терапию необходимо назначать при угрожающих состояниях, которые могут перейти в кому. Поэтому очень важно вовремя распознать их, чтобы не допустить начинающегося угнетения функций ЦНС.

Различают два вида комы:

бодрствующая, характеризующаяся полным равнодушием больного ко всему окружающему. При этом он не перестает воспринимать себя как личность, а в некоторых случаях даже понимает, где он находится;

сомнолентная, при которой у больного развивается помрачение сознания, проявляющееся в повышенной сонливости.

Выделяют более 30 видов комы, различающихся по причинам, вызывающим это патологическое состояние. Кома, развивающаяся как осложнение острого панкреатита, вызывается интоксикацией организма. Она может развиваться на фоне других осложнений: почечной или печеночной недостаточности.

По скорости течения различают три вида комы:

внезапную, при которой все симптомы развиваются практически мгновенно;

быструю, которая может развиваться от нескольких минут до 13 часов;

постепенную, при которой симптомы нарастают в течение нескольких часов, а иногда даже и дней (в последнем случае говорят о медленном развитии комы).

Для своевременной диагностики удобнее пользоваться классификацией, основанной на стадиях развития. Так, различают прекому и четыре стадии развития (или тяжести).

При прекоме рефлекторная деятельность еще не нарушена. Сознание больного спутанное, несколько оглушенное, возможна заторможенность, сонливость, или, наоборот, психомоторное возбуждение.

Физическое состояние больного (вегетативные функции и т.д.) соответствует стадии развития панкреатита.

Если своевременно не принять мер по стабилизации состояния, прекома может перейти в кому I стадии. У больного наблюдается торможение всех реакций на внешние раздражители, в том числе и на сильную боль, контакт с ним сильно затруднен. При этом он способен самостоятельно поворачиваться в постели, глотать жидкую пищу или воду, если их ему предложат, иногда выполнять несложные движения. При этом отмечается реакция зрачков на свет, иногда косоглазие, маятниковые движения глазных яблок. Мышечный тонус и сухожильные рефлексы повышены, а кожные, напротив, резко ослаблены.

Под психомоторным возбуждением понимают состояние, характеризующееся повышением психической и двигательной активности. Оно может сопровождаться бредом, галлюцинациями и т.д.

По мере развития кома может перейти во II стадию, при которой больной впадает в ступор или глубокий сон, полностью переставая реагировать на внешние раздражители, в том числе и на болевые ощущения. Развиваются расстройства дыхания, непроизвольное мочеиспускание и дефекация. Зрачки сужены, слабо реагируют на свет. Глоточные и корнеальные рефлексы не нарушены. Развивается мышечная слабость. Также отмечается отсутствие

кожных рефлексов, мышечная слабость, спастические сокращения, горметония (напряжение мышц конечностей, сменяющееся их расслаблением) и т.д.

При III стадии комы больной находится в сознании, реагирует на болевые ощущения, но при этом у него отсутствует корнеальный и очень слаб глоточный рефлекс. Зрачки не реагируют на свет, часто сужены. Развивается непроизвольное мочеиспускание и дефекация. Рефлексы сухожилий и общий мышечный тонус снижены, возможны локальные судороги. Отмечается расстройство дыхания, снижение артериального давления, температура тела понижается.

IV стадия характеризуется полным отсутствием сознания и рефлексов. Артериальное давление резко понижается, дыхание может полностью прекратиться. Зрачки расширены, мышечный тонус отсутствует.

Корнеальным рефлексом называют рефлекторное смыкание век при легком прикосновении к ним ватой, кусочком ткани или другим мягким предметом.

При своевременно проведенной терапии больной может выйти из коматозного состояния. При этом происходит постепенное восстановление функций центральной нервной системы в том же порядке, в котором происходило их угнетение. Иногда развиваются судорожные припадки, за которыми следует сумеречное состояние.

Постнекротические осложнения

К ним относят парапанкреатический инфильтрат и псевдокисты.

Парапанкреатический инфильтрат

Это скопление в тканях поджелудочной железы не свойственных ей клеточных элементов с примесью крови и лимфы. Процесс носит воспалительный характер.

По мере развития инфильтрата ткань органа увеличивается в размере, становится более плотной, иногда болезненной, изменяет свой цвет.

При благоприятном течении инфильтрат может рассосаться, склерозироваться с образованием абсцесса, рубца и т.д.

Псевдокисты

Одним из осложнений острого панкреатита являются псевдокисты (ложные кисты) поджелудочной железы. Эти образования похожи на обычные кисты, разницы может не показать даже компьютерная томография.

Отличие от настоящих кист заключается в том, что стенки этих образований состоят не из клеток эпителия, а из грануляционной или фиброзной ткани.

Псевдокиста накапливает патологическую жидкость, увеличивается в размерах, что приводит к сдавливанию соседних органов желудка и

двенадцатиперстной кишки и к помехам продвижению по ним пищи.

Рост псевдокисты вызывает болезненные ощущения.

Гнойные осложнения

Эти осложнения наиболее опасны, т.к. чаще всего именно они являются причиной смерти больного. Поэтому особенно важно своевременно получить медицинскую помощь. К ним относят абсцесс поджелудочной железы или сальниковой сумки, флегмонозный или апостематозный панкреатит, абсцессы забрюшинных клетчаточных пространств и брюшной полости, перитонит.

Абсцесс поджелудочной железы или сальниковой сумки

Это локальное гнойное воспаление тканей, сопровождающееся их последующим расплавлением. Как правило, он формируется вблизи поджелудочной железы. Абсцесс может содержать небольшое количество некротических тканей.

Более подробно об абсцессе будет сказано ниже, в разделе Осложнения хронического панкреатита.

Флегмонозный или апостематозный панкреатит

Согласно статистике, гнойные осложнения развиваются в 1530% случаев острого панкреатита. В 3065% они заканчиваются летальным исходом.

Под флегмонозным панкреатитом подразумевают острую форму панкреатита, осложненную гнойным пропитыванием тканей поджелудочной железы. При этом гнойное пропитывание имеет широкое распространение. Симптомами этого осложнения являются боль, отек, повышение температуры тела. Опасность флегмонозного панкреатита в том, что воспалительный процесс может перейти на соседние ткани и вызвать сепсис.

Апостематозный панкреатит это острая форма панкреатита, осложненная образованием множественных абсцессов поджелудочной железы.

Абсцессы забрюшинных клетчаточных пространств и брюшной полости

Это осложнение также представляет большую опасность для больного, т.к. при нем воспалительный процесс затрагивает другие органы брюшной полости. Это, в свою очередь, может привести к развитию острых эрозий и язв желудочно-кишечного тракта.

Перитонит

Под этим термином понимают синдром воспаления брюшины. Это наиболее опасное осложнение острого панкреатита, требующее неотложного хирургического вмешательства. Консервативные методы лечения малоэффективны и в большинстве случаев не помогают спасти жизнь пациента. Советский хирург С. И. Спасокукоцкий сформулировал необходимость хирургического

вмешательства так: При перитонитах операция в первые часы дает до 90% выздоровлений, в первый день 50%, позже третьего дня всего 10%.

Под флегмоной понимают острое разлитое гнойное воспаление жировой клетчатки, не имеющее четких границ.

Перитонит развивается из-за свободного попадания в брюшную полость сока поджелудочной железы. Также его могут вызвать множественные абсцессы и флегмона поджелудочной железы и других органов брюшной полости, асцит (о нем более подробно будет рассказано ниже).

В зависимости от распространения различают две формы перитонита:

местный (ограниченный);

распространенный, который, в свою очередь, подразделяют на диффузный и разлитой.

Перитонит вызывает общую интоксикацию организма. На начальном этапе осложнения происходит ослабление перистальтики кишечника, затем отекает брюшина, далее к этому присоединяется расстройство гемодинамики, что вызывает падение артериального давления. Далее патологический процесс затрагивает печень, что приводит к нарушению выработки белка, и надпочечники. Это ведет к изменению состава крови, застою его в легких, нарушению работы сердца и

центральной нервной системы. Нарушается обмен веществ.

При тяжелом течении перитонит может привести к развитию острой почечной недостаточности.

Симптомы перитонита сходны с основными симптомами острого панкреатита: сильная боль в животе, которая быстро нарастает, тошнота и рвота, не приносящая облегчения. Возможны жажда, одышка, частые срыгивания, лихорадка. Резко выражен симптом Щёткина-Блюмберга. Живот вздут, мышцы передней брюшной стенки сильно напряжены. Язык сухой, обложенный.

Черты лица больного заостряются, кожа приобретает серо-землистый цвет, глаза запавшие, дыхание затруднено. Больной заторможен, реакция на внешние раздражители снижена.

Висцеральные осложнения

К ним относят свищи, аррозивные кровотечения и окклюзионные поражения.

Свищи

Под свищом понимают канал, соединяющий протоки железы с каким-либо органом, полостью или поверхностью тела. Канал имеет неравномерный диаметр, то сужается, то расширяется.

Его стенки образованы фиброзной тканью.

Он имеет основание (оно соединено с одним из крупных протоков поджелудочной железы) и устье.

При остром панкреатите возможно появление как внутренних, так и наружных свищей.

В первом случае свищ поджелудочной железы соединяется устьем с полым органом, например желудком, во втором случае устье открывается на поверхности кожи.

Кроме того, свищ может быть:

Различают ложные свищи, образующиеся в результате панкреонекроза поджелудочной железы, и истинные свищи, причиной образования которых является повреждение протоковой системы органа.

полным, когда проксимальная часть протока закрыта и панкреатический сок выделяется наружу;

неполным, когда часть панкреатического сока продолжает выделяться в двенадцатиперстную кишку, а часть через свищ.

Также при остром панкреатите могут формироваться:

панкреатические свищи;

желчные свищи;

кишечные свищи;

панкреато-желудочные и дуоденальные свищи;

панкреато-бронхиальные и плевральные свищи.

Главным симптомом свища является отделение через него сока поджелудочной железы. Его количество зависит от вида свища: от нескольких капель при неполном свище до 1,5 л в сутки при полном. Выделяемый сок может быть чистым или иметь примесь крови и гноя.

При наружном свище наблюдается мацерация кожи (растворение межклеточного вещества, приводящее к разъединению клеток кожи). Потеря панкреатического сока через свищ приводит к резкому ухудшению состояния. Нарушается белковый, жировой и углеводный обмен, кислотно-щелочной баланс. Развивается обезвоживание, общее истощение. При отсутствии своевременной медицинской помощи это может привести к коме. Диагностика наружного свища, как правило, не вызывает никаких сложностей. Для подтверждения диагноза необходимо провести исследование содержания панкреатических ферментов в соке, выделяемом через свищ.

Если свищ внутренний и соединен устьем с желудком или кишечником, клиническая картина более сглажена. В этом случае для подтверждения диагноза необходимо провести фистулографию.

Аррозивные кровотечения

Гнойные процессы, развивающиеся в брюшной полости на фоне острого панкреатита, приводят к

разрушению стенок кровеносных сосудов, из-за чего развивается внутреннее кровотечение из поджелудочной железы.

Симптомы осложнения сходны с симптомами острого панкреатита: боли, тошнота, рвота, вздутие живота и т.д.

Температура нормальная или слегка повышенная, пульс учащен.

Это очень опасное осложнение. Оно сопровождается очень сильной болью в эпигастральной области, от которой часто развивается коллапс, который заканчивается летальным исходом. Осложнение развивается очень быстро, в течение нескольких часов. Кровотечение, как правило, довольно сильное, и операция в таком случае малоэффективна.

Острый панкреатит может быть осложнен нарушением углеводного обмена, проявляющегося повышением уровня сахара в крови.

Если же постараться стабилизировать состояние человека, то острый этап может завершиться отмиранием той части поджелудочной железы, в которой скопилась кровь. После этого оперативное вмешательство будет более эффективным.

Окклюзионные поражения

Они представляют собой сдавление или тромбоз ветвей брюшной аорты, воротной вены и ее притоков.

Это приводит к нарушению нормального кровоснабжения поджелудочной железы.

Исключение инфаркта

Выше уже упоминалось, что клинические признаки острого панкреатита и инфаркта могут быть схожи, поэтому нередко бывает сложно поставить правильный диагноз. Однако, если состояние пациента критическое, важно как можно быстрее правильно определить болезнь, не проводя анализов и инструментальных исследований, которые могут занять длительное время.

Выше упоминалось, что болевые ощущения при обоих этих заболеваниях могут быть схожи: при воспалении поджелудочной железы боль локализуется в верхней части живота, отдает в левые руку, плечо, лопатку или межлопаточную область. В 5% случаев такая же клиника отмечается и при инфаркте. При инфаркте больные часто жалуются на боль в загрудинной области, что иногда наблюдается и при панкреатите.

У мужчин окклюзионные поражения развиваются чаще, чем у женщин.

Также и при остром панкреатите, и при инфаркте миокарда больной может проявлять беспокойство, выказывать страх смерти, у него может развиваться шоковое состояние. Кроме того, результаты анализов могут быть сходными.

Поэтому, если больной находится в критическом состоянии, большое значение имеет опыт врача, его способность правильно оценить состояние пациента, поставить верный диагноз и оказать соответствующую неотложную помощь.

В этом случае следует обращать внимание на следующие признаки.

При инфаркте миокарда боль ощущается в течение нескольких часов, и только при осложнении воспалением наружных оболочек сердца (перикардит) боль может ощущаться в течение суток. Однако в последнем случае диагностика обычно не вызывает проблем для этого достаточно сделать электрокардиограмму. При остром панкреатите, как уже упоминалось выше, болевые ощущения могут длиться несколько дней.

При инфаркте миокарда может наблюдаться однократная рвота (примерно в 8% случаев), но при остром панкреатите она постоянная и сопровождается метеоризмом.

Если у врача все же остаются сомнения, необходимо сделать УЗИ. При остром панкреатите оно покажет увеличение поджелудочной железы и изменение формы ее головки (о подробностях проведения процедуры УЗИ рассказывалось выше).

Нередко сам больной, почувствовав боли в грудной области, вызывает скорую помощь, сообщая, что у него сердечный приступ, даже не

подозревая, что в действительности причиной недомогания является воспаление поджелудочной железы.

Не стоит исключать и еще один вариант: нечасто, но бывает так, что у пациента одновременно развивается и острый панкреатит, и инфаркт миокарда. В любом случае при подозрении на любое из этих заболеваний сам больной или его родственники должны как можно быстрее вызвать скорую помощь.

Прогноз

Он зависит от характера и степени поражений. При образовании множества воспалительных очагов, затрагивающих саму поджелудочную железу и соседние ткани, очень тяжелом состоянии больного болезнь может закончиться летально даже при своевременном обращении к врачу.

В целом прогноз неблагоприятный. В любом случае помощь должна быть оказана своевременно.

Причиной смерти в первые дни развития острого панкреатита является интоксикация организма, сопровождающаяся острой почечной недостаточностью, отеком головного мозга, общим обезвоживанием организма, приводящими к шоку.

При своевременном обращении к врачу и быстрой диагностике, позволяющей оценить характер и масштаб поражений, количество летальных исходов в

среднем составляет от 23% (при быстром проведении полной диагностики) до 1012%.

Первое руководство по заболеваниям поджелудочной железы было издано в 1864 году в Париже.

При тяжелых формах острого панкреатита, требующих хирургического лечения, количество летальных исходов составляет 2050%.

При тотальном панкреонекрозе лечение неэффективно, смертность составляет 100%. При субтотальной форме в случае своевременно и грамотно оказанной медицинской помощи выживает около 7% больных. При деструктивных формах острого панкреатита выживает 15%, при очаговом некрозе 88,5% больных.

Наиболее благоприятный прогноз при отечной форме острого панкреатита, при котором выживает 100% больных.

Хронический панкреатит

Это медленно прогрессирующее воспаление поджелудочной железы с нарушением ее функций. Заболевание протекает с обострениями, которые сменяют периоды ремиссии.

Классификация

Выделяют четыре формы развития заболевания:

латентная форма, которая протекает без каких-либо симптомов человек даже не догадывается о своей болезни;

болевая;

хроническая рецидивирующая;

склерозирующая;

псевдоопухолевая, при которой поражение затрагивает головку поджелудочной железы и вызывает ее увеличение из-за разрастания фиброзной ткани. Эта форма встречается довольно редко.

Кроме того, заболевание классифицируется также по степени тяжести. Различают легкое, средней тяжести и тяжелое течение панкреатита.

При легком течении приступы отмечаются 12 раз в год и характеризуются умеренными болями. При своевременном лечении больной очень быстро чувствует облегчение.

При средней тяжести заболевания обострения случаются в среднем через каждые 3 месяца, характеризуются продолжительными болями, отмечается умеренное нарушение внешнесекреторной функции поджелудочной железы. Присутствует феномен панкреатической гиперферментации.

При тяжелом течении обострения происходят часто, сопровождаются сильными и постоянными болями. При этом отмечается нарушение

пищеварения, ярко выраженное нарушение внешнесекреторной функции поджелудочной железы, больной сильно худеет.

Этиология

Причины развития хронического панкреатита те же, что и у острого панкреатита, однако выявить их, как правило, труднее. Кроме того, хотя желчнокаменная болезнь и может спровоцировать развитие хронического панкреатита, но чаще все же развивается его острая форма.

У жителей ряда стран хронический панкреатит развивается из-за тяжелой белково-энергетической недостаточности (из-за непоступления белков в организм или их распада в результате травм, ожогов и т.д.).

К развитию хронического панкреатита могут привести следующие состояния:

заболевания желудка хронический гастрит с секреторной недостаточностью, язвенная болезнь;

заболевания двенадцатиперстной кишки язвенная болезнь, дуоденит, хроническое нарушение дуоденальной непроходимости, дискинезия, дивертикул;

заболевания желчевыводящих путей желчнокаменная болезнь, некалькулезный холецистит, аномалии желчевыводящих путей;

заболевания печени хронический гепатит, цирроз печени;

заболевания большого дуоденального соска папиллит, спазм сфинктера Одди, стриктура, обтурация камнем, опухолью, паразитами.

Кроме того, были выявлены и другие причины развития хронического панкреатита (хотя они встречаются крайне редко):

муковисцидоз (вызывает поражение поджелудочной железы у детей);

тропический панкреатит (развивается в жарком климате Азии и африканского континента);

опухоли поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки;

наследственная предрасположенность к панкреатиту;

Согласно статистике, в США из всех причин развития хронического панкреатита на первом месте находится алкоголизм.

лучевая терапия на область живота;

синдром Швахмана, при котором наблюдается врожденная гипоплазия (аномалии развития) поджелудочной железы и костного мозга и т.д.

И все же примерно в 25% случаев причины заболевания определить не удастся. В этом случае

говорят об идиопатическом хроническом панкреатите.

Патогенез

Пока до конца не ясно, какие условия считаются необходимыми для того, чтобы начал развиваться хронический панкреатит. Существуют различные теории, которые пока не получили подтверждения. Можно лишь отметить, что при хроническом панкреатите, вызванном злоупотреблением алкоголем, воспаление развивается из-за сгущения ферментов в протоках, что приводит к их патологическим изменениям: заграждению и расширению протоков, обширной атрофии ацинусов, уплотнению соединительной ткани и отложению на них извести. Однако алкоголизм может вызвать острый приступ панкреатита, при этом признаки хронического панкреатита могут отсутствовать.

Также нельзя связать степень поражения поджелудочной железы и количество выпитого спиртного. Нередко в клинической практике встречаются случаи, когда хронический панкреатит развивался при умеренном употреблении алкоголя не более 50г в сутки. При этом человек, употребляющий алкоголь в гораздо большем количестве, может вообще не страдать от панкреатита.

Также необходимо отметить, что, если у человека, который злоупотребляет алкоголем, случился острый приступ панкреатита, закончившийся летальным исходом, это указывает на то, что у него уже развился

хронический панкреатит. В этом случае возможно бессимптомное развитие болезни.

При хроническом панкреатите воспалительный процесс может поражать как весь орган, так и его части: головку, тело или хвост.

Патологический процесс протекает следующим образом. Под действием одной или нескольких описанных выше причин начинает развиваться дистрофия, а затем атрофия слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки. При этом понижается ее способность к восстановлению. Это приводит к нарушению выработки в ней секретина и холецистокинина (панкреозимина), который стимулирует синтез пищеварительных ферментов поджелудочной железой.

Учеными были проведены клинические и экспериментальные исследования, которые доказали токсическое воздействие алкоголя на поджелудочную железу.

Это нарушение приводит к повышению давления в двенадцатиперстной кишке и вызывает спазм сфинктера Одди, повышается давление в панкреатическом протоке, снижается количество выделяемого панкреатического сока и скорость его оттока. Одновременно происходит повышение концентрации в нем белка и, как следствие, его осаждение, что приводит к образованию белковых пробок, которые вызывают закупорку панкреатических протоков.

Под действием алкоголя, жирной пищи или из-за переедания панкреатический сок выходит за пределы протоков, заполняет окружающую ткань и вызывает отек поджелудочной железы. Если в результате патологического процесса неактивные ферменты активизируются, вызывая переваривание тканей поджелудочной железы, говорят о триптической рецидивирующей форме хронического панкреатита.

Возможен и другой путь развития патологического процесса: из-за отека ткани происходит сдавление и атрофирование ацинарных желез поджелудочной железы и их замена на соединительную ткань. В этом случае говорят о нетриптическом атрофическом варианте хронического панкреатита.

В ходе течения патологического процесса поджелудочная железа уменьшается в размерах и приобретает более плотную, хрящевидную консистенцию.

На течение патологического процесса также оказывают влияние следующие моменты:

нарушение микроциркуляции;

Сфинктером Одди называют гладкую мышцу, располагающуюся в большом дуоденальном (фатеровом) сосочке. Он управляет выделением сока поджелудочной железы и желчи в двенадцатиперстную кишку. Сфинктер получил свое

название в честь итальянского анатома и физиолога Руггеро Одди.

значение свертывающей системы крови;

активация кининовой системы (это приводит, в частности, к повышению проницаемости капилляров);

распространение инфекции из желчных путей;

затекание желчи в панкреатический проток при нарушении функции большого дуоденального соска.

Клиническая картина

Любая форма хронического панкреатита протекает с обострениями, которые проявляются в тех же симптомах, что и острый панкреатит. Однако боль может быть волнообразной или даже отсутствовать. Вообще механизм развития боли при хроническом панкреатите еще не изучен до конца. Типичными считаются случаи, когда болевые ощущения локализируются в эпигастральной области и проявляются в области спины. Кроме того, боль может ощущаться в правом или левом подреберье. Реже пациент жалуется на болевые ощущения за грудиной или в боку. Также боль может иметь разлитой характер.

Болевые ощущения чаще всего довольно сильные, продолжительные, глубинные, и они не ослабевают даже после приема препаратов, оказывающих антацидное действие (уменьшающих переваривающую активность ферментами

поджелудочной железы). Боль, как правило, проходит только после введения наркотических препаратов.

Также хронический панкреатит сопровождается азотореей (нарушением всасывания аминокислот) и стеатореей (повышенным содержанием нейтрального жира, жирных кислот или мыл в каловых массах). Азоторея в большинстве случаев сопровождается разрушением более 90% тканей экзокринной части поджелудочной железы. Нарушение всасывания также сопровождается диареей, человек начинает терять в весе. При этом нехватка жирорастворимых витаминов в большинстве случаев не диагностируется.

Для обострения хронического панкреатита характерно несоответствие между объективными симптомами и интенсивностью боли, на которую жалуется больной. В связи с этим для подтверждения диагноза врачи, как правило, проверяют наличие специальных симптомов. Так, при пальпации живота ощущается болезненность в следующих зонах:

зона Шоффара-Риве. Она определяется как область живота, ограниченная срединной линией тела, линией, проведенной вправо от пупка вверх под углом 45°, и горизонтальной линией, проведенной через точку Дежардена на 6 см выше линии, соединяющей пупок с правой подмышечной впадиной. Болезненность в зоне Шоффара наблюдается при воспалении головки поджелудочной железы;

Хронический панкреатит это не только медицинская, но и социальная проблема. Согласно статистике, 11% заболевших вынуждены оформлять инвалидность.

зона Губергрица-Скульского. Она определяется аналогично зоне Шоффара, но располагается слева, в точках Мейо-Робсона. Она проходит по границе наружной и средней трети линии, соединяющей пупок и середину левой реберной дуги. Болезненность в зоне Губергрица-Скульского наблюдается при воспалении тела поджелудочной железы;

зона Губергрица. Она аналогична точке Дежардена, но располагается слева. Воспаленная поджелудочная железа прощупывается в виде тяжа на 45см выше пупка. Болезненность в зоне Губергрица наблюдается при воспалении хвоста поджелудочной железы.

В период между обострениями пациент также может испытывать тупую боль, тошноту, у него могут быть запоры. В ряде случаев наблюдается своеобразный жирный кашицеобразный стул, плохо смываемый водой (это связано с тем, что в кале присутствует непереваренный жир). На нарушение функции поджелудочной железы также могут указывать поносы.

Более точная клиническая картина зависит от формы заболевания.

Латентная форма

Как уже упоминалось, она протекает практически бессимптомно. Боли могут отсутствовать или быть очень слабыми. Иногда отмечается плохой аппетит, тошнота, диарея. Возможны нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы.

Болевая форма

Она характеризуется болями в верхней половине живота, отдающими в спину. Боли постоянные, во время обострений усиливаются.

Также отмечается снижение аппетита, неустойчивый стул (понос может сменяться запором), метеоризм, снижение массы тела. При пальпации можно почувствовать, что поджелудочная железа увеличена и уплотнена.

Хроническая рецидивирующая форма

Она проявляется характерными болевыми ощущениями во время приступов. Боли ощущаются в верхней половине живота. На воспаление головки поджелудочной железы указывают боли в эпигастрии справа, на воспаление хвоста боли в левой части эпигастральной области, при поражении всего органа отмечаются опоясывающие боли.

Болевые ощущения возникают после приема алкогольных напитков, жареной, жирной и острой пищи. Они очень сильные, сверлящие, жгучие и давящие, сопровождаются обильной рвотой.

Приступы сопровождаются ухудшением аппетита, диареей и метеоризмом. Отмечается повышение температуры тела, возможен озноб.

При пальпации можно почувствовать уплотненную поджелудочную железу на 4-5 см выше пупка.

При этой форме больной очень сильно худеет. Также анализы выявляют повышенное количество лейкоцитов и повышение диастазы в крови и моче.

Склерозирующая форма

Она характеризуется болями в верхней половине живота, которые усиливаются после приема пищи. В связи с этим у больного пропадает аппетит, возможны тошнота, поносы. Он сильно худеет.

Эта форма характеризуется сильным нарушением внешнесекреторной деятельности поджелудочной железы. Кроме того, возможны нарушения и внутрисекреторной деятельности органа, приводящие к развитию клиники сахарного диабета. Больной жалуется на сухость во рту, кожный зуд, частое мочеиспускание. Анализы выявляют повышение уровня сахара в крови и наличие глюкозы в моче.

Склеротические изменения и отеки головки поджелудочной железы могут протекать с такими симптомами, как сдавление протока поджелудочной железы или протоков желчевыводящих путей. При этом необходимо учитывать, что сходные симптомы наблюдаются при опухоли головки поджелудочной

железы. При нарушениях оттока желчи развивается механическая желтуха.

Псевдоопухолевая форма

При склерозирующей форме панкреатита отмечаются склеротические изменения (затвердение тканей) в головке поджелудочной железы.

Больной жалуется на боли в правой части эпигастральной области, тошноту, рвоту, кожный зуд. При этой форме развивается желтуха, моча становится темной, кал, наоборот, светлым. При пальпации можно почувствовать плотную головку поджелудочной железы.

Осложнения

Хронический панкреатит может протекать с осложнениями. Наиболее часто встречается нарушение всасывания витамина В12, гиповолемический шок, желудочно-кишечное кровотечение, желтуха, хронический холестаз, холангит, реже диабет, приводящий к развитию диабетического кетоацидоза, кома и др.

Подозрение на любое из описанных ниже осложнений является основанием для немедленного обращения к врачу.

Нарушение всасывания витамина В12

Хронический панкреатит, развивающийся при злоупотреблении алкоголем, и муковисцидоз могут

сопровождаться дефицитом витамина В12. При злоупотреблении алкоголем нарушение всасывания витамина наблюдается примерно в 40% случаев, а при муковисцидозе практически у каждого больного.

Витамин В12, или цианокобаламин, это комплексное металлоорганическое соединение, в состав которого входит кобальт и коррин. Он не образуется в организме, а поступает в него вместе с пищей (его основными источниками являются мясо и молочные продукты). Суточная норма витамина В¹² составляет не менее 2,5мкг.

Этот витамин обладает способностью усиливать потребление клетками кислорода, повышает иммунную защиту организма, стимулирует функцию кроветворения (участвует в созревании эритроцитов).

Пища, попадая в желудок, переваривается, при этом витамин В12 высвобождается и образует соединение с желудочным белком. В двенадцатиперстной кишке это соединение разрушается, и витамин В12 образует другое соединение с гликопротеидом. Это вещество не переваривается желудочным соком. Оно продвигается по пищеварительному тракту до дистального отдела подвздошной кишки, где происходит его поглощение. После этого витамин В12 снова высвобождается и образует новое соединение с одним из транспортных белков, поступает в кровь и всасывается в печени, поглощается костным мозгом и другими тканями.

Около 2мкг витамина поглощается печенью, остаток другими органами и тканями.

Наиболее богаты витамином В12 печень, почки, язык, сердце, телятина, а также рыба: скумбрия, сардина, сельдь, кета, морской окунь и т.д. В продуктах растительного происхождения этого витамина очень мало, поэтому вегетарианцы и люди, которые по каким-то причинам не употребляют мясных, рыбных и молочных продуктов, чаще страдают от дефицита витамина В.

При прекращении поступления витамина В12 с пищей его дефицит развивается только через несколько лет. При нехватке витамина В12 больной может жаловаться на усталость, головокружение, головные боли, шум в ушах, ухудшение зрения, сонливость. Возможна раздражительность, депрессия. Отмечаются нарушения работы нервной системы. Из-за того что клетки головного мозга плохо снабжаются кислородом, возможны даже галлюцинации.

Также недостаток витамина В12 может вызвать нарушения пищеварения, проявляющиеся в плохой усвояемости пищи, запорах. При длительном гиповитаминозе возможны более серьезные заболевания желудочно-кишечного тракта.

Причины, приводящие к нарушению всасывания витамина В12, до конца все еще не ясны.

Гиповолемический шок

Он развивается из-за того, что панкреатические ферменты, попадая в кровь, вызывают активацию вазоактивных субстанций. Эти вещества повышают сосудистую проницаемость, из-за чего большее количество жидкости попадает в межклеточное пространство. Это приводит к развитию гиповолемического шока, основными симптомами которого являются бледность кожных покровов, тахикардия, резкое снижение артериального давления. Тело покрывается холодным потом, развивается олигурия (снижение количества мочи в 3 раза) и ступор.

Желудочно-кишечные кровотечения

Развиваются в том случае, если хронический панкреатит протекает на фоне других заболеваний желудочно-кишечного тракта, например язвенной болезни, эрозивного гастрита.

Для того чтобы повысить всасывание витамина В12, одновременно рекомендуется принимать фолиевую кислоту.

Кровотечение может быть вызвано прорывом абсцессов или псевдокист поджелудочной железы в кишечник.

Сужение общего желчного протока

Оно может быть вызвано следующими причинами:

отек и уплотнение тканей головки поджелудочной железы;

развитие псевдокист;

воспаление анальных сосочков.

В результате развивается механическая желтуха, проявляющаяся тупой или острой болью, повышением температуры тела. Кожа приобретает желтоватый или желтовато-зеленоватый оттенок, больной жалуется на зуд.

В зависимости от степени тяжести осложнений указанные симптомы могут нарастать медленно или очень быстро.

Сужение просвета двенадцатиперстной кишки

Это осложнение развивается по следующим причинам:

воспаление и отек головки поджелудочной железы;

образование псевдокист;

образование спаек в брюшной полости.

Больной жалуется на изжогу, отрыжку, тошноту, рвоту, которые развиваются из-за непроходимости двенадцатиперстной кишки. Также пациент может жаловаться на боли в животе. Клинические проявления возникают или усиливаются после каждого приема пищи.

Доктор В. Портал в 1804г. впервые описал клиническую картину панкреатита, осложненного некрозом и абсцессом поджелудочной железы.

Абсцесс поджелудочной железы

Причиной развития этого осложнения является образование участка некроза на поверхности поджелудочной железы с одновременным развитием вторичной инфекции. Чаще всего абсцесс развивается через 10-15 дней после начала обострения хронического панкреатита, причем основные симптомы рецидива, как правило, к этому времени уже идут на убыль.

Основными признаками развития абсцесса поджелудочной железы являются тахикардия, лихорадка, напряжение передней брюшной стенки. Пациент жалуется на сильные боли в животе. Также развивается повышенное количество лейкоцитов и низкое содержание белка в крови.

При абсцессе поджелудочной железы наиболее вероятен летальный исход.

Асцит

Он характеризуется разрывом панкреатических протоков и попаданием панкреатического сока в малый сальник и брюшную полость.

Основным клиническим признаком асцита является тяжесть в животе. Также отмечаются признаки нарушения внешнесекреторной функции

поджелудочной железы: кусочки непереваренной пищи в кале, жирный кал и т.д.

В 1886г. американский хирург Н. Сенн впервые предложил лечить некрозы и абсцессы поджелудочной железы хирургическим путем.

Кроме того, в ацистической жидкости отмечается повышенное содержание белков и пищеварительных ферментов. Однако не следует делать заключения по одному этому признаку, т.к. он может являться одним из симптомов прорыва псевдокисты в брюшную полость или рака желудка.

Псевдокисты

Это одно из наиболее часто встречающихся осложнений хронического панкреатита. Клиника осложнения такая же, как и при остром панкреатите.

Кальцификация поджелудочной железы

Так называют обызвествление тканей поджелудочной железы. Это осложнение наиболее часто встречается при хроническом панкреатите, вызванном злоупотреблением алкоголем. Как правило, кальцификация развивается одновременно со стеатореей, а также сахарным диабетом.

Кальцификация может протекать бессимптомно, поэтому для выявления этого осложнения необходимо провести ультразвуковое исследование и рентгенографию поджелудочной железы в двух проекциях.

Разрыв селезенки

Причина этого в том, что при отеке, сопровождающем хронический панкреатит, ножка селезенки плотно фиксируется в области хвоста поджелудочной железы. При резком подъеме внутрибрюшного давления, из-за падения, удара (даже несильного) происходит разрыв селезенки.

В 70% случаев обызвествление выявляется в головке поджелудочной железы.

К клиническим симптомам, сопровождающим разрыв селезенки, относят боль в эпигастрии, левом подреберье, отдающую в левое плечо и лопатку. Разрыв сопровождается внутренним кровотечением, из-за чего у больного развивается сильная потеря крови. Больной жалуется на головокружение и нарастающую слабость. Кожа бледнеет, покрывается потом. Давление падает, развивается тахикардия, в тяжелых случаях возможен коллапс.

При разрыве селезенки больного следует как можно быстрее госпитализировать в хирургическое отделение. При диагностировании внутреннего кровотечения необходима срочная хирургическая операция.

Сахарный диабет

Под этим термином понимают группу эндокринных заболеваний, вызванных относительным или реальным недостатком инсулина в организме, а также нарушением его взаимодействия с другими

клетками. Из-за этого развивается гипергликемия (увеличение содержания сахара в крови).

Диабет сопровождается нарушением всех видов обмена: водно-солевого, углеводного, белкового, жирового и минерального.

Различают следующие типы диабета:

сахарный 1-го типа, или инсулинозависимый;

сахарный 2-го типа, или инсулинонезависимый;

другие типы диабета: индуцированные инфекциями или лекарственными средствами, вызванные болезнями экзокринной части поджелудочной железы, генетическими дефектами в действии инсулина или функции бета-клеток и др.;

гестационный сахарный диабет.

По степени тяжести течение диабета подразделяют на легкое, средней тяжести и тяжелое. Существуют и другие классификации, например по степени компенсации углеводного обмена (фазы компенсации, субкомпенсации и декомпенсации) и по осложнениям.

На фоне сахарного диабета развивается снижение иммунитета, из-за чего организм становится уязвимым перед другими заболеваниями. Так, при сахарном диабете может развиваться туберкулез, различные воспаления мочеполовых

путей. Также он может привести к жировой дистрофии и циррозу печени.

В качестве осложнения хронического панкреатита, как правило, развивается сахарный диабет 1-го типа. Он характеризуется разрушением эндокринных клеток поджелудочной железы, что препятствует выработке инсулина. Это вызывает повышение уровня глюкозы в крови и нарушение обмена веществ. В частности, повышается метаболизм жиров и белков, что вызывает кетоацидоз (нередко это состояние упоминают в качестве отдельного осложнения хронического панкреатита). Увеличение количества глюкозы в крови приводит к повышению осмотического давления, а это, в свою очередь, к потере воды и электролитов с мочой. При длительном повышенном содержании глюкозы в крови развиваются такие тяжелые состояния, как нефропатия, нейропатия, офтальмопатия, кома и др.

Клинические признаки сахарного диабета делят на две большие группы: основные и второстепенные.

Основными признаками заболевания являются:

полиурия повышенное выделение мочи;

полидипсия постоянная жажда;

полифагия голод, который не утихает даже после приема пищи;

похудение, которое отмечается даже в том случае, если больной много ест.

Все указанные симптомы, как правило, развиваются одновременно и очень быстро. Больной сразу чувствует изменение своего состояния.

Второстепенные симптомы развиваются не всегда. Их появление менее заметно, а течение заболевания более сглажено. К ним относят сухость во рту, мышечную слабость, головные боли, зуд и воспалительные заболевания кожи и слизистых оболочек, нарушения зрения. Анализ выявляет наличие ацетона в моче.

Диабет приводит к снижению иммунитета, что обуславливает более тяжелое течение различных инфекционных заболеваний.

Больной, у которого развился сахарный диабет, нуждается в лечении, которое заключается в регулярных инъекциях инсулина и соблюдении строгой диеты. В противном случае заболевание быстро прогрессирует и может вызвать кетоацидоз или диабетическую кому, которые заканчиваются летальным исходом.

Диабетическим кетоацидозом называют тяжелое патологическое состояние, которое развивается из-за накопления продуктов промежуточного метаболизма в крови. Основными симптомами являются сильная жажда, слабость, повышенное мочеотделение, тошнота, рвота, боли в животе, головные боли, отсутствие аппетита, сонливость. Эти признаки быстро нарастают.

Это состояние опасно тем, что приводит к нарушению жизненно важных функций организма. Температура тела повышается, дыхание становится глубоким, тонус мышц и сухожильные рефлексy снижены, пульс учащается.

Кетоацидоз может привести к потере сознания и развитию коматозного состояния, потом к летальному исходу. При подозрении на диабетический кетоацидоз необходима срочная госпитализация.

Прогноз

Кетоацидоз развивается очень быстро: от одного до нескольких дней, в некоторых случаях в течение недели.

Прогноз при хроническом панкреатите зависит от причин, вызвавших заболевание, соблюдения больным режима, своевременно оказанной медицинской помощи и других факторов. Так, при хроническом алкогольном панкреатите пациент может прожить еще 10 лет при условии, что он полностью перестанет употреблять спиртные напитки. В противном случае каждый второй пациент умирает значительно раньше этого срока. При остальных формах хронического панкреатита также необходимо полностью отказаться от алкоголя, строго соблюдать прописанную врачом диету, проводить поддерживающую терапию. Это позволяет сократить количество обострений и сделать их менее интенсивными у 80% пациентов.

Предупреждение панкреатита

Основные рекомендации по профилактике панкреатита сводятся к советам вести здоровый образ жизни, по возможности не злоупотреблять чересчур острой или жирной пищей, отказаться от вредных привычек, в особенности снизить или вообще исключить употребление алкоголя.

Также очень важно следить за своим здоровьем и своевременно лечить заболевания, которые могут спровоцировать развитие панкреатита. Это заболевания желудочно-кишечного тракта, в первую очередь болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей, особенно желчнокаменной болезни, вирусный гепатит, заболевания, связанные с нарушением метаболизма. При подозрении на какое-либо из указанных заболеваний необходимо пройти обследование и, если понадобится, курс лечения. Однако эти меры не всегда помогают предотвратить панкреатит, который, как уже упоминалось выше, в некоторых случаях развивается по невыясненным причинам. Но все-таки не следует забывать, что большая часть больных острым панкреатитом это люди, злоупотребляющие алкоголем или страдающие болезнями желчных путей.

Число людей, страдающих панкреатитом, очень велико. Причем иногда человек даже не подозревает о своем заболевании, однако рано или поздно болезнь даст о себе знать. Поэтому при подозрениях на

панкреатит необходимо пройти полное обследование.

В том случае, если пациенту поставлен диагноз хронический панкреатит, он может значительно улучшить свое состояние и свести количество обострений к минимуму, если будет выполнять все рекомендации врача, главной из которых является строгое соблюдение диеты. Сложность заключается в том, что ни в коем случае нельзя отступать от диеты, даже если у человека уже длительное время не было ни одного обострения и анализы не диагностируют наличия воспалительного процесса в поджелудочной железе. Человек может чувствовать себя прекрасно в течение многих месяцев и даже лет, но если он перестанет соблюдать диету, болезнь вернется.

К мерам, помогающим предупредить развитие панкреатита, относят:

правильное питание;

сокращение употребления алкоголя;

дыхательную гимнастику;

применение геминов и микрофагов и др.

Уменьшение употребления алкоголя

Даже если человек совершенно здоров, ему не следует употреблять алкогольные напитки в больших количествах. Если же он страдает какими-либо заболеваниями желудочно-кишечного тракта и к тому

же злоупотребляет алкоголем, то должен помнить, что находится в зоне риска и в будущем у него может развиваться панкреатит.

Если человек здоров, нет необходимости полностью отказываться от алкогольных напитков. Так, научные исследования показали, что относительно безопасным считается употребление этанола в объеме 210мл (это соответствует 530мл водки) в течение недели. Иными словами, в день можно употреблять примерно 75мл водки, не боясь повредить своему здоровью.

200-400мл водки, выпитой в течение суток, уже являются серьезным стрессом для организма, даже если человек в течение недели больше не употреблял спиртных напитков. Порция алкоголя, содержащая более 160мл этанола (что соответствует 400мл водки и более) и выпитая в течение суток, считается очень опасной для здоровья и неминуемо принесет вред. Как уже упоминалось выше, еще более опасно сочетание алкоголя и жирной пищи.

Приведенные здесь дозы рассчитаны для мужчин. Дозы для женщин составляют 2Д от указанного объема.

Комплекс дыхательных упражнений для предупреждения панкреатита

5060мл водки, коньяка или другого крепкого напитка соответствуют 200250мл сухого вина или 500600мл пива

Упражнения можно выполнять в любом положении. Вначале не следует делать более 34 повторов.

Постепенно в течение 1 месяца нужно увеличить количество повторов до 9.

Во время выполнения упражнений необходимо следить за самочувствием: если возникла усталость, недомогание или боли в животе, упражнения следует прекратить.

Упражнение 1

Сделать глубокий вдох, затем выдох. Задержать дыхание и медленно, но сильно втянуть живот и досчитать до 3. Вдохнуть, расслабив мышцы живота.

Упражнение 2

Сделать глубокий вдох, затем выдох. Задержать дыхание и медленно, но сильно надуть живот и досчитать до 3. Вдохнуть, расслабив мышцы живота.

Упражнение 3

Начать делать вдох. Задержать дыхание на 12 секунды, стараясь почувствовать, как напрягается диафрагма, затем продолжить вдыхать воздух, при этом слегка выпячивая брюшную стенку. Не закончив вдоха, снова сделать паузу, подождать 3 секунды, в течение которых надувать живот, затем резко втянуть живот и закончить вдох. После этого выполнить выдох, одновременно расслабив мышцы живота.

Упражнение 4

Дыхательная гимнастика это оздоровительный метод, эффективный при самых различных заболеваниях. Ее можно применять и для предупреждения панкреатита.

Резко выдохнуть воздух, одновременно сильно втянув живот. Задержать дыхание и досчитать до 4, затем расслабить мышцы живота. Затем выполнить вдох, как можно сильнее надуть живот.

Гемин

Одним из способов предупреждения панкреатита может быть гемин.

Ученые выяснили, что при воспалении поджелудочной железы на нее воздействуют не только вещества, разрушающие ее ткани, но и макрофаги довольно крупные клетки мезенхимного происхождения, основной функцией которых является захват и переваривание бактерий, остатков клеток и вообще чужеродных или токсичных для организма человека частиц. Основная часть макрофагов поступает в поджелудочную железу из брюшной полости, и небольшое количество приносится с кровью. Эти клетки активно борются с воспалением поджелудочной железы.

Изучением гемина занимался немецкий ученый Х. Фишер. Его исследования были признаны настолько важными, что в 1930г. ему присудили

Нобелевскую премию за исследования строения гема и хлорофилла, особенно за синтез гема.

Механизм действия макрофагов до конца пока еще не изучен, но уже сейчас ясно, что регуляция этого процесса способствовала бы предупреждению воспалений поджелудочной железы.

В результате научных исследований были получены данные, что стимулировать накопление макрофагов в брюшной полости может гемин. Это вещество представляет собой соединение гематина с хлористо-водородной кислотой. Оно в большом количестве присутствует в организме, в частности входит в состав белков, отвечающих за перенос кислорода, в том числе и в гемоглобин, а также в состав ряда ферментов. Также гемин содержится в митохондриях клеток, в том числе и поджелудочной железы.

Американские ученые провели эксперимент по воздействию гема на развитие панкреатита. Для этого гемин вводили в брюшную полость животных. В результате эксперимента были получены данные, что гемин стимулировал действие макрофагов в тканях поджелудочной железы, что способствовало предотвращению воспаления поджелудочной железы.

Дополнительно было проведено еще одно исследование: искусственно тормозилась деятельность клеток, вырабатывающих гемин, и одновременно искусственно вызывалось воспаление

поджелудочной железы у животных. В этом случае панкреатит развивался очень быстро.

Таким образом ученые доказали, что воздействие гемина на макрофаги помогает предотвратить развитие панкреатита. В скором будущем, вероятно, будут разработаны и терапевтические методы, позволяющие предотвратить развитие панкреатита у человека.

Фитотерапия

Средства фитотерапии можно использовать как метод профилактики развития острой и хронической форм панкреатита. В этом случае средства следует принимать в течение 1,52 месяцев 2 раза в год. Их же можно пить и при хроническом панкреатите.

Отвар бессмертника

1 столовую ложку измельченных цветков бессмертника залить 1 стаканом горячей воды, довести до кипения, кипятить под крышкой 30 минут, остудить, процедить. Принимать по 0,30,5 стакана 3 раза в день за 30 минут до еды. Перед употреблением отвар следует подогреть.

Средство стимулирует секреторную деятельность поджелудочной железы, печени, снижает воспаление. Противопоказано в случае приступа острого панкреатита.

Чай из календулы

1 столовую ложку измельченных цветков календулы залить 1 стаканом кипятка, настаивать в термосе 8 часов. Принимать по 0,3 стакана 3 раза в день перед едой. Перед употреблением отвар следует подогреть.

Настой полыни

Наиболее эффективное профилактическое действие при панкреатите оказывает бессмертник песчаный и полынь горькая.

1 столовую ложку травы полыни залить 1 стаканом кипятка, кипятить в течение 5 минут, настаивать 40 минут, процедить. Принимать по 13 столовые ложки за 15 минут до еды.

Средство повышает аппетит, улучшает пищеварение. Отвар противопоказан во время приступа острого панкреатита.

Сбор 1

Смешать по 1 части плодов аниса, травы чистотела, спорыша, зверобоя, фиалки, корня одуванчика, кукурузных рылец. 1 столовую ложку сбора залить 1 стаканом кипятка, настаивать 1 час, процедить. Пить по 1 стакану 3 раза в день за 30 минут до еды.

Вместо аниса можно использовать семена укропа.

Сбор 2

Смешать по 3 части травы мяты, семян укропа, по 2 части цветков бессмертника и плодов боярышника, 1 часть цветков ромашки. 1 столовую ложку сбора залить 1 стаканом кипятка, настаивать 1 час, процедить. Пить по 0,5 стакана 3 раза в день за 30 минут через час после еды.

Боярышник понижает давление, поэтому средство противопоказано людям, страдающим от гипотонии.

Сбор 3

Для того чтобы повысить эффект фитотерапии, рекомендуется сократить количество употребляемого алкоголя.

Смешать 3 части коры крушины, по 2 части травы мяты и крапивы, по 1 части корня аира, одуванчика и валерианы. 1 столовую ложку сбора залить 1 стаканом кипятка, настаивать 1 час, процедить. Пить по 0,5 стакана 2 раза в день утром и вечером.

Отвар стимулирует пищеварение, поэтому противопоказан во время приступа острого панкреатита.

Сбор 4

Смешать 4 части коры крушины, по 3 части травы чистотела, мяты, вахты, корня одуванчика. 1 столовую ложку сбора залить 1 стаканом кипятка, настаивать 1 час, процедить. Принимать по 0,30,5 стакана 3 раза в день за 30 минут до еды.

Сбор 5

Смешать по 2 части цветков бессмертника, травы пустырника и цветков календулы. 1 столовую ложку сбора залить 1,5 стакана кипятка, кипятить 10 минут, настаивать 30 минут, процедить. Принимать по 0,3 стакана 6 раз в день.

Сбор 6

Смешать по 3 части коры крушины и травы крапивы, 2 части травы мяты, по 1 части корня аира и валерианы, травы полыни. 1 столовую ложку сбора залить 1 стаканом кипятка, настаивать 1 час, процедить. Пить по 0,5 стакана 2 раза в день утром и вечером.

Отвар эффективен также при склонности к запорам.

Сбор 7

Прежде чем принимать тот или иной сбор, необходимо ознакомиться с его противопоказаниями. Особенно это важно в том случае, если профилактику панкреатита проводит беременная женщина.

Смешать 4 части цветков бессмертника, по 3 части цветков ромашки и травы зверобоя, 2 части травы полыни. 1 столовую ложку сбора залить 1,5 стакана кипятка, кипятить 10 минут, настаивать 30 минут, процедить. Принимать по 0,3 стакана 8 раз в день.

Сбор 8

Смешать по 3 части семян укропа и травы крапивы, по 1 части корней аира, валерианы и травы тысячелистника. 1 столовую ложку сбора залить 1 стаканом кипятка, настаивать 1 час, процедить. Пить по 1 стакану 3 раза в день через час после еды.

Вместо аниса можно использовать семена тмина.

Сбор 9

Смешать в равных частях траву череды, девясила и листья мяты. 1,5 столовой ложки сбора залить 1 стаканом кипятка, кипятить на водяной бане 5 минут, настаивать 30 минут, процедить. Принимать по 0,3 стакана 2 раза в день перед едой.

Как уже упоминалось выше, диагностика панкреатита в большинстве случаев вызывает серьезные затруднения, так как заболевание не имеет характерных симптомов. В связи с этим для подтверждения диагноза используют самые различные лабораторные и инструментальные методы.

Диагностика острого панкреатита

Она включает следующие лабораторные и инструментальные методы:

лабораторные анализы;

ультразвуковое исследование (УЗИ);

компьютерная томография;

ядерно-магнитный резонанс (ЯРМ);

лапароскопия;

ангиография;

эндоскопию верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЭГДС).

Лабораторные анализы

Для подтверждения диагноза назначают биохимические тесты (анализы). Они дают возможность определить состояние внутренней и внешней секреции поджелудочной железы. Для этого проводят анализы крови, мочи и дуоденального содержимого для определения количества выделяемых поджелудочной железой ферментов диастазы, липазы и трипсина.

Анализ крови и мочи

Для определения количества диастазы делают анализ крови и мочи. Для этого применяют метод, основанный на способности диастазы переваривать углеводы.

Анализ крови проводят натощак. Дополнительно проводят анализ мочи. Количество диастазы в моче у здорового человека составляет от 32 до 64 единиц. Для анализа используют свежесобранную мочу.

Признаком острого панкреатита является значительное повышение диастазы (до 800-1600 единиц) в крови и моче пациента.

Однако необходимо помнить, что уровень диастазы (правда, не так сильно) может повышаться также при хроническом панкреатите, язвенной болезни и холецистите. Кроме того, и при остром панкреатите уровень диастазы увеличен только в течение нескольких суток, после чего снижается до нормы. Однако патологический процесс в поджелудочной железе продолжает развиваться.

Как правило, повышение уровня диастазы отмечается и в крови, и в моче. Если же функция почек нарушена, диастаза может не выделяться с мочой. Это дополнительно осложняет диагностику.

Количество диастазы у здорового человека меняется в течение дня, увеличиваясь до 2,95 мг сахара (по другим единицам измерения до 160 единиц) и снижаясь после приема пищи до 1 мг (40 единиц).

Кроме того, определяют уровень липазы в крови или сыворотке крови. Ее повышенное содержание также указывает на острый панкреатит, но может являться и признаком других заболеваний.

Анализ дуоденального содержимого

Дополнительно выполняют исследование дуоденального содержимого на трипсин, липазу и амилазу. Дуоденальное содержимое берут утром натощак. Больному вводят зонд в

двенадцатиперстную кишку, через который собирается дуоденальный сок. Он вырабатывается без применения раздражителей (пищи), поэтому называется спонтанным.

По анализу дуоденального содержимого можно судить о степени тяжести заболевания. Так, повышенное содержание одного из ферментов указывает на более легкое течение заболевания, если же значительно повышено содержание всех трех ферментов, это является признаком обширного поражения поджелудочной железы.

Анализ кала

Также могут назначить цитологическое исследование и анализ кала на содержание в нем жира, азота и мышечных волокон.

Ультразвуковое исследование (УЗИ)

Его еще называют эхографией. Он является одним из основных методов диагностики, так как с его помощью можно выявить основные признаки острого панкреатита: увеличение поджелудочной железы и отек ее тканей на самых ранних стадиях. Также с помощью УЗИ легко наблюдать за развитием болезни в динамике в улучшении или ухудшении состояния больного.

Ультразвуковым исследованием называют неинвазивное исследование организма с помощью ультразвуковых волн.

Для исследования требуется генератор звуковых волн, ультразвуковой датчик и усилитель и система реконструкции.

Генератор звуковых волн это устройство, передающее и принимающее сигналы.

Ультразвуковые датчики различаются в зависимости от типа сканирования. Они могут быть линейными (параллельными), конвексными и секторными. Результаты исследования зависят от того, какой датчик используется.

Например, при применении линейного датчика изображение исследуемого органа наиболее точное, однако по краям возможно искажение, при применении конвексного датчика получается изображение, превышающее оригинал на несколько сантиметров. При использовании секторного датчика искажение наиболее велико. Такой датчик применяется в том случае, если требуется с небольшого участка получить большой обзор на глубине.

Попытки использовать ультразвук для диагностики заболеваний предпринимались еще в 40-х гг. XXв., но только вначале 1950-х гг. американским ученым В. Уилду и М. Хаури удалось провести первое ультразвуковое исследование.

Усилитель и система реконструкции принимает отраженные сигналы и преобразует их. Результатом является черно-белое изображение исследуемого

среза на экране монитора. По нему врач ставит диагноз.

УЗИ поджелудочной железы выполняют на высоте форсированного вдоха или при надутом животе. При этом левая доля печени опускается в брюшную полость, благодаря чему удобнее наблюдать поджелудочную железу. В некоторых случаях больному дают выпить 300-500мл негазированной воды. Ее пьют теплой маленькими глотками.

Показания

К ним относятся:

профилактический осмотр;

имеющиеся клинические данные или результаты лабораторных анализов, на основании которых можно сделать вывод о поражении поджелудочной железы;

наблюдение за эффективностью лечения острой формы панкреатита;

планируемое проведение хирургической операции;

наблюдение за состоянием сосудов и клетчатки;

уточнение природы очагового образования, выявленного ранее;

подозрение на панкреатогенную токсическую дистрофию печени;

Для исследования органов брюшной полости и забрюшинного пространства используется частота 2,53,5 МГц.

подозрение на развитие псевдокисты.

Противопоказания

Данных о вреде процедуры и противопоказаниях нет.

Подготовка

Больной должен в течение 3 дней соблюдать бесшлаковую диету. Утром накануне исследования следует выпить слабительное, последний прием пищи в этот день должен быть легким. Не следует ничего есть после 7 вечера.

При метеоризме следует принять по 34 таблетки активированного угля за 2 часа перед едой и перед сном.

Утром перед исследованием запрещается что-либо есть, пить и курить. Также не следует принимать никаких лекарств.

Бесшлаковая диета должна включать только легкоусвояемую, рафинированную пищу, не содержащую никаких неперевариваемых веществ.

Разрешается нежирный бульон из говядины, нежирной свинины, мяса курицы, кролика и т.д. Овощные и молочные супы запрещены.

Можно есть отварную и измельченную говядину, свинину, мясо птицы, кролика. Не запрещены холодцы и студни. Разрешается вареная колбаса. Следует исключить жареное, запеченное, копченое мясо, консервы.

Разрешается рыба (отварная, заливная). Жареную, запеченную, соленую, копченую рыбу, а также морепродукты следует исключить. Запрещены консервы.

В качестве гарнира разрешается манная каша.

Можно есть яйца, сваренные вкрутую.

Из молочных продуктов можно употреблять сыр, кисломолочные продукты. Молоко следует пить только обезжиренное. Запрещается цельное молоко, творог, сливки и все блюда, в которые входят эти продукты (например, кремы, соусы).

Можно есть белый хлеб. Запрещается хлеб и хлебобулочные изделия из ржаной муки, грубого помола, с отрубями. Не следует есть сдобные и кондитерские изделия, особенно торты, пирожные.

Следует исключить все свежие овощи, фрукты, ягоды, бобовые, листовую зелень, салат и т.д. Запрещены грибы в любом виде.

Разрешается растительное и сливочное масло (в небольшом количестве). Следует исключить жиры, соленое и копченое сало.

Принимать пищу следует 3 раза в день небольшими порциями.

Бесшлаковая диета (рассчитана на 3 дня)

Первый день

Завтрак:

бутерброд (белый хлеб, колбаса вареная) 1 шт.;

молоко обезжиренное 200мл.

Обед:

бульон из говядины 200мл;

Необходимо строго соблюдать рекомендации по подготовке к ультразвуковому исследованию. От этого зависит его результат.

куриное филе отварное 150г;

каша манная 100г;

хлеб белый 1 ломтик;

кефир 200мл.

Ужин:

яйцо куриное, сваренное вкрутую 2 шт.;

хлеб белый 1 ломтик;

ряженка 200г.

Второй день

Завтрак:

бутерброд (белый хлеб, сыр) 1 шт.;

молоко обезжиренное 200мл.

Обед:

бульон из курицы 200мл;

говядина отварная 200г;

каша манная 100г;

хлеб белый 1 ломтик;

ряженка 200г.

Ужин:

заливная рыба 200г;

хлеб белый 1 ломтик;

кефир 200мл.

Третий день

Завтрак:

бутерброд (хлеб, колбаса вареная) 1 шт.;

молоко обезжиренное 200мл.

Обед:

бульон из нежирной свинины 200мл;

мясо кролика отварное 200г;

каша манная 100г;

хлеб белый 1 ломтик.

Ужин:

рыба отварная 200г;

хлеб белый 1 ломтик;

ряженка 200г.

Проведение процедуры

УЗИ проходит следующим образом: пациент раздевается до пояса и ложится на кушетку на спину или на правый бок. Врач, используя ультразвуковой датчик, на который нанесен специальный гель, обследует верхнюю часть живота и левый бок. Процедура совершенно безболезненна, ее продолжительность составляет около 10 минут.

Компьютерная томография

Компьютерная томография (КТ) (также употребляется термин рентгеновская компьютерная томография) это томографический (компьютерный) метод исследования внутренних органов с применением рентгеновского излучения.

При метеоризме можно принять 23 капсулы или 1 чайную ложку эспумизана. Схема приема такая же, как и для активированного угля.

Впервые математические алгоритмы для КТ разработал австрийский математик И. Радон в 1917г. В 1963г. этой проблемой занялся американский физик А. Кормаку. Он предложил другой способ, отличный от алгоритмов Радона. В 1969г. английский инженер и физик Г. Хаунсфилд разработал первый компьютерный томограф. Его клинические испытания состоялись в 1972г. и были признаны успешными, а еще через 7 лет Кормаку и Хаунсфилду была присуждена Нобелевская премия за разработку компьютерной томографии.

С тех пор компьютерные томографы используются для диагностики различных заболеваний внутренних органов, в том числе и поджелудочной железы. С течением времени компьютерные томографы продолжают совершенствоваться, а на сегодняшний день разработано и широко применяется уже четвертое поколение этих приборов.

С 1988г. начала применяться спиральная КТ, при которой происходит одновременное вращение рентгеновской трубки вокруг тела больного и непрерывного поступательного движения стола, на котором лежит больной. Это позволило увеличить площадь сканирования и одновременно сократить время процедуры, благодаря чему уменьшилась лучевая нагрузка.

Отличие между поколениями компьютерных томографов заключается в детекторах. Если в

первом поколении аппаратов было всего 2 детектора, то в четвертом 10005000. Это значит, что томографы четвертого поколения способны одновременно собирать от 1000 до 5000 проекций. Увеличилась и скорость работы томографов.

В 1992г. впервые была использована еще более усовершенствованная модель мультиспиральная компьютерная томография. Она имеет не один, а два и более ряда детекторов, регистрирующих рентгеновское излучение. В 1998г. стали применяться четырехспиральные томографы, имеющие соответственно четыре ряда детекторов. Количество оборотов рентгеновской трубки увеличилось в 2 раза.

Компьютерные томографы продолжают совершенствоваться. В начале XXIв. были введены в строй 32 и 64-срезовые мультиспиральные томографы. Но и это не предел: сегодня в некоторых наиболее эффективно оснащенных клиниках используются 320-срезовые аппараты.

Кроме того, в 2005г. впервые были проведены испытания томографа с двумя источниками рентгеновского излучения Dual Source Computed Tomography (DSCT). Кроме того, каждый источник может работать в своем режиме. Это еще более повысило достоверность исследования.

Чем современнее томограф, тем меньшую нагрузку испытывает пациент, при этом скорость сканирования, зона покрытия тела пациента значительно возрастают.

Недостатком метода компьютерной томографии является то, что во время процедуры пациент подвергается рентгеновскому излучению.

Первый спиральный компьютерный томограф был сконструирован фирмой Siemens Medical Systems.

Этот метод считается более эффективным для диагностики хронического панкреатита, в частности для уточнения диагноза, когда симптомы заболевания указывают как на панкреатит, так и на рак поджелудочной железы. Но он может использоваться и для подтверждения диагноза при подозрении на острый панкреатит.

КТ дает больше информации, чем ультразвуковое исследование. С ее помощью можно не только подтвердить диагноз, но и определить степень развития воспаления.

Показания

К ним относят:

острый и хронический панкреатит;

травматические поражения;

подозрение на объемное образование в области поджелудочной железы или первичное и вторичное опухолевое поражение;

подозрение на развитие псевдокисты;

наблюдение за эффективностью лечения опухоли.

Противопоказания

К ним относятся:

гипсовая повязка или какая-либо металлическая конструкция на теле больного;

клаустрофобия;

беременность, особенно на ранних сроках;

тяжелое заболевание печени или почек;

неадекватное поведение больного;

тяжелое состояние больного, при котором он не может задерживать дыхание.

Указанные противопоказания не являются абсолютными. О том, можно ли проводить исследование или его следует отменить, следует проконсультироваться с врачом.

Еще одним условием, необходимым для проведения процедуры, является масса тела больного, которая должна быть меньше 150кг. В противном случае его тело просто не поместится в томограф. Однако в некоторых медицинских центрах имеются томографы большого размера, благодаря чему исследование можно проводить и полным пациентам.

Также основным противопоказанием к проведению процедуры может послужить аллергия пациента на контрастное вещество.

Подготовка

Об особенностях подготовки должен сообщить врач. Она включает следующие действия: следует развести в 1,5 л кипяченой воды содержимое двух ампул урографина 76%. 0,5 л раствора следует выпить небольшими глотками вечером накануне исследования, 0,5 утром, вместо завтрака. Оставшиеся 0,5 л следует выпить за 30 минут до процедуры медленными глотками, пить в течение 15 минут. В день перед процедурой больше ничего не есть и не пить.

Вплоть до 2003г. большинство выпускающихся томографов имели ограничение по весу пациента до 150-160кг. Такие аппараты стоили дешевле и отвечали всем требованиям, т.к. пациенты с очень большим весом в конце XXв., когда конструировали томографы, встречались крайне редко.

Врач может предложить другой вариант: непосредственно перед процедурой выпить 200мл смеси, приготовленной из минеральной (кипяченой) воды и контрастного раствора из расчета 10мл контраста на 0,5 л воды. Смесь должен готовить лаборант в кабинете, в котором будет проходить исследование.

Кроме того, прежде чем назначать компьютерную томографию, необходимо провести УЗИ поджелудочной железы.

Проведение процедуры

Процедура проходит следующим образом. Пациент раздевается и ложится на стол-транспортер, после чего он размещается таким образом, чтобы исследуемая часть тела пациента была расположена в туннеле сканирующего устройства.

Во время процедуры пациент должен лежать неподвижно и задерживать дыхание, когда его попросит об этом врач.

В процессе исследования рентгеновское излучение проходит через ткани исследуемого участка и ослабляется ими, после чего считывается датчиками, которые измеряют его интенсивность. Полученные значения обрабатываются компьютером.

Рассчитанные коэффициенты излучения выражаются в относительных величинах (числах Хаунсфилда). После того как будет сделана серия снимков, пациенту дают выпить контрастное вещество, после чего делают вторую серию снимков, которые также обрабатываются компьютером.

Ядерно-магнитный резонанс (ЯРМ)

Метод известен также под названием магнитно-резонансная томография (МРТ). Это томографический метод исследования внутренних органов, основанный на измерении электромагнитного отклика атомов водорода на их возбуждение комбинацией электромагнитных волн в постоянном магнитном поле высокой напряженности.

В 1973г. американский химик П. Лотербур опубликовал свою работу Создание изображения с помощью индуцированного локального взаимодействия. Примеры на основе магнитного резонанса, а через некоторое время усовершенствовал свою разработку. В 2003г. он вместе с английским физиком П.Мэнсфилдом был удостоен Нобелевской премии. Первый сканер МРТ был разработан американским исследователем Р. Дамадьеном. Он же первым исследовал принципы магнитно-резонансной томографии.

С помощью МРТ можно исследовать внутренние органы, их состояние и функции, например ток панкреатического сока в поджелудочной железе и т.д. Метод позволяет выполнять трехмерное моделирование тканей, визуализированных МРТ, что помогает подтвердить диагноз в том случае, когда нет возможности провести эндоскопическое исследование.

Название метода ядерно-магнитный резонанс было заменено на магнитно-резонансная томография в 1986г. после катастрофы в Чернобыле. После нее у многих людей, даже не пострадавших от катастрофы, развилась радиофобия (боязнь различных источников облучения). В настоящее время в медицине используются оба термина.

Отличие МРТ от компьютерной томографии заключается в том, что он дает возможность более тонко определить структуру мягких тканей

организма. Кроме того, этот метод исследования является более дорогостоящим. Необходимость процедуры определяет врач.

Показания

Такие же, как для компьютерной томографии.

Противопоказания

У этого метода существует ряд противопоказаний. К ним относят:

беременность на ранних сроках;

клаустрофобию;

зависимость пациента от какого-либо электронного устройства, например электрокардиостимулятора;

наличие в организме пациента имплантатов или каких-либо инородных тел, имеющих в своем составе ферромагнитные материалы;

наличие на теле пациента татуировок, при нанесении которых применялись красители, содержащие металлические соединения, например титан (в некоторых случаях обследование все же проводится, но его продолжительность сокращается).

Пациент, имеющий титановые зубные протезы, может проходить процедуру, так как титан, используемый в протезировании, не является ферромагнитным веществом.

Магнитно-резонансная томография дает возможность определить степень тканевого метаболизма, а также выявить развитие ишемии и некротические изменения панкреатоцитов. Таким образом, МРТ позволяет подтвердить диагноз, определить степень развития болезни и вероятность возможных осложнений.

Подготовка

Такая же, как для процедуры компьютерной томографии.

Проведение процедуры

Она проходит практически так же, как и процедура компьютерной томографии. Пациент ложится на стол-транспортер, на котором его помещают в туннель под сканирующим устройством.

Туннель сканера освещен и оснащен вентилятором, таким образом по нему постоянно циркулирует свежий воздух.

Пациент должен лежать совершенно неподвижно. От этого зависит качество исследования.

В руки пациенту дают небольшое устройство с кнопкой. Если он почувствует недомогание, ему следует нажать на кнопку, чтобы прервать процедуру.

Время исследования одной анатомической области составляет от 30 до 40 минут.

Лапароскопия

В настоящее время МРТ является единственным методом контрастного исследования желчных протоков, не требующим хирургического вмешательства.

Термин произошел от греч. lapara пах, чрево и skoreo смотрю. Лапароскопия метод диагностики брюшной полости и ее органов через прокол брюшной стенки с помощью оптического прибора лапароскопа.

Лапароскопия является одним из видов эндоскопии.

Изобретателем эндоскопа называют итальянского врача Ф. Боззини. Именно он в 1806г. первым сконструировал и собрал эндоскоп, предназначенный для исследования матки и прямой кишки. Это было устройство из жесткой трубки и нескольких зеркал, а для освещения использовалась свечка. Однако исследователю так и не удалось испытать свое устройство на пациенте, так как медицинская общественность резко осудила изобретение, наказав автора за любопытство. Однако в будущем устройство нашло применение и даже было усовершенствовано. Так, вместо свечки стали использовать спиртовую лампу, жесткую трубку заменили мягкой. Правда, такая конструкция не позволяла избежать ожогов. С появлением электроламп эту проблему удалось решить.

Новое развитие эндоскопия получила со второй половины XXв., после того как стало возможным

применение приборов волоконной оптики. Это позволило значительно повысить качество исследования, причем не только наблюдать, но и фотографировать и даже делать киносъемку требуемых органов в черно-белом или цветном изображении. Это дало возможность наблюдать за состоянием органа в динамике.

В России лапароскоп впервые применил русский врач, акушер-гинеколог Д. О. Отт в 1901г. С 1970-х гг. в СССР было налажено производство лапароскопов, однако производимые партии были невелики. И только с 1990-х гг. лапароскоп стал широко применяться в медицине.

Лапароскоп успешно используется и в хирургии для операций на внутренних органах брюшной и тазовой полости. Операция проводится через небольшое отверстие, равное 0,5-1,5см.

Лапароскоп представляет собой медицинский жесткий эндоскоп. Он состоит из троакара (стилета с футляром), оптической и осветительной систем.

Также его устройство включает приспособления для взятия кусочка органа или ткани, а также аппаратуру для фото и киносъемки и рентгеноконтрастного исследования желчных путей.

Его наружный рабочий диаметр может быть различным, но наиболее часто используются устройства диаметром 5 и 10 мм.

Лапароскопия является эффективным способом диагностики. С помощью прибора можно подтвердить диагноз острый панкреатит, выявив его достоверные и косвенные признаки, а также определить форму заболевания и степень его тяжести. Например, лапароскоп позволяет подтвердить наличие очагов жирового некроза на париетальной и висцеральной брюшине (что относят к достоверным признакам). Среди косвенных признаков острого панкреатита, диагностируемых лапароскопом, можно отметить:

отек малого сальника и печеночно-двенадцатиперстной связки;

выбухание желудка спереди;

умеренное покраснение висцеральной брюшины верхних отделов брюшной полости;

небольшой по площади серозный выпот в правом подпеченочном пространстве.

Также лапароскопия позволяет выявить панкреатический перитонит, парапанкреатический инфильтрат, подтвердить развитие деструктивного холецистита, который нередко развивается как сопутствующее заболевание острого панкреатита.

При геморрагическом панкреатите лапароскопия также помогает подтвердить диагноз. К эндоскопическим симптомам этой формы заболевания относят:

геморрагическую ингибицию (пропитывание) большого сальника и брыжейки поперечной ободочной кишки;

выпот с геморрагическим оттенком в брюшной полости.

Исследование с помощью лапароскопа позволяет собрать показания к проведению лапаротомии (операция, при которой вскрывается брюшная полость).

Показания

К ним относят следующие состояния:

острая или хроническая боль в животе;

опухолевое образование. С помощью лапароскопического исследования можно не только визуально исследовать опухоль, но и взять ее для последующего анализа;

асцит. С помощью лапароскопа можно узнать, откуда появляется эта жидкость;

подозрение на панкреатогенную токсическую дистрофию печени;

подозрение на парапанкреатический инфильтрат.

Противопоказания

К абсолютным и общим противопоказаниям к проведению процедуры относят:

прогрессирующую сердечно-сосудисто-
дыхательную недостаточность;
тяжелый шок, кому, коллапс;
разлитой гнойный перитонит, сепсис;
сопутствующие панкреатиту патологические
состояния, повышающие риск проведения процедуры;
плохую свертываемость крови;
беременность;
высокую степень ожирения;
общие инфекционные заболевания.

*Несмотря на то что беременность указана в
списке абсолютных и общих противопоказаний,
необходимо оценивать риск процедуры для матери и
ребенка в каждом конкретном случае.*

Кроме того, у лапароскопии имеются абсолютные
и относительные местные противопоказания. К ним
относят:

проведенную ранее открытую полостную
операцию;
образование грубых спаек в брюшной полости;
рубцовые деформации брюшной стенки;
механическую желтуху.

Подготовка

Она зависит от возраста, пола и состояния здоровья пациента. Врач может назначить анализ крови, электрокардиограмму, ультразвуковое и рентгенографическое исследование.

Если пациент принимает какие-либо лекарства, ему следует сообщить об этом врачу. Прием некоторых препаратов, например аспирина, ибупрофена и других, необходимо прекратить за несколько дней до процедуры.

Перед процедурой следует ничего не есть в течение 8 часов.

Проведение процедуры

Процедура выполняется под местной анестезией, реже под общим наркозом. В брюшной полости делают несколько проколов (чаще всего два). Для увеличения площади обзора в брюшную полость вводят углекислый газ.

Процедуру лапароскопии должен проводить только врач, прошедший специальную подготовку.

Затем в один из проколов вводят лапароскоп с объективом на одном конце и окуляром на другом, а через другой манипулятор, используя который врач может сдвигать внутренние органы.

Смотря в окуляр и смещая органы, врач может хорошо разглядеть состояние поджелудочной железы.

Осложнениями лапароскопии являются кровотечение из-за травмы сосудов органов брюшной полости и самой брюшной стенки, перфорация органов, инфицирование. Однако они встречаются крайне редко, что дает основание называть лапароскопию практически безопасной процедурой.

Уже через несколько часов после лапароскопии пациент может вставать, ходить. Обезболивание возможно по рекомендации врача. В течение нескольких дней необходимо соблюдать диету, но она не является строгой (об особенностях диеты должен сообщить врач).

Ангиография

Это метод рентгенологического исследования кровеносных сосудов различных органов с введением в них контрастных веществ. В диагностике панкреатита ангиография используется для исследования снабжения поджелудочной железы кровью и выявления заболеваний сосудов и окружающих их тканей органа.

В прошлом метод применялся довольно широко. Однако в настоящее время более информативными исследованиями являются УЗИ, компьютерная томография и МРТ. Однако ангиографию продолжают проводить для диагностики различных заболеваний, в том числе и поджелудочной железы.

Показания

К ним относят:

подозрение на опухоль;

подозрение на кисту;

составление прогноза и проведение хирургической операции.

Противопоказания

Основными противопоказанием является аллергия к рентгеноконтрастным средствам (йодамиду, омнипаку, билимину, билигносту, сульфобору, кислоте йопановой и т.д.). Также относительным противопоказанием к проведению процедуры может быть беременность.

Кроме того, относительным противопоказанием является заболевание в острой стадии, так как в этом случае снимки получаются менее отчетливыми.

Подготовка

За 30 минут до процедуры следует выпить растворенное в воде рентгеноконтрастное средство. Раствор готовит лаборант.

Проведение процедуры

Процедура проводится так же, как обычная рентгенография. Требуется раздеться до пояса.

Фистулография

Это дополнительное исследование, помогающее обнаружить осложнение острого панкреатита — внутренний свищ.

Фистулография — это метод рентгенологического исследования свищей органов с введением в них контрастных веществ. С его помощью можно установить наличие свища, его протяженность, разветвление, соединение с соседними органами. Если свищ имеет гнойное отделяемое, фистулография помогает определить причину появления гноя (например, абсцесс).

Показания

Подозрение на формирование внутреннего свища, его размеры, соединение с другими органами и т.д.

Противопоказания

К ним относят:

острое воспаление в области свища;

кровотечение в области свища;

общее тяжелое состояние больного;

аллергию на контрастное вещество.

Подготовка

Вначале делают два снимка области, в которой располагается свищ. Снимки следует выполнять в перпендикулярных друг другу проекциях.

После этого наполняют свищ контрастным веществом (для этого вводят в него катетер). Если свищей несколько, вначале контрастное вещество вводят в самый крупный из них. Если ширина свища небольшая, контраст перед введением необходимо растворить в воде.

Соседние с поджелудочной железой органы также заполняют контрастом, для того чтобы определить, к какому из них направлен свищ.

В некоторых случаях перед проведением процедуры необходимо очистить прямую кишку. Для этого делают клизму.

Проведение процедуры

После того как подготовка закончена, выполняют рентген поджелудочной железы.

Пациента просят раздеться до пояса. Рентген можно делать в положении лежа или стоя.

Как правило, делают несколько рентгенограмм. Диагноз подтверждается, если на снимке видно, что протоки органа заполнены контрастным веществом.

После того как процедура завершена, контраст удаляют из свища с помощью шприца, при необходимости дополнительно промывают изотопическим раствором хлорида натрия или антисептическим раствором. На место обработки накладывают стерильную повязку.

К осложнениям фистулографии относят попадание контраста в соседние ткани.

После фистулографии у больного в течение нескольких дней может быть повышенная температура тела, боли в месте расположения свища. В этом случае следует еще раз промыть свищ.

Как правило, это случается из-за того, что контраст вводят под слишком большим давлением.

Эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЭГДС)

Это метод осмотра внутренних органов с помощью эндоскопа. Для наблюдения верхних отделов желудочно-кишечного тракта его вводят через рот и пищевод.

Эндоскопия помогает диагностировать заболевание на ранних стадиях. В некоторых случаях этот метод применяется совместно с биопсией, зондированием или какими-либо лечебными мероприятиями (введением лекарственных препаратов).

Эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта относится к дополнительным методам диагностики. Этот способ позволяет исследовать слизистую поверхность пищевода, желудка и проксимального отдела двенадцатиперстной кишки.

Показания

К ним относят различные поражения и патологические состояния, среди которых:

диспепсические явления;

исхудание;

острый панкреатит;

подозрение на опухоли;

подозрение на небольшие очаги воспаления;

Первые попытки проведения эндоскопических исследований предпринимались уже в конце XVIIIв., однако они были малоэффективны, а нередко и опасны для здоровья пациента.

боли за грудиной или в эпигастральной области.

Противопоказания

К абсолютным противопоказаниям относят:

предагональное состояние;

сердечную недостаточность III степени;

стенокардию напряжения и покоя;

инфаркт миокарда;

инсульт;

перитонит;

вирусный гепатит.

К относительным противопоказаниям относят следующие заболевания и патологические состояния:

сужение пищевода;

зоб IV степени;

гемофилия (она может препятствовать сопутствующей процедуре биопсии);

острые воспалительные заболевания гортани, миндалин, бронхов;

глаукома.

Кроме того, к относительным противопоказаниям также относят психические заболевания пациента, которые могут помешать проведению процедуры, например эпилепсию. В этом случае ЭГДС по показаниям выполняют под общим наркозом.

Подготовка

Процедура проводится натощак. Следует ничего не есть и не пить в течение 6-12 часов перед процедурой. В день накануне процедуры не следует употреблять алкогольные напитки, мясную и жирную пищу, грибы.

Непосредственно перед процедурой следует снять контактные линзы и зубные протезы, если больной их носит. Не следует надевать тесную одежду и белье. Нужно иметь при себе полотенце.

Проведение процедуры

Для ЭГДС используется гибкий фиброволоконный эндоскоп или видеоэндоскоп. Процедура проводится под местной анестезией. Для подавления рвотного рефлекса полость рта и глотки обрабатывают специальным горьковатым раствором, которое может вызвать легкое ощущение отека глотки и языка. Для защиты зубов и эндоскопа в рот вставляют загубник.

Через систему пациенту вводят успокаивающие препараты, вызывающие расслабление, а также угнетающие перистальтику кишечника.

Если больной проявляет особую тревогу, очень беспокоен, за 30 минут до процедуры назначают атропин (подкожно), а также меперидин (внутривенно), последний для понижения выделения желудочного сока, который может затруднить исследование.

Относительным противопоказанием к проведению эндоскопии верхних отделов желудочно-кишечного тракта может стать угроза прерывания беременности.

После этого пациента просят лечь на левый бок. Он должен наклонить голову вперед и открыть рот. Через рот вводят эндоскоп, на конце которого установлена камера.

Во время осмотра обильно выделяется слюна, которую убирают электроотсосом. Также у пациента может появиться ощущение распирания или сдавления в животе.

Длительность процедуры составляет около 30 минут. Если она проводилась в амбулаторных условиях, необходимо заранее предупредить пациента о том, чтобы он пришел на нее с сопровождающим, который поможет ему добраться до дома, так как введенные ему успокаивающие препараты могут вызвать сильную сонливость.

Через час после процедуры разрешается пить и есть легкую пищу.

Диагностика хронического панкреатита

Для уточнения диагноза проводят берут общий анализ крови, мочи, кала. Также проводят различные лабораторные анализы и инструментальные исследования.

Из лабораторных анализов необходимо провести те же, что и для диагностики острого панкреатита. Кроме того, важным дополнительным анализом является копрограмма.

Если больной страдает каким-либо заболеванием сердечнососудистой системы, во время процедуры необходимо проводить мониторинг ЭКГ.

Из инструментальных исследований основное значение придается ультразвуковому исследованию, компьютерной томографии (или ядерно-магнитному резонансу), рентгенографии. Эти исследования, подготовка и проведение процедур описывались выше. Кроме того, назначают и радиоизотопное сканирование поджелудочной железы.

Лабораторные анализы

При подозрении на хронический панкреатит необходимо сделать общий анализ крови, анализ мочи, БАК, исследование дуоденального содержимого, копрограмму.

Анализ крови

При подозрении на хронический панкреатит делают общий анализ крови на увеличение СОЭ и количество лейкоцитов (на развитие патологического процесса указывает лейкоцитоз со сдвигом влево).

Кровь сдают из пальца утром натощак.

Анализ мочи

Проводят анализ мочи на билирубин, отсутствие уробилина (это указывает на панкреатит, сопровождающийся желтухой). Определяют содержание в моче альфа-амилазы: его повышенное значение указывает на обострение хронического панкреатита, пониженное является признаком развития склерозирующей формы с нарушением внешнесекреторной функции.

Для анализа следует сдавать мочу, собранную утром, которая хранилась не более 1,5 часа, желательно в прохладном месте. Мочу следует собирать в чистую прозрачную посуду. Перед этим надо обязательно провести гигиенические процедуры. От того, насколько точно были соблюдены эти рекомендации, зависит результат исследования.

При подозрении на патологию анализ мочи нужно сдать несколько раз с промежутком в несколько дней, неделю и т.д. Одного анализа недостаточно для того, чтобы сделать окончательные выводы о развитии заболевания.

БАК

При подозрении на хронический панкреатит выполняют бактериологическое исследование. Увеличение содержания альфа-амилазы, липазы, трипсина, гамма-глобулинов, сиаловых кислот, серомукоида, билирубина указывает на обострение заболевания. Увеличение количества глюкозы при нарушении инкреторной функции является признаком склерозирующей формы хронического панкреатита. Снижение уровня альбумина указывает на длительно протекающую склерозирующую форму.

Анализ дуоденального содержимого

Накануне перед анализом мочи не рекомендуется есть красящие овощи и фрукты, а также принимать мочегонные сульфаниламидные препараты.

Для оценки внешнесекреторной функции поджелудочной железы выполняют анализ дуоденального содержимого из двенадцатиперстной кишки.

Анализ проводится следующим образом: в двенадцатиперстную кишку вводят тонкий зонд, через который через равные промежутки времени порциями производится забор дуоденального сока. Как правило,

интервал между забором двух порций составляет 10 минут. Всего забирается 6 порций.

В ходе этого исследования проводят определение ферментов (липазы, альфа-амилазы, трипсина), а также бикарбонатной щелочности до и после введения в двенадцатиперстную кишку 30мл 0,5%-ного раствора соляной кислоты. Если в каждой последующей порции количество ферментов в бикарбонатной щелочности последовательно снижается, это указывает на патологические процессы в поджелудочной железе, т.к. в норме содержание ферментов от 1-2-й порций должно повышаться и к 9-й порции достигать исходных показателей или даже превышать их.

Анализ дуоденального содержимого следует проводить натощак.

Копрограмма

По содержимому двенадцатиперстной кишки можно довольно точно судить о работе поджелудочной железы, желчевыводящих путей и т.д.

Этот анализ проводится при подозрении на выраженные нарушения внешнесекреторной деятельности поджелудочной железы (наличии непереваренной пищи в кале). Диагноз подтверждается, если при анализе кала определяется: мазеподобная консистенция;

непереваренная клетчатка;

креаторея повышенное содержание азота;

стеаторея;

амилорея повышенное содержание
непереваренного крахмала.

Следует собрать кал утром (без применения клизмы, слабительных средств и т.д.) в чистую прозрачную посуду. Хранить кал можно не более 1012 часов в холодильнике.

В течение 3 дней перед анализом следует исключить из рациона мясные, овощные блюда и зеленые овощи. Не следует применять свечи на жировой основе или пить препараты, окрашивающие кал (железо, контрасты, используемые для рентгенографического исследования, и пр.).

Рентгенография и ретроградная
холангиопанкреатография

Так называют метод диагностики, заключающийся в получении рентгеновского изображения исследуемого объекта (в данном случае поджелудочной железы) на фотоматериале.

Тело человека просвечивается рентгеновскими лучами, и их прохождение через ткани организма регистрируется на рентгеночувствительной пленке.

Современными аппаратами излучение фиксируется на кассете или электронной матрице, а диагностическое изображение выводится на монитор.

При необходимости можно произвести и печать пленок с результатами исследования.

Метод рентгенографии доступен, дешев, благодаря чему широко и эффективно используется для диагностики хронического панкреатита.

Недостатком этого метода диагностики является наличие ионизирующего излучения.

Ретроградная холангиопанкреатография это более современный и информативный рентгенографический метод исследования, позволяющий оценить состояние протоков поджелудочной железы и желчевыводящих путей (их сужение или расширение). Она может проводиться как в плановом, так и в экстренном порядке.

Для ее проведения используется эндоскоп и рентгенотелевизионная установка.

Показания

Основным показанием к проведению рентгенографии являются боли в животе, характер которых позволяет подозревать хронический панкреатит.

Показаниями к ретроградной холангиопанкреатографии являются:

формы хронического панкреатита, протекающие с упорным болевым синдромом или стойким исхуданием;

тяжелые формы хронического панкреатита, требующие хирургического лечения;

подозрения на карциному (злокачественную опухоль) поджелудочной железы и др.

Противопоказания

К ним относят тяжелые повреждения печени и почек, заболевания щитовидной железы, беременность, общее тяжелое состояние больного и др. Большинство показаний являются относительными. Окончательное решение о необходимости проведения рентгенографии должен принимать врач.

Подготовка

Специальной подготовки к рентгенографии не нужно.

Холангиопанкреатография требует подготовки. Накануне следует принять слабительное (его назначает врач). Перед процедурой выполняется клизма. Дополнительно пациенту вводят препараты, расслабляющие гладкую мускулатуру. Также целесообразно назначение седативных средств, так как процедура вызывает у большинства пациентов страх и тревогу. Вид и доза успокоительных подбираются индивидуально.

Проведение процедуры

Для проведения рентгенографии необходимо раздеться до пояса. Процедура безболезненна. На хронический панкреатит указывает рассеянное обызвествление поджелудочной железы с локализацией около II поясничного позвонка. Однако необходимо учитывать, что обызвествление может наблюдаться и при некоторых других заболеваниях, например гиперпаратиреозе.

Процедура ретроградной холангиопанкреатографии заключается в следующем. В двенадцатиперстную кишку вводят эндоскоп, выполняют ее очищение, после чего вводят катетер в дуоденальный сосок. Потом уже через катетер в протоки поджелудочной железы вводят контраст.

Затем делают серию рентгеновских снимков (панкреатохолангиограммы) через определенные промежутки времени. По снимкам судят о состоянии поджелудочной железы и функционировании желчевыводящих путей.

Осложнениями ретроградной холангиопанкреатографии являются:

развитие инфекции в желчных путях;

развитие острой формы панкреатита.

Ультразвуковое исследование

При подозрении на хронический панкреатит его назначают в обязательном порядке.

Суть данной процедуры подробно описывалась выше.

Показания

Такие же, как при остром панкреатите.

Противопоказания

Наиболее сложным в процедуре ретроградной холангиопанкреатографии является введение катетера в тот или иной проток поджелудочной железы. В 1030% случаев катетеризация проходит недостаточно удачно для того, чтобы подтвердить или опровергнуть диагноз.

Такие же, как при остром панкреатите.

Подготовка

Такая же, как при остром панкреатите.

Проведение процедуры

Вначале определяется местоположение поджелудочной железы, а также ее проток. С помощью УЗИ удастся выявить неровность контуров и изменение размеров поджелудочной железы, ее обызвествление и деформацию протоков, что подтверждает подозрение на хронический панкреатит.

Также с помощью УЗИ можно поставить более точный диагноз. Так, если орган имеет нормальные размеры, волнистые контуры, умеренное уплотнение, подозревают хроническую рецидивирующую форму

хронического панкреатита. Увеличение плотности органа, ее неравномерное уменьшение, а также наличие участков обызвествления (их может и не быть), деформации и расширения крупных протоков железы указывают на склерозирующую форму хронического панкреатита и т.д.

Компьютерная томография

Ультразвуковое исследование не будет достаточным для исключения хронического панкреатита.

Как правило, для диагностики хронического панкреатита этот метод используется довольно редко из-за его дороговизны. В большинстве случаев бывает достаточно результатов УЗИ. Однако в 5-15% случаев метод компьютерной томографии позволяет создать более четкую картину развития заболевания, поэтому целесообразно его проведение.

Необходимо отметить, что бывает и наоборот: на УЗИ диагностируется какая-либо патология, например опухолевый процесс, который не выявляется с помощью компьютерной томографии. Поэтому, если остаются сомнения в диагнозе, лучше провести диагностику с помощью нескольких методов.

Показания

К ним относят:

подозрение на карциному поджелудочной железы;

подозрение на развитие опухоли;

подозрение на развитие кистозной формы панкреатита.

Противопоказания

Такие же, как при остром панкреатите.

Подготовка

Такая же, как при остром панкреатите.

Проведение процедуры

Она проводится так же, как при остром панкреатите.

Радиоизотопное сканирование

Это метод диагностики, основанный на применении радиоактивных изотопов и меченных ими соединений. В организм пациента вводится радиоизотопный препарат, после чего с помощью специального сканера фиксируется уровень его излучения. Благодаря этому считывается информация о состоянии и работе органов и систем, обмене веществ, скорости движения крови и т.д. Эта информация с помощью специальной аппаратуры преобразуется в цифровые величины и записывается в виде диаграммы.

Метод радиоизотопного сканирования основывается на следующих шести принципах: клинической радиометрии, радиографии,

радиометрии всего тела, сканировании и сцинтиграфии, определении радиоактивности биологических проб, радиоизотопном исследовании биологических проб в пробирке.

Клиническая радиометрия

Она заключается в оценке изменения уровня радиоактивности в органах и системах организма в течение какого-то времени. Возможна оценка гемодинамики, изучение динамики относительного фосфорного обмена в месте воспаления и т.д. Этот принцип позволяет выявлять развитие опухолевых процессов различных органов и тканей организма, в том числе и поджелудочной железы.

Радиография

Она включает определение динамики накопления радиоактивных препаратов в организме или их перераспределения в его биологических средах. Радиография позволяет наблюдать за протеканием быстрых процессов в организме, например кровообращением, и помогает выявить кровотечение.

Радиометрия всего тела

Она позволяет изучать протекание обменных процессов в организме и выявлять нарушение белковых, витаминных и других видов обмена, нарушение работы желудочно-кишечного тракта. Этот принцип также дает возможность оценить естественную радиоактивность организма и степень его радиационной загрязненности.

Сканирование и сцинтиграфия

Они применяются для оценки топографии, формы, размеров определенного органа. Для этого в организм вводят препарат, который концентрируется в данном органе. Таким образом можно выявить развитие в нем патологических процессов.

Определение радиоактивности биологических проб

Принцип позволяет оценить функционирование того или иного органа. Для этого исследуется сыворотка крови, мочи и т.д.

Радиоизотопное исследование биологических проб в пробирке

Оно основано на взаимодействии меченых соединений с составными частями биологических сред организма *in vitro*, то есть без введения их в организм пациента.

Показания

Способ взаимодействия меченых веществ с кровью пациента помогает выявить заболевание на раннем этапе.

К ним относят подозрение на развитие хронического панкреатита, связанных с ним осложнений, а также необходимость определения степени поражения и оценки эффективности лечения.

Противопоказания

Отсутствуют.

Подготовка

Предварительная подготовка к процедуре не требуется.

Проведение процедуры

Процедура проводится в радиоизотопной диагностической лаборатории. Дозы облучения должны соответствовать установленным нормам.

В радиоизотопной диагностике используют два способа. Первый способ заключается в том, что в организм больного вводят специальный радиофармацевтический препарат, после чего исследуется его движение или концентрация в организме, в частности в том или ином органе. Процедура безболезненна.

При втором способе у пациента берут кровь, помещают ее в пробирку и вводят в нее меченые вещества. По взаимодействию веществ в крови составляется заключение о состоянии больного.

Для уточнения диагноза необходимо сопоставление данных радиоизотопной диагностики с результатами УЗИ и рентгенографии.

На развитие хронического панкреатита указывает фиксация изотопа в паренхиме, размытые контуры поджелудочной железы и замедленное поступление вещества в орган и неравномерное его распределение.

Если радиоактивное вещество вообще не накапливается поджелудочной железой, это означает, что заболевание перешло в общую стадию.

Лечение панкреатита традиционными методами

Лечебные мероприятия зависят от того, острым или хроническим панкреатитом страдает пациент, от формы заболевания и общего состояния больного. Необходимо четко соблюдать этапность оказания помощи. Это повлияет на состояние больного.

Лечение острого панкреатита

Возможно консервативное лечение, включающее назначение медикаментозных препаратов и соблюдение диеты, а также хирургическое вмешательство.

Помощь больному до приезда врача

Она очень проста. Следует уложить больного в постель и обеспечить ему покой. Разрешается положить пузырь со льдом (или бутылку с холодной водой) на область левого подреберья.

При подозрении на панкреатит ни в коем случае не следует пить какие-либо обезболивающие средства до приезда врача.

При подозрении на острый панкреатит не стоит пытаться улучшить свое состояние самостоятельно, например попытаться промыть

желудок или положить грелку на живот. Это только ухудшит положение и затруднит диагностику.

Не следует ничего есть. Даже легкая пища может ухудшить состояние больного.

Неотложная помощь

Ее необходимо оказать еще до госпитализации больного в стационар. Неотложная помощь включает следующие мероприятия.

Холод на живот

Пузырь со льдом кладут на эпигастральную область живота. Проводят хлорэтиловое орошение: кожу орошают струей хлорэтила с расстояния 20-40 см до тех пор, пока на ней не образуется иней. Он быстро испаряется, что вызывает охлаждение и снижение чувствительности кожи.

Спазмолитические средства

При сильных болях больному назначают одно из спазмолитических средств:

12 мл 2%-ного раствора папаверина инъекционно;

2 мл 2%-ного раствора ношпы инъекционно;

2 мл 12%-ного раствора эуфиллина инъекционно;

5 мл баралгина инъекционно;

нитроглицерин под язык.

Холинолитические средства

Больному назначают одно из холинолитических средств:

1мл 0,1%-ного раствора атропина инъекционно;

Раннее назначение спазмолитиков позволяет снизить число некротических форм острого панкреатита в 2 раза.

1мл 0,1%-ного раствора скополамина инъекционно.

Антигистаминные средства

Больному назначают одно из следующих средств:

2мл 1%-ного раствора димедрола инъекционно;

2мл 2%-ного раствора пипольфена инъекционно.

Купирование рвоты (диспепсических расстройств)

Для этого проводят зондирование и назначают антацидные (обволакивающие) препараты Алмагель или Фосвалюгель.

Ингибиторы кининов

Больному назначают 20мл 4%-ного раствора амидопирина и 2мл 50%-ного раствора анальгина. Оба препарата вводят внутривенно.

Мероприятия при коллапсе

Следует ввести больному 1мл 5%-ного раствора эфедрина или 1мл 1%-ного раствора мезатона внутримышечно. Дополнительно назначают 150мг гидрокортизона или 60мг преднизолона (внутривенно струйно). Вводят инфузионный раствор реополиглюкина.

Госпитализация

После поступления больного в приемное отделение стационара врач должен как можно быстрее провести диагностирование его состояния. Для этого назначают все необходимые исследования: анализ крови, мочи, УЗИ, лапароскопию и др. Проводят консультацию со смежными специалистами.

В течение ближайших нескольких часов необходимо точно установить диагноз, т.е. подтвердить острый панкреатит, определить его форму, тяжесть течения, выявить развитие брюшных и внебрюшных осложнений.

После этого назначают лечение. В зависимости от состояния больного оно может быть консервативным или хирургическим.

Консервативное лечение

Оно включает следующие мероприятия:

купирование болевого синдрома и гипертензии;

понижение секреции поджелудочной железы;

снижение уровня активности ферментов поджелудочной железы, поступающих в кровь и окружающие ткани;

нормализация обмена веществ;

снижение интоксикации;

лечение и профилактика развития гнойной инфекции.

Купирование болевого синдрома и гипертензии

Консервативное лечение при остром панкреатите назначают в 70-75% случаев. При этом из общего числа летальных исходов только 3% приходится на больных, которым не назначалась хирургическая операция.

Для снижения болевых ощущений и давления в желчных путях и панкреатических протоках назначают глюкозно-новокаиновую смесь внутривенно капельно в объеме 400мл. Назначают спазмолитические средства (промедол, фентанил). Показана паранефральная новокаиновая блокада по Вишневскому (делают вливания по 100мл 0,25%-ного раствора новокаина на каждую сторону). Назначают антибиотики (стрептомицин, пенициллин), 0,1%-ный раствор атропина по 1мл (подкожно), 2%-ный раствор папаверина по 12 мл (подкожно).

Если боли очень сильные и отдают в область сердца, назначают 1%-ный раствор нитроглицерина 23 капли на куске сахара.

Понижение секреции поджелудочной железы

Для этого больному обеспечивается постельный режим и полный покой. Запрещается прием пищи. Для аспирации желудочного содержимого в желудок вводят зонд.

Для снижения ферментации поджелудочной железы показан холод на живот. По показаниям назначают метод локальной гипотермии желудка. Для этого с помощью зонда пропускают жидкость, охлажденную до 24С. Назначают антацидные препараты, блокаторы H₂-рецепторов (циметидин по 2мл внутривенно 4 раза в день или по 1 таблетке 3 раза в день).

Несмотря на то что морфий является сильным обезболивающим средством, при остром панкреатите его не назначают, т.к. он затрудняет выделение сока поджелудочной железы в двенадцатиперстную кишку.

Для предупреждения развития опухолей назначают цитостатики (вещества, замедляющие деление клеток): 5мл 5%-ного раствора фторурацила 2 раза в день в течение 2 дней или 10мл 4%-ного раствора фторурацила 2 раза в день тоже на 2 дня.

В день поступления в стационар больному также назначают противовоспалительную терапию.

Снижение уровня активности ферментов поджелудочной железы, поступающих в кровь и окружающие ткани

Для этого больному назначают максимальные дозы ингибиторов.

Нормализация обмена веществ

Для нормализации водно-электролитного баланса, кислотно-основного состояния и белкового обмена назначают солевые растворы, плазму, альбумин, гидрокарбонат натрия. Растворы вводят инфузионно.

Снижение интоксикации

Для снижения интоксикации назначают следующие мероприятия.

Форсированный диурез

Это искусственная стимуляция мочеотделения. Для этого в организм вводят одновременно жидкость и мочегонные препараты.

Дренаживание грудного лимфатического протока

Это эффективный метод детоксикации организма, который применяется при деструктивном остром панкреатите.

Процедуру проводят под местным обезболиванием. Больной должен лежать на спине. Ему подкладывают под плечевой пояс валик и просят повернуть голову вправо. Затем делают поперечный надрез в левой надключичной области от яремной вырезки до средней трети ключицы. Рассекают кожу, фасции, мышцы. Затем производят высвобождение

грудного лимфатического протока и его дренирование.

Осложнением процедуры является большая потеря лимфы, что может вызвать снижение уровня белка, изменение количества свободных аминокислот в крови и лимфе и другие изменения. В связи с этим необходимо возвращение лимфы после ее очищения.

Лапароскопический перитонеальный диализ

Это метод детоксикации организма, при котором брюшную полость промывают солевым раствором через специально выполненные для этого отверстия (как правило, через них вводят катетер, по которому и подается раствор). Это способствует вымыванию токсических продуктов обмена, нормализует электролитный и водный баланс организма.

Процедура имеет противопоказания. К ним относят:

повреждения органов брюшной полости и диафрагмы;

непроходимость кишечника;

отграниченный гнойный перитонит;

Ингибиторами называют вещества, обладающие способностью замедлять скорость ферментативной реакции. Впервые ингибитор был синтезирован в 1953г.

инфекционное поражение брюшной стенки;

рубцы передней брюшной стенки;
сильное истощение;
злокачественные опухоли;
тяжелую сердечную и легочную недостаточность;
цирроз печени;
контагиозную хроническую инфекцию;
гемиплегию;
беременность.

Процедура проходит под местным обезболиванием. Область манипуляции инфильтруют 1%-ным раствором новокаина. Выполняют прокол в стенке брюшной полости по средней линии живота на 34 см ниже пупка или в точке Мак-Бернея слева и вводят через него катетер, по которому подают раствор.

В состав раствора для процедуры входят различные соли, калий, глюкоза. При необходимости соотношение входящих в него веществ (в частности, содержание калия) можно изменить.

Перитонеальный диализ проводят не только в качестве неотложной помощи. По показаниям его можно выполнять регулярно в течение длительного времени. Для этого даже не требуется приезжать в стационар.

Длительность процедуры зависит от состояния больного, наличия осложнений и т.д. Так, вливать раствор в брюшную полость нужно медленно, не менее 10 минут, иначе больной может почувствовать боль. Затем в течение последующих 2030 минут происходит дренирование жидкости из брюшной полости. Выделяющуюся в результате процедуры жидкость отсасывают через тот же катетер.

После окончания процедуры удаляют катетер и на ранку накладывают шов или скобки.

Эффективность процедуры оценивается по улучшению показателей кислотно-основного и водно-электролитного состояния крови.

При проведении процедуры возможны осложнения. К ним относят:

повреждение сосудов или органов брюшной полости при введении катетера;

просачивание диализирующего раствора вокруг катетера;

задержку оттока жидкости;

инфицирование тканей брюшной полости вокруг катетера;

перитонит.

При неправильно составленном растворе может развиться нарушение электролитного баланса и

гидратация организма (процесс связывания воды химическими веществами).

Дискретный плазмаферез

Это процесс выведения из кровообращения плазмы крови.

Эта процедура широко используется для нормализации состояния больных, страдающих острым панкреатитом.

Техника плазмафереза была разработана уже в 1914г., но только в середине XXв. его начали применять в клинической практике за рубежом, а затем и в СССР.

Процедура заключается в следующем: кровь больного пропускают через специальный аппарат с центрифугой, в котором она разделяется на свои составляющие элементы красную кровь, содержащую эритроциты, лейкоциты, тромбоциты, и плазму. Кровь возвращается в организм, а плазма, содержащая токсические и метаболические вещества, собирается в емкости.

Плазмаферез помогает снизить в крови содержание белков, жиров, холестерина, токсинов, липидов и т.д. Эта процедура уменьшает дистрофические изменения печени и почек и особенно эффективна при остром панкреатите, осложненном печеночной или почечной недостаточностью. Также отмечен положительный эффект и при развитии перитонита.

Процедура имеет абсолютные и относительные противопоказания. К абсолютным противопоказаниям относят:

нарушение свертываемости крови;

необратимые повреждения головного мозга и других жизненно важных органов;

злокачественные опухоли;

кровотечения (в том числе внутренние).

К относительным противопоказаниям к проведению плазмафереза относят следующие состояния:

нестабильная гемодинамика (скачки артериального давления, приступы аритмии и т.д.). Если пациент все же нуждается в процедуре, ее следует проводить с применением симпатомиметиков или кардиостимуляторов;

риск кровотечения. По показаниям процедуру все же проводят, но без применения гепарина, который препятствует свертываемости крови;

пониженный уровень содержания белка в крови. В этом случае при проведении процедуры необходимо возместить количество удаленной плазмы. Для этого используется донорская плазма, коллоидные плазмозаменители или белковые препараты;

острые кишечные или респираторные инфекции. В этом случае проведение процедуры лучше отложить

до тех пор, пока состояние больного не нормализуется;

макроглобулинемия Вальденстрема (заболевание, связанное с нарушением выработки иммуноглобулинов);

криоглобулинемия (наличие белков криоглобулинов в составе крови);

миеломная болезнь (заболевание системы крови, проявляющееся в злокачественном поражении костного мозга).

Процедура проводится следующим образом. Больной ложится на кушетку. В вену на руке устанавливается катетер, через который подается вещество, препятствующее свертываемости крови, и одновременно ведется забор крови. Кровь пропускается через аппарат, после чего красная кровь возвращается в вену через тот же катетер.

Длительность процедуры составляет около 1,5 часа. За это время удаляется около 2 л плазмы.

По показаниям врача перед проведением процедуры возможна отмена приема некоторых лекарственных препаратов.

В 1982г. плазмаферез был применен при лечении перитонита у детей.

К осложнениям процедуры относят судороги в мышцах и онемение. Эти симптомы развиваются в

качестве реакции на вещество, препятствующее свертываемости крови. Никакого специального лечения не требуется, судороги и онемение через некоторое время проходят сами собой. Однако чаще всего при остром панкреатите развивается склонность к тромбообразованию, при котором показано назначение антикоагулянтов.

В некоторых случаях плазму не удаляют, а очищают, пропуская через систему фильтров, и возвращают в организм вместе с красной кровью. В этом случае у больного может развиваться аллергическая реакция. Чаще всего появляется сыпь на коже, может немного повыситься температура. В редких случаях может развиваться анафилаксия, приводящая к анафилактическому шоку и другим тяжелым аллергическим реакциям.

Лечение и профилактика развития гнойной инфекции

Для лечения и профилактики гнойных осложнений острого панкреатита назначают антибиотики широкого спектра действия: пенициллины, тетрациклины, аминогликозиды, цефалоспорины и др.

Питание во время и после консервативного лечения

Как уже упоминалось выше, при госпитализации больного с приступом острого панкреатита в качестве одного из первых мероприятий ему назначают голодание. Не следует ничего есть по крайней мере в

течение 34 дней. По показаниям врача рекомендуют голодать еще в течение 2 суток после того, как был полностью купирован болевой синдром.

Голодание, если оно проводится под наблюдением врача, не опасно для здоровья пациента. При этом снижается секреторная деятельность поджелудочной железы, что способствует ее восстановлению.

При отсутствии рвоты голодание может продолжаться до 2 недель. В течение этого времени разрешается пить минеральную воду боржоми. Если же болезнь сопровождается рвотой, следует откачать содержимое желудка через зонд (его вводят через нос).

После того как состояние больного нормализовалось, по разрешению врача можно принимать пищу. В первое время назначается строгая щадящая диета. Разрешаются слизистые супы из круп, картофельное пюре, сладкий чай или кисель. Суточная норма должна содержать примерно 30г белка и 80г углеводов. Калорийность не должна превышать 400 калорий.

После приступа острого панкреатита у больного может развиться диабет. В этом случае он должен соблюдать специальную диету, назначенную врачом

Если больной чувствует себя нормально, диета расширяется. К уже указанным блюдам добавляются вегетарианские супы, нежирное вареное мясо и рыба, каши, крупяные и овощные пудинги, фрукты, сухари.

Рацион должен содержать преимущественно углеводы, количество белка должно быть не более 0,51 г на 1кг веса больного. Калорийность суточного рациона постепенно увеличивается с 400 до 2000 калорий. Пищу следует принимать небольшими порциями 5-6 раз в день.

Впоследствии следует придерживаться диеты 5б. Она будет более подробно описана ниже.

Низкокалорийная диета после приступа острого панкреатита

(рассчитана на 7 дней)

В течение недели калорийность пищи постепенно увеличивается.

Понедельник

1-й завтрак:

пюре картофельное 100г;

чай с сахаром 200мл.

2-й завтрак:

пюре картофельное 100г;

кисель 200мл.

Обед:

суп рисовый слизистый 100мл;

чай с сахаром 200мл.

Полдник: кисель 200мл.

Ужин:

суп слизистый (любая крупа) 100мл;

чай с сахаром 200мл.

Перед сном: кисель 200мл.

Вторник

1-й завтрак:

каша овсяная 100г;

чай с сахаром 200мл.

2-й завтрак:

пюре картофельное 100г;

чай с сахаром 200мл.

Обед:

суп слизистый (любая крупа) 100мл;

чай с сахаром 200мл.

Полдник: кисель 200мл.

Ужин:

суп слизистый (любая крупа) 100мл;

чай с сахаром 200мл.

Перед сном: кисель 200мл.

Среда

1-й завтрак:

каша рисовая 100г;

чай с сахаром 200мл.

2-й завтрак:

пудинг 100г;

чай с сахаром 200мл.

Обед:

суп слизистый (любая крупа) 100мл;

чай с сахаром 200мл.

Полдник:

пюре картофельное 100г;

кисель 200мл.

Ужин:

суп слизистый (любая крупа) 100мл;

чай с сахаром 200мл.

Перед сном: кисель 200мл.

Четверг

1-й завтрак:

каша гречневая 100г;

чай с сахаром 200мл.

2-й завтрак:

пудинг 100г;

чай с сахаром 200мл.

Обед:

суп слизистый (любая крупа) 100мл;

чай с сахаром 200мл.

Полдник:

пюре картофельное 100г;

кисель 200мл.

Ужин:

рыба отварная 50-100г (в зависимости от веса больного);

каша рисовая 100г;

чай с сахаром 200мл.

Перед сном: кисель 200мл.

Пятница

1-й завтрак:

каша овсяная 100г;

чай с сахаром 200мл.

2-й завтрак:

пудинг 100г;

чай с сахаром 200мл.

Обед:

щи вегетарианские 100мл;

чай с сахаром 200мл.

Полдник:

пюре картофельное 100г;

кисель 200мл.

Ужин:

рыба отварная 50-100г (в зависимости от веса больного);

каша рисовая 100г;

чай с сахаром 200мл.

Перед сном: кисель 200мл.

Суббота

1-й завтрак:

каша овсяная 100г;

чай с сахаром 200мл.

2-й завтрак:

пудинг 100г;

чай с сахаром 200мл.

Обед:

суп овощной (любые овощи) 100мл;

сухарь 1 шт.;

чай с сахаром 200мл.

Полдник:

пюре картофельное 100г;

кисель 200мл.

Ужин:

мясо отварное 50-100г (в зависимости от веса больного);

каша гречневая 100г;

чай с сахаром 200мл.

Перед сном: кисель 200мл.

Воскресенье

1-й завтрак:

каша овсяная 100г;

чай с сахаром 200мл.

2-й завтрак:

пудинг овощной 100г;

чай с сахаром 200мл.

Обед:

щи вегетарианские 100мл;

пюре картофельное 100г;

сухарь 1 шт.;

чай с сахаром 200мл.

Полдник:

пюре картофельное 100г;

кисель 200мл.

Ужин:

мясо отварное 50-100г (в зависимости от веса больного);

каша кукурузная 100г;

сухарь 1 шт.;

чай с сахаром 200мл.

Перед сном:

яблоко 1 шт.;

кисель 200мл.

Хирургическое лечение

Если консервативное лечение неэффективно, проводят оперативное вмешательство.

Показания к оперативному вмешательству

К ним относят:

сомнения в постановке точного диагноза (подозрение на другое заболевание, требующее хирургической операции) в течение первых 57 дней после развития острого панкреатита;

отсутствие эффекта консервативного лечения в течение суток. Ухудшение состояния больного, сопровождающееся развитием перитонита;

увеличение количества амилазы мочи и крови или, наоборот, их резкое уменьшение на фоне увеличения количества лейкоцитов;

увеличение количества сахара в крови (это является признаком развития некроза хвоста поджелудочной железы);

сопутствующий деструктивный холецистит;

холангит;

прогрессирующая желтуха, которую невозможно купировать консервативными методами;

невозможность проведения перитонеального диализа.

Виды операционного вмешательства

Хирургическое лечение, если оно необходимо, должно быть закрытым. В зависимости от того как протекает патологический процесс, проводят воздействие на саму поджелудочную железу, желчные пути и т.д.

Воздействие на поджелудочную железу может включать следующие методы:

парапанкреатическую блокаду;

абдоминализацию панкреатической железы (ее выведение из забрюшинного пространства в брюшную полость);

двухлоскутную оментопанкреопексию;

ограниченное дренирование сальниковой сумки.

Если поражение затрагивает желчные пути, проводят наложение холецистомы. При развитии патологии в желчных путях выполняется радикальная санация.

Кроме того, для профилактики распространения перитонита верхнюю часть брюшной полости отграничивают от остальных отделов брюшной полости. Для этого производят подшивание большого сальника к париетальной брюшине передней брюшной стенки на уровне поперечной ободочной кишки. При этом одновременно производят закрытие латеральных каналов.

При панкреонекрозе, особенно если он сопровождается ферментативной интоксикацией, необходимо проведение радикальной операции. Однако такие операции проводят только в специализированных отделениях.

В настоящее время при остром панкреатите проводят следующие виды оперативного вмешательства:

установка дренажей и проведение перитонеального лаважа-диализа;

резекция поджелудочной железы;

операция Лоусона;

динамическая оментопанкреатостомия.

Установка дренажей и проведение перитонеального лаважа-диализа

Метод дает возможность удалять токсичные и вазоактивные вещества. Как видно из названия, в нем есть некоторое сходство с лапароскопическим перитонеальным диализом. Однако есть и различия, позволяющие отнести его не к консервативному, а к хирургическому методу лечения.

Лаваж-диализ можно проводить в течение 2 суток с момента установки дренажей. По прошествии этого времени они перестают функционировать.

После проведения этой операции в течение последующих 10 дней отмечается улучшение

состояния больного. Однако это не исключает развития осложнений впоследствии.

Резекция поджелудочной железы

Так называют хирургическое вмешательство, при котором проводят иссечение (обычно частичное) больного органа. Чаще всего выполняют резекцию дистальных (удаленных) отделов поджелудочной железы.

С помощью этой операции можно предупредить развитие аррозивного кровотечения и образование абсцессов.

Развитие осложнений после операционного вмешательства или отсутствие положительной динамики в состоянии больного требует проведения повторного вскрытия брюшной полости и проведения санации.

Основным недостатком этого вида операции является то, что у большинства прооперированных впоследствии развивается экзо и эндокринная недостаточность. Причина этого в том, что приходится иссекать значительные участки поджелудочной железы (при обширном патологическом процессе) или здоровые фрагменты поджелудочной железы (если не удастся определить объем поражения перед операцией или в ходе нее).

Кроме того, как и при использовании предыдущего метода, резекция также не исключает возможности развития осложнений в будущем.

Операция Лоусона

Ее еще называют операцией множественной стомы. В процессе операции выполняют наложение гастростомы и холецистомы, дренирование сальникова отверстия и области поджелудочной железы. Одновременно ведется контроль оттока ферментированного отделяемого поджелудочной железы, а также осуществляется декомпенсация внепеченочных желчных протоков.

После операции больному разрешается только энтеральное питание (питательная смесь вводится в желудок через зонд).

Противопоказанием к операции Лоусона является панкреатогенный перитонит.

Как и два предыдущих, этот метод также не гарантирует полного излечения. После операции возможно развитие осложнений.

Динамическая оментопанкреатостомия

Поскольку при остром панкреатите нередко требуется неоднократное вскрытие брюшной полости, были разработаны различные способы временного закрытия раны, например застёжки-молнии. Но и они могут спровоцировать развитие нагноения тканей стенки живота.

Это новый метод, который был разработан сравнительно недавно, но уже используется в лечении острого панкреатита. Он заключается в следующем:

выполняют верхнюю срединную (реже поперечную) лапаротомию, производят рассечение желудочно-толстокишечной связки на всем протяжении и капсулы поджелудочной железы, после чего выполняют детальный осмотр органа. Если есть основания подозревать поражение головки поджелудочной железы, производят мобилизацию двенадцатиперстной кишки по Кохеру. При развитии деструктивного панкреатита или осложнений производят абдоминализацию поджелудочной железы.

Эта операция отличается от той, которая была описана выше, еще и тем, что больному после операции не накладывают шва, а фиксируют на краях раны на переднюю брюшную стенку аппарат для сближения краев раны. После этого в боковых фланках живота, над и под поджелудочной железой устанавливают два дренажа (как правило, силиконовые) и выполняют лаваж.

Затем края желудочно-кишечной связки соединяют с краями лапаротомной раны и накладывают провизорные (временные) швы, не фиксируя их. В заключение сводят пластины аппарата, закрывая отверстие.

После того как состояние больного стабилизировалось и показаний к оперативному вмешательству нет, затягивают временные швы и пластины аппарата до заживления раны. Затем снимают аппарат и швы.

Основное достоинство этого метода заключается в том, что при необходимости дополнительной (даже неоднократной) ревизии поджелудочной железы не требуется выполнять релапаротомию. Также он позволяет снизить риск нагноения области поджелудочной железы. Кроме того, при этой операции производится отграничение области воспаления от остальной брюшной полости. Благодаря ревизиям поджелудочной железы возможен контроль эффективности лечения, как хирургического, так и консервативного, что дает возможность в случае положительной динамики перевести больного на более щадящую консервативную терапию.

Также этот метод способствует заживлению раны линейным рубцом, благодаря чему значительно снижается риск развития впоследствии послеоперационной вентральной грыжи.

Особенности оперативного лечения при гнойно-висцеральных осложнениях панкреонекроза

Гнойно-висцеральные осложнения, как правило, часто протекают взаимосвязанно. Уже их наличие является основным показанием для неотложного оперативного лечения. Чем скорее будет проведена операция, тем больше будет шансов сохранить больному жизнь.

В наиболее сложных случаях целесообразно проведение дополнительных консультаций.

Гнойно-некротические осложнения

Динамическая оментопанкреатостомия позволяет снизить число осложнений, которые развиваются при релапаротомии (свищи и пр.).

При таких осложнениях, как абсцессы поджелудочной железы или сальниковой сумки, забрюшинная флегмона и другие в процессе операции необходимо обеспечить как можно более полный доступ к поджелудочной железе и при этом возможность оптимального дренирования органа. Для этого производят поперечный дугообразный разрез в надчревьe. Хирургическое вмешательство включает санацию паталогических очагов. Для этого используют метод некрсеквестрэктомии.

Аррозивные кровотечения

При этом тяжелом осложнении эффективны только радикальные меры. Проводят резекцию поджелудочной железы, перевязку сосудов на всем ее протяжении, а также спленэктомию (удаление селезенки).

Менее радикальные методы такие, как тампонада гнойной полости с источником кровотечения, не приносят ожидаемого результата. На несколько часов или дней состояние больного может улучшиться, но затем кровотечение открывается вновь, что практически всегда заканчивается летальным исходом.

Свищи

В этом случае проведение операции зависит от расположения свища. Если выявлено образование желудочного и дуоденального свищей, показано выполнение обходного желудочно-кишечного соустья.

Свищи, направленные в толстую кишку (особенно расположенные слева), в большинстве случаев не требуют хирургического вмешательства. Они закрываются самостоятельно. Если же этого не происходит, показано наложение проксимальной колостомы.

Если свищ направлен в тонкую кишку, показано наложение обходного анастомоза (искусственно выполненного соустья).

Послеоперационный период

После проведения операции необходима интенсивная терапия. Также продолжают проводить консервативное лечение, направленное на профилактику гнойно-септических осложнений (назначают антибиотики, спазмолитики, антикоагулянты и другие препараты капельно внутривенно). Возможно введение некоторых препаратов эндолимфотически. Дополнительно назначают продольный внутритканевый электрофорез.

Если положительной динамики в состоянии больного не наблюдается, у него ухудшается общее состояние, нарастают признаки гипотермии,

появляется инфильтрат и боли в верхнем отделе брюшной полости, необходимо срочно организовать консультацию с врачом-панкреатологом и перевезти пациента для дальнейшего лечения в специализированный стационар.

Особенности лечения острого панкреатита у беременных

Эндолимфатическое введение лекарственных препаратов производится непосредственно в лимфатические сосуды.

Назначения зависят от формы и степени тяжести заболевания.

При серозном остром панкреатите показано голодание, запрещено пить. Питание организма осуществляется через тонкий зонд, который вводят через нос. Больной назначают анальгетики и спазмолитические средства. Следует постоянно контролировать содержание в плазме крови натрия, хлора, кальция. Для восстановления водно-электролитного баланса назначают инфузии различных полиионных растворов (раствор Рингера-Локка, изотонический раствор и др.).

Борьба с интоксикацией организма осуществляется путем введения гемодеза, кокарбоксилазы, аскорбиновой кислоты с 10%-ным или 20%-ным раствором глюкозы, 4%-ного раствора натрия бикарбоната.

Также назначают реополиглюкин для нормализации микроциркуляции и 1%-ный раствор калия хлорида для снятия отека поджелудочной железы.

Борьба с инфекцией осуществляется путем назначения антибиотиков пенициллинового ряда и его синтетических аналогов.

Прогноз при серозном остром панкреатите благоприятный.

При назначении глюкозы необходим контроль уровня глюкозы в крови. Раствор натрия бикарбоната вводится под контролем уровня рН в крови.

Если беременная страдает тяжелым панкреонекрозом, целесообразно назначение антибиотиков широкого спектра действия (карбенициллин, кефзон). Необходимо применение ингибиторов ферментов поджелудочной железы (трасилол, гордокс, контрикал). Также больной необходимы белковые препараты и витамины.

При проведении инфузионной терапии необходимо осуществлять контроль количества эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов. Также ведется контроль потери жидкости организмом. При этом следует учитывать не только объем отделяемой за сутки мочи, но и потерю жидкости с рвотой. Через каждые 3 часа проводят измерение температуры тела и артериального давления больной. При

необходимости назначают жаропонижающее и препараты, нормализующие давление.

Прогноз при тяжелых формах панкреатита неблагоприятный. Высок процент смертности плода и матери.

Особенности лечения острого панкреатита у детей

Данное заболевание встречается у детей довольно редко, однако такие случаи бывают. Причины развития панкреатита могут быть различны, иногда это врожденные аномалии анатомического развития. Но чаще всего острый панкреатит развивается как осложнение при травмах живота и некоторых заболеваниях: кори, ветрянке, эпидемическом паротите (свинка).

В этом случае чаще всего проводят консервативное лечение.

Схема лечения аналогична схеме лечения взрослых: назначают препараты, направленные на купирование болевого синдрома.

Из хонолитических средств показан 0,1%-ный раствор атропина по 0,012-0,018мл/кг подкожно 2 раза в сутки или 0,2%-ный раствор платифиллина по 0,11 мл подкожно в дневное время. Из спазмолитиков назначают одно из следующих средств:

2%-ный раствор ношпы по 12 мл внутримышечно или по 0,01-0,04г перорально 3 раза в день;

папаверин по 0,02-0,04г 3 раза в день внутримышечно.

Показаны инфузии для восстановления водно-электролитного баланса организма. Производят внутривенное вливание 5-10%-ного раствора глюкозы, раствора Рингера, реополиглюкина. При инфузионной терапии назначают 1%-ный раствор лазикса (мочегонный препарат) по 12 мл внутривенно или внутримышечно с обязательным контролем отделяемой за сутки мочи. Из антиферментарных препаратов назначают трасилол инфузионно медленно, растворенный в 0,9%-ном растворе хлорида натрия. Доза трасилола зависит от возраста пациента.

Также необходима коррекция водно-электролитического обмена. Для лечения и профилактики гнойной инфекции назначают антибиотики: канамицин, гентамицин и др. Проводят борьбу с интоксикацией.

Необходимо обеспечить полный функциональный покой поджелудочной железы, для чего назначают голодание, снижение ферментообразующей функции путем назначения ингибиторов поджелудочной железы.

Обязательно назначают голодание и холод на область воспаления.

При развитии симптомов гнойного панкреатита или перитонита необходимо хирургическое вмешательство.

Прогноз зависит от того, насколько быстро был поставлен диагноз и начато лечение. Если удалось провести все необходимые мероприятия в течение 12 суток с момента определения заболевания, ребенок, как правило, полностью выздоравливает.

Лечение хронического панкреатита

Оно зависит от состояния пациента. В стадии обострения, которое сопровождается сильным болевым синдромом, лечение целесообразно проводить в стационаре.

Стационарное лечение

Лечебные мероприятия при обострении хронического панкреатита направлены на:

снижение секреторной деятельности поджелудочной железы;

купирование болевого синдрома;

поддержание необходимого объема циркулирующей крови в организме и профилактика развития шока;

Даже если лечение острого панкреатита прошло успешно и ребенок выздоровел, он в течение длительного времени должен наблюдаться у хирурга и эндокринолога.

назначение ферментативных препаратов;

мероприятия, направленные на профилактику развития септических осложнений;

элиминация и инактивация токсических и вазоактивных субстанций и т.д.

Снижение секреторной деятельности поджелудочной железы

Для этого больному предписывают голодать в течение 13 дней после госпитализации. В этот период через каждые 2 часа следует принимать щелочной раствор, например минеральную воду боржоми или раствор бикарбоната натрия (0,50,6г на 200мл воды).

Также дополнительно назначают антацидные средства буферного действия такие, как Алмагель, Фосфалюгель, Гастал, ОМаалокс. Их можно принимать до 68 раз в течение суток.

На 2-4-й день после купирования болевого синдрома разрешается принимать пищу. Следует постепенно вводить в рацион картофельное пюре, белковый омлет, овсяную и рисовую кашу, сваренные на воде, с небольшим количеством сахара. Каши следует есть протертыми. Также постепенно вводятся в рацион слизистые супы и мясное пюре, приготовленное на пару. Из напитков разрешается некрепкий чай с небольшим количеством сахара и отвар шиповника.

Пищу следует принимать часто, 5-6 раз в день, небольшими порциями. Остальные блюда, особенно продукты, стимулирующие выделение пищеварительных соков, категорически противопоказаны, т.к. могут спровоцировать новый приступ.

Купирование болевого синдрома

Для этого назначают один из обезболивающих препаратов:

5 мг баралгина внутримышечно (при особенно сильных болях внутривенно). В обоих случаях его следует вводить очень медленно;

ношпа (дозировка такая же, как при остром панкреатите);

папаверин (дозировка такая же, как при остром панкреатите).

Если эти препараты не оказывают ожидаемого эффекта, назначают промедол. Также для купирования болевого синдрома и защиты тканей поджелудочной железы показан деларгин (внутривенно).

Больному назначают ферментативные препараты: контрикал, гордокс, трасилол, панзинорм, фестал, панкурмен или мезим форте.

Дополнительно необходимо назначение витаминов группы В.

Поддержание необходимого объема циркулирующей крови

В первые дни пребывания в стационаре больным с обострением хронического панкреатита внутривенно вводят не менее 3 л жидкости, содержащей глюкозу, раствор альбумина, электролиты.

Ферментативная терапия

Применение ферментативных препаратов может вызвать аллергическую реакцию.

Для борьбы с интоксикацией вводят гемодез. При этом необходимо осуществлять контроль центрального венозного давления.

Лечение дуоденостаза

При обострении хронического панкреатита у больного может развиваться дуоденостаз нарушение двигательной функции двенадцатиперстной кишки, что приводит к длительной задержке в ней продуктов пищеварения. При этом больной может жаловаться на боли в эпигастральной области, тошноту и рвоту.

В этом случае проводят отсасывание кислого желудочного содержимого. Для этого в него вводят тонкий зонд.

Лечение нервно-психических нарушений

Приступ хронического панкреатита нередко вызывает развитие нервно-психических нарушений. В связи с этим на фоне терапии, направленной на

облегчение физического состояния больного, целесообразно назначение успокоительных препаратов. При чувстве тревоги, повышенном возбуждении больному назначают тофизолам или грандаксин. При бессоннице, раздражительности показан феназепам перорально 28 мг в сутки.

При депрессии, вызванной хроническим панкреатитом, назначают тианептин или коаксил 37,5 мг 3 раза в сутки.

Диета

Феназепам можно назначать лишь в том случае, если пациент не страдает заболеваниями печени.

После того как приступ панкреатита будет купирован и наступит ремиссия, рацион можно сделать более разнообразным.

В зависимости от состояния больного ему следует соблюдать диету 5 или 5б (в некоторых источниках она обозначена 5п).

Диета 5б

Она более щадящая, рекомендуется после обострения в период выздоровления.

Суточный рацион должен включать 140-150 г белков, 70-80 г жиров, 300-350 г углеводов. Калорийность составляет 2800 ккал.

Пищу следует принимать 4-6 раз в сутки, желательно в одно и то же время. Блюда

рекомендуется готовить на пару и дополнительно измельчать или протирать через сито. Горячие и холодные блюда следует исключить. Ограничения по соли нет.

Разрешается пшеничный хлеб 1-го и 2-го сорта, подсушенный или вчерашний. Разрешены сухари, печенье. Всего рекомендуется съесть не более 200300г хлеба в течение суток. Следует исключить ржаной хлеб. Запрещены пироги, вообще любые изделия из сдобного или слоеного теста.

Полезны любые овощные супы (кроме щей), крупяные (с любой крупой, кроме пшенной), супы с макаронными изделиями и фруктовые. Супы на мясном, рыбном и крепком овощном отваре, а также грибные запрещены. Не следует есть холодные овощные супы (окрошку и т.д.).

Больным хроническим панкреатитом не следует употреблять пряности и приправы, острые закуски.

Разрешены блюда из говядины, телятины, мяса кролика, курицы, индейки. Следует выбирать мясо нежирных сортов. Его отваривают или готовят на пару, с птицы снимают кожу. Разрешаются различные котлеты, фрикадельки, суфле, пюре, рулет и другие блюда из рубленого мяса, а также отварное молодое мясо куском. Следует исключить все жирные сорта мяса (свинину, утку и т.д.), копчености, консервы, печень, почки, мозги. Из колбасных изделий разрешены только молочные сосиски.

Рыба не запрещена. Нужно выбирать рыбу нежирных сортов, лучше всего речную. Особенно полезны треска, судак, навага, щука, сазан, серебристый хек. Ее можно есть вареной или приготовленной на пару куском или рубленой. Следует полностью исключить все жирные сорта рыбы (севрюга, осетрина, белуга, сом), любую копченую рыбу, консервы, икру в любом виде.

На гарнир разрешается готовить блюда из овощей: картофеля, свеклы, моркови, тыквы, кабачков, цветной капусты, зеленого горошка. Их можно есть вареными, запеченными на пару, в виде пюре, пудингов (без корочки). Вредны блюда из капусты, репы, брюквы, редьки. Не следует также употреблять редис, шпинат, щавель, бобовые, баклажаны, сладкий перец. Запрещены лук и чеснок. Категорически запрещены грибы в любом виде. Не следует есть овощные консервы, сырые овощи.

Разрешаются рисовая, гречневая, манная, овсяная крупы. Из них варят полужидкие каши на воде или с небольшим количеством молока. Перловую, ячневую, кукурузную крупы следует употреблять как можно реже (однако полностью исключать их из рациона нет необходимости).

Разрешены макаронные изделия, домашняя лапша.

Яйца с желтками есть нельзя. Разрешен только белковый омлет. Другие блюда из яиц запрещены. В сутки разрешается съесть до 2 белков яиц.

Из молочных продуктов разрешено молоко, кисломолочные напитки, некислый творог или пудинги из него, голландский сыр. Запрещены молочные продукты повышенной жирности.

Из жиров разрешается растительное масло, например рафинированное подсолнечное или оливковое (10мл в сутки), или несоленое сливочное (30г в сутки). Жиры следует добавлять в блюда для улучшения их вкуса. Общее содержание жиров в суточном рационе (учитывая жиры, содержащиеся в блюдах) не должно превышать 70г. В период обострений панкреатита жиры лучше не употреблять. Категорически запрещены свиное сало, говяжий и бараний жир.

Творог рекомендуется готовить самостоятельно, лучше всего из кефира. Покупной творог менее полезен. Сметана не запрещена. Ее можно добавлять в суп или есть с творогом. Суточная норма составляет 30г.

Из фруктов можно в небольших количествах есть некислые, спелые и мягкие плоды. Разрешены несладкие печеные яблоки. Не следует есть финики, инжир, бананы.

Из сладких блюд разрешены компоты (протертые через сито или взбитые в блендере), кисели, желе. Для их приготовления вместо сахара лучше использовать заменитель. Не следует есть мороженое и шоколад. Варенье, а также кремы и различные сладкие кондитерские изделия противопоказаны.

Из напитков разрешен некрепкий и несладкий чай с лимоном, фруктово-ягодные соки без сахара, разбавленные водой, отвары шиповника и пшеничных отрубей. Кофе и какао, газированные напитки, виноградный сок запрещены. Категорически противопоказаны алкогольные напитки.

Примерная диета (рассчитана на 7 дней)

Понедельник

1-й завтрак:

тыква, запеченная на пару 200г;

творог 100г;

сметана 30г;

чай с молоком 200мл.

2-й завтрак:

филе судака, приготовленное на пару 100г;

картофель отварной 150г;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

При соблюдении диеты 5 следует воздержаться от приема слабительных средств, а также препаратов, содержащих йод и бром.

чай 200мл.

Обед:

суп картофельный вегетарианский 250мл;

фрикадельки (фарш говяжий, хлеб, молоко, лук репчатый) 100г;

спагетти 150г;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

джем 30г;

печенье 2 шт.;

кисель 200мл.

Ужин:

котлета (фарш говяжий, хлеб, молоко, лук репчатый) 200г;

каша овсяная на молоке 150г;

чай с молоком 200мл.

Перед сном: яблоко печеное 1 шт.

Вторник

1-й завтрак:

омлет белковый паровой 150г;

сыр Голландский 30г;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

чай с молоком 200мл.

2-й завтрак:

пудинг творожный 150г;

кефир 100мл;

котлета (фарш куриный, хлеб, молоко, лук репчатый) 200г;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

Для приготовления отвара шиповника 1 чайную ложку плодов залить 1 стаканом кипятка, настаивать 30 минут, процедить. Принимать по 0,3 стакана 1 раз в день до еды. Отвар должен быть теплым, но не горячим.

чай 200мл.

Обед:

суп рисовый 250мл;

бефстроганов из телятины 100г;

каша гречневая 150г;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

печенье 1 шт.;

джем 30г;

компот 200мл.

Ужин:

рулет из телятины 150г;

рагу овощное (картофель, морковь, кабачки, горошек зеленый, масло растительное) 200г;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

чай 200мл.

Перед сном: слива 2 шт.

Среда

1-й завтрак:

пудинг творожный 150г;

кефир 100мл;

чай с молоком 200мл.

2-й завтрак:

каша манная 150г;

сосиски молочные 2 шт.;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

чай 200мл.

Обед:

суп свекольный 250мл;

мясо кролика отварное 200г;

каша рисовая 150г;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

сыр 30г;

отвар шиповника 200мл.

Ужин:

пюре из мяса курицы 100г;

кабачки, приготовленные на пару 200г;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

чай 200мл.

Перед сном:

сухарь 1 шт.;

кефир 100мл.

Четверг

1-й завтрак:

рыба, запеченная под соусом бешамель 100г;

каша рисовая 150г;

чай с молоком 200г.

2-й завтрак:

тыква, приготовленная на пару 200г;

чай 200мл.

Обед:

суп с лапшой 250мл;
телятина отварная 200г;
каша гречневая 150г;
хлеб пшеничный 1 ломтик;
печенье 1 шт.;
джем 30г;
отвар из отрубей 200мл.

Ужин:

суфле из индейки 150г;
пюре картофельное 200г;
хлеб пшеничный 1 ломтик;
чай 200мл.

Перед сном: персик 1 шт.

Пятница

1-й завтрак:

котлета (фарш рыбный, хлеб, молоко, лук репчатый) 100г;

каша овсяная 200г;

чай с молоком 200мл.

2-й завтрак:

пудинг творожный 150г;

каша манная 150г;

чай 200мл.

Обед:

суп овощной 250мл;

фрикадельки (фарш из индейки, хлеб, молоко, репчатый лук) 200г;

каша перловая 150г;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

сыр 30г;

кисель 200мл.

Ужин:

капуста цветная, запеченная с яичным белком 200г;

чай с лимоном 200мл.

Перед сном:

печенье 1 шт.;

кефир 100мл.

Суббота

1-й завтрак:

омлет белковый паровой 150г;

сыр Голландский 30г;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

чай с молоком 200мл.

2-й завтрак:

каша перловая 150г;

сосиски молочные 2 шт.;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

чай 200мл.

Обед:

суп фруктовый 250мл;

рулет куриный 200г;

пюре овощное 200г;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

печенье 1 шт.;

джем 30г;

компот 200мл.

Ужин:

мясо кролика отварное 200г;

свекла, запеченная в духовке 200г;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

чай 200мл.

Перед сном: яблоко печеное 1 шт.

Воскресенье

1-й завтрак:

каша овсяная 150г;

печенье 1 шт.;

джем 30г;

чай с молоком 200мл.

2-й завтрак:

творог 100г;

кефир 100мл;

чай 200мл.

Обед:

суп картофельный 250мл.

котлета (фарш говяжий, хлеб, молоко, репчатый лук) 100г;

рагу овощное (любые овощи) 200г;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

сыр 30г;

отвар шиповника 200мл.

Ужин:

рыба отварная 100г;

картофель отварной 150г;

чай 200мл.

Перед сном:

печенье 1 шт.;

кефир 100мл.

Диета 5

Она рекомендуется в том случае, если у больного наступила длительная ремиссия.

Как и в диете 5б, блюда следует готовить отварными или запеченными. Горячая и холодная пища запрещена. Есть следует не менее 4 раз в сутки, лучше 5 или 6 раз в день.

Хлеб, как и в предыдущей диете, также следует есть вчерашним или подсушенным. Но, кроме пшеничного хлеба, разрешается ржаной и другие сорта хлеба, а также печенье из несдобного теста. Любые свежие хлебобулочные изделия, а также изделия из сдобного или слоеного теста запрещены. Сладкие кондитерские изделия (торты, пирожные) следует полностью исключить.

Из супов разрешаются овощные и фруктовые, а также молочные с макаронными изделиями. Супы на мясном, рыбном или грибном бульоне противопоказаны.

Мясо можно есть на второе отварным или запеченным после отваривания, а также в виде котлет, фрикаделек и т.д. Разрешается нежирная говядина, телятина, мясо курицы, индейки. Из колбасных изделий можно есть молочные сосиски. Остальные колбасные изделия, особенно копчености, а также жирные сорта мяса (говядина, баранина, свинина, мясо гуся, утки) следует исключить.

Из рыбы следует отдавать предпочтение нежирным сортам в отварном или запеченном виде, а также заливным блюдам. Разрешается вымоченная сельдь, паюсная икра. Жирная рыба, копчености, консервы противопоказаны.

Из овощей, кроме тех, которые были указаны в диете 5б, разрешаются консервированный зеленый горошек, спелые томаты, некислая квашеная капуста, а также зелень. Допускаются салаты и винегреты. Грибы в любом виде, фасоль, сушеный горох, нут и другие бобовые, а также редис, редька, щавель, шпинат, зеленый лук запрещены. Консервированные овощи следует исключить.

Все острые пряности и приправы такие, как перец, хрен, горчица, больным панкреатитом не следует пытаться вводить в рацион даже в том

случае, если ремиссия наблюдается в течение длительного времени.

Разрешаются крупы в виде полувязких рассыпчатых каш, пудингов, запеканок. Особенно полезны овсяная, гречневая крупы и рис. Можно есть макаронные изделия отварными или в виде запеканок.

Яйца можно есть в виде белкового омлета или в составе других блюд (с желтком). В последнем случае разрешается включать в дневной рацион не более 1 яйца. Вареные яйца, яичница противопоказаны.

Из молочных продуктов, кроме молока, кефира, творога и сыра, указанных в диете 5б, разрешается также сгущенное молоко. Кроме голландского, можно есть любые твердые сыры нежирных сортов.

Разрешаются любые сладкие фрукты и ягоды. Их можно есть свежими или использовать для приготовления компотов, киселей, фруктовых консервов. Кислые ягоды и фрукты, особенно клюква и крыжовник, запрещены.

Из сладостей можно есть варенье и мед. Запрещается употреблять мороженое, шоколад.

Как и в диете 5 б, из жиров разрешается растительное и сливочное масло в составе блюд. Общее содержание жиров в суточном рационе не должно превышать 7080г. Свиное сало, говяжий и бараний жир, кулинарные жиры запрещены.

Из напитков разрешается чай с лимоном и сахаром, некрепкий кофе с молоком, некислые фруктово-ягодные соки, из овощных соков томатный. Очень полезен отвар шиповника, пшеничных отрубей. Следует исключить из рациона какао и газированные напитки. Алкоголь противопоказан.

Примерная диета (рассчитана на 7 дней)

Понедельник

1-й завтрак:

каша манная 200г;

бутерброд (сыр, хлеб пшеничный) 1 шт.;

кофе с молоком 200мл.

2-й завтрак:

винегрет 200г;

хлеб ржаной 1 ломтик;

печенье 1 шт.;

варенье 30г;

чай с молоком 200мл.

Обед:

суп молочный с лапшой 250мл;

говядина отварная 200г;

пюре картофельное 200г;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

печенье 1 шт.;

компот 200мл.

Полдник: персик 1 шт.

Ужин:

котлета (фарш рыбный, хлеб, молоко, репчатый лук) 100г;

рагу овощное (любые овощи) 200г;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

чай с лимоном 200мл.

Перед сном: кефир 100мл.

Вторник

1-й завтрак:

каша овсяная 200г;

творог 60г;

сметана 20г;

кофе с молоком 200мл.

2-й завтрак:

рыба заливная 150г;

хлеб ржаной 1 ломтик;

тост 1 шт.;

молоко сгущенное 30г;

чай 200мл.

Обед:

суп овощной 250мл;

курица отварная 200г;

лапша домашняя 200г;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

сухарь 1 шт.;

кисель 200мл.

Полдник: абрикос 2 шт.

Ужин:

кабачки, приготовленные на пару 200г;

печенье 1 шт.;

чай с лимоном 200мл.

Перед сном: кефир 100мл.

Среда

1-й завтрак:

каша рисовая 200г;

бутерброд (сыр, хлеб пшеничный) 1 шт.;

кофе с молоком 200мл.

2-й завтрак:

сосиски молочные 2 шт.;

хлеб ржаной 1 ломтик;

сухарь 1 шт.;

джем 30г;

чай с молоком 200мл.

Обед:

суп овощной 250мл;

мясо кролика отварное 200г;

каша гречневая 200г;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

печенье 1 шт.;

отвар шиповника 200мл.

Полдник: слива 2 шт.

Ужин:

сельдь вымоченная 100г;

картофель печеный 200г;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

чай 200мл.

Перед сном: кефир 100мл.

Четверг

1-й завтрак:

каша овсяная 200г;

творог 60г;

сметана 20г;

кофе с молоком 200мл.

2-й завтрак:

салат (отварные картофель, морковь, свекла, сметана) 200г;

хлеб ржаной 1 ломтик;

чай с молоком 200мл.

Обед:

суп молочный с лапшой 250мл;

рулет из индейки 200г;

рагу овощное 200г;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

печенье 1 шт.;

сок томатный 200мл.

Полдник: малина 100г.

Ужин:

котлета (фарш куриный, хлеб, молоко, лук репчатый) 100г;

рагу овощное 200г;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

чай 200мл.

Перед сном: кефир 100мл.

Пятница

1-й завтрак:

каша манная 200г;

бутерброд (икра паюсная, хлеб пшеничный) 1 шт.;

кофе с молоком 200мл.

2-й завтрак:

тыква, приготовленная на пару 200г;

печенье 1 шт.;

варенье 30г;

чай с молоком 200мл.

Обед:

суп фруктовый (любые сладкие фрукты) 250мл;

рагу (мясо индейки, картофель, морковь, горошек зеленый, зелень, масло растительное) 200г;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

печенье 1 шт.;

отвар пшеничных отрубей 200мл.

Полдник: черешня 100г.

Ужин:

запеканка овощная (любые овощи) 200г;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

чай 200мл.

Перед сном: кефир 100мл.

Суббота

1-й завтрак:

каша овсяная 200г;

бутерброд (сыр, хлеб пшеничный) 1 шт.;

кофе с молоком 200мл.

2-й завтрак:

салат (отварные картофель и морковь, сосиски молочные, горошек консервированный, сметана) 200г;

хлеб ржаной 1 ломтик;

тост 1 шт.;

мед 30г;

чай с молоком 200мл.

Обед:

суп овощной 250мл;

суфле куриное 200г;

каша рисовая 200г;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

печенье 1 шт.;

сок фруктовый 200мл.

Полдник: груша 1 шт.

Ужин:

цветная капуста, приготовленная с яйцом на пару
200г;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

чай 200мл.

Перед сном: кефир 100мл.

Воскресенье

1-й завтрак:

каша гречневая 200г;

бутерброд (сельдь вымоченная, хлеб пшеничный)
1 шт.;

кофе с молоком 200мл.

2-й завтрак:

капуста квашеная 200г;

котлета (фарш говяжий, хлеб, молоко, лук
репчатый) 100г;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

печенье 1 шт.;

варенье 30г;

чай с молоком 200мл.

Обед:

суп-пюре картофельный 250мл;

говядина отварная 200г;

запеканка крупяная 200г;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

печенье 1 шт.;

сок ягодный 200мл.

Полдник: клубника 1 шт.

Ужин:

филе судака с рисом и томатами, приготовленное на пару 200г;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

чай 200мл.

Перед сном: кефир 100мл.

Диета при сахарном диабете

Больным хроническим панкреатитом, который осложнен сахарным диабетом, необходимо соблюдать следующие правила:

принимать пищу регулярно, не менее 45 раз в сутки;

каждый прием пищи должен содержать примерно одинаковое количество углеводов и не сильно отличаться по калорийности;

питание должно быть разнообразным;

в рацион должно входить как можно меньше продуктов, содержащих сахар;

вместо сахара в чай и компот следует добавлять его заменители (ксилит или сорбит).

Дневной рацион должен содержать примерно 100г белков, 75г жиров и 300г углеводов. Его калорийность должна составлять 2300ккал. Ниже приводится примерный набор продуктов и их количество в граммах на сутки:

хлеб отрубный 240, пшеничный 130 и ржаной 240;
мясо 160;
рыба 100;
помидоры 20;
морковь 75;
картофель 200;
листовые овощи 25;

Больным панкреатитом, у которых имеется избыточный вес, для повышения чувства насыщения в период ремиссии рекомендуется включать в рацион зеленый горошек, помидоры, а также квашеную капусту. В период обострения эти продукты следует исключить.

крупа овсяная 50;
яйцо куриное 1 шт.;
яблоки 200;
молоко 200;
творог 50;
сметана 40;
простокваша 200;
масло сливочное 15;

масло растительное 10.

Продукты следует варить или запекать на пару. Тушеные и жареные блюда запрещены.

Разрешается есть вчерашний или подсушенный пшеничный, ржаной или отрубный хлеб (примерно 300350г). Разрешаются бездрожжевые и несладкие мучные изделия (печенье, крекеры).

Супы следует варить на овощном бульоне. Суп рекомендуется есть 12 раза в неделю. Несмотря на то что при диабете разрешены супы на слабом мясном, рыбном и грибном бульоне, при панкреатите они противопоказаны. Молочные супы с манной крупой, рисом, лапшой, а также фруктовые супы, разрешенные при панкреатите, напротив, запрещены при сахарном диабете.

Разрешается есть говядину, телятину, мясо кролика, птицы в отварном или заливном виде. Из колбасных изделий можно есть молочные сосиски, диетическую колбасу (в небольших количествах). Запрещены копчености, свинина, баранина (даже нежирные), субпродукты.

Гречневую кашу можно готовить следующим образом. Крупу промыть, обсушить и смолоть. Столовую ложку муки залить 1 стаканом кефира и настаивать в течение ночи. Утром съесть вместо каши на завтрак.

Блюда из рыбы также лучше есть отварными или заливными. Следует отдавать предпочтение рыбе

нежирных сортов: щуке, треске, сазану, наваге, судаку и др. В день можно съесть до 150г рыбы. Не следует есть соленую и копченую рыбу. Рыбу жирных сортов также нужно исключить. Рыбные консервы и икра (даже паюсная) противопоказаны.

Полезны блюда и гарниры из овощей в вареном и печеном виде. Не запрещены салаты из вареных овощей и винегреты (если нет обострения панкреатита). Из овощей можно употреблять цветную капусту, кабачки, тыкву и спелые томаты. Зеленый горошек, картофель, морковь, свеклу следует есть с осторожностью, в небольших количествах и нечасто. Запрещаются редис, брюква, огурцы, бобовые, соленые, маринованные овощи и консервы.

В небольшом количестве можно употреблять блюда из круп и макаронных изделий, при этом следует ограничивать дневную норму хлеба. Полезны каши из гречневой, овсяной, перловой, ячневой крупы. Перловая крупа разрешается в небольших количествах. Следует исключить рисовую и манную крупу. Макароны разрешается употреблять в небольшом количестве.

Разрешаются яйца в виде белковых омлетов (не более 2 штук в сутки) или в составе других блюд (не более 1 в сутки). Вареные или жареные яйца запрещены.

Для улучшения работы печени при сахарном диабете рекомендуется включать в рацион овсяную кашу, творог и сою.

Из молочных продуктов разрешаются кефир, простокваша (не более 400мл в сутки), нежирный творог (50-200г в сутки), сметана, несоленые и нежирные сыры твердых сортов. Сливки, особенно повышенной жирности, пить не рекомендуется. Также следует исключить соленые сыры. Молоко можно вводить в рацион только после консультации с врачом.

Из жиров разрешено растительное и сливочное масло. Всего в сутки для приготовления пищи, заправки салатов можно употреблять не более 40г жира. Ни в каком виде не следует употреблять бараний и свиной жир, сало, кондитерские жиры.

Сахар можно употреблять только по разрешению врача. Его количество зависит от дозы инсулина. Различные сладкие блюда, а также мед можно употреблять только после консультации с врачом. Категорически запрещаются конфеты, шоколад, различные сдобные и кондитерские изделия (особенно торты и пирожные), варенье, мороженое.

Больным панкреатитом часто приходится строго ограничивать свой рацион. Для того чтобы организм не страдал от недостатка витаминов и микроэлементов, рекомендуется употреблять пивные и пекарские дрожжи.

При хроническом панкреатите разрешены только сладкие фрукты и ягоды, которые больным диабетом вредны. Кислые сорта фруктов и ягод, разрешенные диабетикам, напротив, категорически

противопоказаны тем, кто страдает заболеваниями поджелудочной железы. В связи с этим свежие фрукты и ягоды лучше исключить. Из них можно готовить компоты, желе, муссы с добавлением сахарозаменителя. И все же, прежде чем вводить в рацион какие-либо блюда из фруктов и ягод, лучше посоветоваться со своим лечащим врачом. Следует исключить бананы, виноград, сухофрукты (даже в составе компотов и других блюд).

Соусы, пряности и приправы (горчица, хрен) следует исключить, т.к. они нарушают работу поджелудочной железы. Пряные травы укроп, петрушку можно добавлять в пищу в небольших количествах.

Из напитков разрешаются некрепкий кофе с молоком, чай (можно с молоком), отвар шиповника и томатный сок.

Фруктовые и ягодные соки, газированные напитки, алкоголь следует исключить. Необходимо ограничить употребление жидкости до 11,2 л в день.

Примерная диета (рассчитана на 7 дней)

Понедельник

1-й завтрак:

каша гречневая 100г;

сосиски молочные 2 шт.;

джем 20г;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

кофе с молоком и ксилитом 200мл.

2-й завтрак:

творог 100г;

сыр 30г;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

кефир 100мл;

чай 200мл.

Обед:

суп овощной (кабачок, морковь, томат, сметана)
200мл;

говядина отварная 100г;

картофель отварной 150г;

хлеб ржаной 1 ломтик;

отвар шиповника 100мл.

Полдник:

печенье 1 шт.;

кефир 100мл.

Ужин:

зразы (морковь, творог, яйцо, сметана, крупа овсяная, сухари) 100г;

рыба отварная 100г;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

чай 200мл.

Перед сном: молоко или кефир 200мл.

Вторник

1-й завтрак:

каша овсяная 100г;

омлет белковый 100г;

джем 10г;

тост 1 шт.;

кофе с молоком и ксилитом 200мл.

2-й завтрак:

сырники (творог, мука, яйцо куриное),
приготовленные на пару 100г;

сметана 30г;

кефир 100мл;

В рационе больного хроническим панкреатитом должна присутствовать морская капуста. Это очень полезный продукт, богатый различными

микроэлементами, в том числе кобальтом и никелем, которые необходимы для нормальной работы поджелудочной железы.

чай 200мл.

Обед:

винегрет 150г;

мясо кролика отварное 100г;

кабачок печеный 150г;

хлеб ржаной 1 ломтик;

печенье 1 шт.;

чай 100мл.

Полдник:

печенье 1 шт.

кефир 100мл.

Ужин:

цветная капуста, приготовленная на пару 100г;

рыба отварная 100г;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

чай 200мл.

Перед сном: молоко или кефир 200мл.

Среда

1-й завтрак:

каша ячневая 100г;

рыба отварная 60г;

джем 30г;

сухарь 1 шт.;

кофе с молоком и ксилитом 200мл.

2-й завтрак:

омлет белковый с томатом 100г;

сыр 30г;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

чай с молоком 150мл.

Обед:

суп-пюре картофельный 200мл;

мясо курицы отварное 100г;

кабачок, приготовленный на пару 150г;

хлеб ржаной 1 ломтик;

отвар шиповника 100мл.

Полдник:

крекеры 2 шт.;

сок томатный 100мл.

Ужин:

винегрет 100г;

рыба отварная 100г;

капуста цветная, запеченная с яйцом 150г;

хлеб ржаной 1 ломтик;

чай 200мл.

Перед сном: молоко или кефир 200мл.

Четверг

1-й завтрак:

каша перловая 100г;

рыба отварная 60г;

джем 30г;

тост 1 шт.;

кофе с молоком и ксилитом 200мл.

2-й завтрак:

салат (отварные картофель и морковь, горошек зеленый, сосиски молочные, сметана) 100г;

сыр 30г;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

чай 150мл.

Обед:

винегрет 200г;

мясо индейки отварное 100г;

лапша домашняя 150г;

хлеб ржаной 1 ломтик;

чай 100мл.

Полдник:

печенье 1 шт.;

кефир 100мл.

Ужин:

котлета (фарш говяжий, хлеб, молоко, лук репчатый) 100г;

рагу овощное (кабачок, морковь, зелень укропа, растительное масло) 200г;

томат 0,5 шт.;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

чай 200мл.

Перед сном: молоко или кефир 200мл.

Пятница

1-й завтрак:

каша гречневая 100г;

котлета (фарш рыбный, хлеб, молоко, репчатый лук) 100г;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

джем 30г;

тост 1 ломтик;

кофе с молоком и ксилитом 200мл.

2-й завтрак:

творог 100г;

сметана 30г;

сыр 30г;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

чай с молоком 150мл.

Обед:

рагу овощное (картофель, кабачок, зелень укропа, масло растительное) 200мл;

фрикадельки (фарш куриный, хлеб, молоко, репчатый лук) 100г;

тыква, приготовленная на пару 150г;

хлеб ржаной 1 ломтик;

отвар шиповника 100мл.

Полдник:

крекер 2 шт.;

сок томатный 100мл.

Ужин:

салат (картофель, морковь, яйцо, колбаса диетическая, сметана) 100г;

рыба, приготовленная на пару 100г;

пюре кабачковое 150г;

хлеб ржаной 1 ломтик;

чай 200мл.

Перед сном: молоко или кефир 200мл.

Суббота

1-й завтрак:

каша овсяная 100г;

сосиски молочные 2 шт.;

джем 30г;

тост 1 шт.;

кофе с молоком и ксилитом 200мл.

2-й завтрак:

творог 100г;

сметана -30мл;

сыр 30г;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

чай 150мл.

Обед:

рыба заливная 200мл;

рулет из говядины 100г;

пюре тыквенное 150г;

хлеб ржаной 1 ломтик;

чай 100мл.

Полдник:

печенье 1 шт.;

кефир 100мл.

Ужин:

винегрет 100г;

котлета (фарш из индейки, хлеб, молоко, лук репчатый) 100г;

кабачок, запеченный на пару 150г;

хлеб ржаной 1 ломтик;

чай 200мл.

Перед сном: молоко или кефир 200мл.

Воскресенье

1-й завтрак:

каша ячневая 100г;

бутерброд (хлеб ржаной, колбаса диетическая) 1 шт.;

джем 30г;

хлеб ржаной 1 ломтик;

кофе с молоком и ксилитом 200мл.

2-й завтрак:

винегрет 100г;

сыр 30г;

хлеб пшеничный 1 ломтик;

чай 150мл.

Обед:

капуста цветная, запеченная с яйцом 150г;

говядина отварная 100г;

рагу овощное (любые овощи) 150г;

хлеб ржаной 1 ломтик;

отвар шиповника 100мл.

Полдник:

крекер 2 шт.;

сок томатный 100мл.

Ужин:

салат (картофель, морковь, свекла, сметана) 100г;

рыба, запеченная на пару 100г;

запеканка овощная 150г;

хлеб ржаной 1 ломтик;

чай 200мл.

Перед сном: молоко или кефир 200мл.

Лечение минеральными водами

Его можно проводить только при хроническом панкреатите в стадии ремиссии при отсутствии болевого синдрома.

Минеральные воды очень полезны. Они не только улучшают состояние поджелудочной железы, но и нормализуют работу всех органов и систем организма, особенно желчевыводящей системы. Однако, для того чтобы лечебный эффект от минеральной воды был как можно более длительным, нужно соблюдать правила лечения минеральными водами:

Покровителем минеральных вод иногда называют Геракла. Согласно легенде, он приобрел свою богатырскую силу после того, как искупался в волшебном источнике Кавказа.

лечение минеральной водой нужно совмещать с диетотерапией;

воду следует пить теплой или подогретой до температуры 40-50С;

воду принимают по 11,5, 2 или 3 стакана в день (в зависимости от рекомендации врача) за 30-90 минут до еды;

перед употреблением воду следует дегазировать. Ни в коем случае не следует пить даже слабогазированную воду.

Курс лечения минеральной водой составляет 30 дней, после чего следует сделать перерыв на 23 месяца, после чего при отсутствии показаний лечение можно повторить.

Не стоит увлекаться минеральной водой и пить ее больше указанного количества.

При длительном применении минеральная вода может привести к вымыванию или, напротив, к отложению солей в почках и суставах, нарушению кислотно-щелочного баланса организма.

Как правило, 12 курсов лечения в сочетании с диетой, приемом препаратов, назначенных врачом, и

санаторно-курортным лечением достаточно для того, чтобы улучшенное состояние поджелудочной железы поддерживалось в течение года.

Лечение минеральными водами проводилось с незапамятных времен. Так, например, археологи обнаружили водолечебницу на территории Греции. Как полагают, она была построена в VI в. до н.э.

Перед тем как проводить лечение минеральной водой, необходимо проконсультироваться с лечащим врачом, который порекомендует наиболее подходящую по состоянию здоровья марку воды.

Как правило, при панкреатите назначают прием следующих минеральных вод.

Боржоми

Это углекислая гидрокарбонатная натриевая щелочная минеральная вода. Она добывается в Грузии на территории курорта с одноименным названием. Вода приятна на вкус и прекрасно утоляет жажду. Она полезна не только при панкреатите, но и при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки, сопровождающейся повышенной кислотностью, а также желчного пузыря и желчевыводящих путей.

Горячий Ключ

Это хлоридно-гидрокарбонатная натриевая минеральная вода средней минерализации. По своему составу она близка к воде эссендуки.

Она добывается из источника 58, расположенного на территории санатория Горячий Ключ неподалеку от Краснодара. Вода может использоваться для лечения не только панкреатита, но и других заболеваний желудочно-кишечного тракта, а также употребляться в качестве столовой.

Дороховская

Это сульфатная натриево-кальциево-магниевая минеральная вода. Источник располагается на территории санатория Дорохово в Московской области.

Вода показана при панкреатите и других заболеваниях желудочно-кишечного тракта. Способствует улучшению секреторно-моторной деятельности организма, в частности регулирует выделение панкреатического сока.

Ессентуки

Это название группы лечебных и столовых минеральных вод. В зависимости от источника, в котором они добываются, воде присваивается соответствующий номер. Все источники располагаются на курорте Ессентуки в Ставропольском крае.

Ессентуки 4 углекислая гидрокарбонатно-хлоридно-натриевая лечебная вода средней минерализации. Применяется для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта, в том

числе и панкреатита. Нормализует обменные процессы в организме, кислотно-щелочной баланс.

Ессентуки 17 углекислая гидрокарбонатная натриевая вода повышенной минерализации. Применяется по тем же показаниям, что и Ессентуки 4, иногда вместе с ней.

Ижевская

Греческий врач Архигенес (Iв. н.э.) первым высказал предположение, что лечебные свойства минеральных вод зависят от их состава. Он же предложил их классификацию, разделив все воды на щелочные, железистые, соленые и сернистые.

Это сульфатно-хлоридно-натриево-кальциево-магниевая минеральная вода. Она добывается из источника, который расположен неподалеку от курорта Ижевские минеральные воды на территории республики Татарстан.

Ее назначают при различных заболеваниях желудочно-кишечного тракта, в том числе и при панкреатите. Также она способствует нормализации обмена веществ. Вода может использоваться и в качестве столовой.

Санаторно-курортное лечение

При хроническом панкреатите в период выздоровления рекомендуется отдых на следующих курортах России и ближнего зарубежья.

Боржоми

Это бальнеологический и климатический курорт, расположенный в лесистом Боржомском ущелье на высоте до 810м над уровнем моря в долине реки Куры и ущельях двух ее притоков, в 135км от Тбилиси.

Главным лечебным средством являются минеральные источники, особенно полезные для тех, кто страдает заболеваниями желудочно-кишечного тракта, печени и желчных путей, а также нарушением обмена веществ. На курорте имеются санатории, бальнеолечебница, дома отдыха и др. Работает завод по розливу минеральных вод.

Лечение можно проводить в течение всего года.

Горячий Ключ

Строительство первого завода по разливу минеральных вод началось в Боржоми в 1854г.

Это бальнеологический курорт, расположенный на территории Краснодарского края в предгорьях Большого Кавказа, на правом берегу реки Псекупс при ее выходе из гор на равнину, в 65км к югу от Краснодара.

На курорте имеются следующие виды источников:

термальные сульфидные хлоридно-гидрокарбонатные натриевые с температурой воды 60С для ванн;

сульфидные гидрокарбонатные натриевые и хлоридные натриевые с меньшим содержанием сероводорода с температурой воды 37С для питья. Они наиболее полезны для тех, кто страдает какими-либо заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

На курорте имеются санатории, дома и базы отдыха, пансионаты, гостиницы. Также там расположен завод по розливу минеральных вод.

Лечение можно проводить в течение всего года.

Джава

Это бальнеологический и климатический курорт, расположенный в долине реки Большая Лиахви на высоте 1040м над уровнем моря в 22км от Цхинвали, в Южной Осетии.

На курорте имеются источники углекислых карбонатных хлоридно-натриевых минеральных вод. Вода используется не только для питья, но и для ванн, ингаляций, промываний. Минеральная вода этого курорта особенно полезна для тех, кто страдает заболеваниями желудочно-кишечного тракта, обмена веществ и мочевыводящих путей.

На курорте имеется санаторий, водогрязелечебница и т.д. Работает завод, на котором производится розлив минеральной воды Дзау-Суар.

В 1991г. в Южной Осетии произошло крупное землетрясение, из-за которого многие населенные пункты, в том числе и курорт Джава, были

разрушены. В настоящее время курорт находится в упадке, однако по-прежнему функционирует.

Друскининкай (Друскеники)

Это бальнеологический, грязевой и климатический курорт, расположенный на правом берегу Немана у впадения в него Ратнича, в 129км от Вильнюса.

Основными лечебными средствами на этом курорте являются:

хлоридная натриево-кальциевая минеральная вода, используемая для ванн и ингаляций;

вода скважины Бирутэ, которую используют для питья;

торф, применяемый для грязелечения.

На курорте имеются санатории, пансионаты, бальнеогрязелечебница. Работает завод по розливу воды Бирутэ.

Друскининкай получил статус курорта в 1793г. после того, как целебные свойства минеральных источников были доказаны экспериментально личным доктором польского короля Станислава Августа. Почти через полвека здесь была открыта первая водолечебница.

Лечение на этом курорте проводится в течение всего года.

Ессентуки

Это бальнеологический, преимущественно питьевой курорт, располагающийся в долине реки Подкумок на высоте 600-650 м над уровнем моря, в 43 км от Минеральных Вод и в 17 км от Пятигорска. Курорт Ессентуки входит в группу курортов Кавказских Минеральных Вод.

Основным лечебным средством являются:

гидрокарбонатные хлоридно-натриевые воды источников 4, 17 и 20, используемые для питья, ванн, ингаляций и орошений;

вода сульфатно-гидрокарбонатного натриево-кальциевого Гаазо-Пономаревского источника, а также углекислая вода скважин ессентукских нарзанов 1 и 2, которая используется для лечебных ванн;

сульфидная иловая грязь Тамбуканского озера, которая используется для грязелечения.

Всего на территории курорта имеется более 20 различных минеральных источников.

О возникновении названия курорта рассказывает одна из легенд: у одного горского князя родился больной младенец. Его повезли к целителю, а по дороге искупали в одном из источников, и на другой день у мальчика появились черные волосы. В память об этом событии место, где располагался источник,

назвали Эссентюк, что в переводе с карачаевского языка означает живой волос.

Воды курорта Эссентуки особенно полезны тем, кто страдает заболеваниями желудочно-кишечного тракта, печени, желчных путей, а также нарушениями обмена веществ, в том числе и сахарным диабетом.

На территории курорта имеются санатории как для взрослых, так и для детей, пансионаты, грязелечебница и т.д. Там расположен завод по розливу минеральных вод из скважин 4, 17 и 20. В городе разбиты два курортных парка: Лечебный парк и парк Победы. В парках не только есть источники минеральной воды, но и размечены маршруты терренкура, который также может быть полезен для страдающих хроническим панкреатитом, особенно если он протекает на фоне ожирения или других заболеваний, связанных с обменом веществ.

Железноводск

Это бальнеологический курорт, расположенный на юге Ставропольской возвышенности в предгорьях Большого Кавказа, на склонах горы Железной на высоте 550-630 м над уровнем моря. Он находится на территории Ставропольского края в 5 км от железнодорожной станции Бештау, в 19 км от Пятигорска и в 191 км от Ставрополя. Железноводск входит в группу Кавказских Минеральных Вод.

Первые лечебные источники на склоне горы Железная обнаружил русский врач Ф. П. Гааз в 1810г. С этого времени и началось развитие курорта.

Лечебными средствами являются сульфатные натриево-кальциевые источники различной температуры: от холодных с температурой 11,2С (Кегамовский) до гипертермальных с температурой до 55С (Славяновский). Уникальность этого курорта состоит в том, что гипотермальные воды такого состава не встречаются больше нигде в мире. На территории курорта располагается более 20 источников.

Воды источников Железноводска особенно полезны тем, кто страдает болезнями желудочно-кишечного тракта, обмена веществ, а также урологическими заболеваниями.

На территории курорта имеются санатории, завод по розливу минеральных вод из источников Славяновский и Славяновский 1.

Ижевские минеральные воды

Это бальнеологический, преимущественно питьевой курорт, расположенный на правом берегу реки Камы в 300км от Казани на территории республики Татарстан.

Лечебными средствами являются:

сульфатно-хлоридно-натриево-кальциево-магниевая минеральная вода, используемая для питья;

торфяная грязь курорта Варзи-Ятчи (на территории Удмуртии), используемая для грязелечения.

Вода особенно полезна тем, кто страдает заболеваниями желудочно-кишечного тракта и обмена веществ.

На территории курорта имеются санаторий, водогрязелечебница. налажен розлив минеральной воды из скважины 12 по бутылкам.

Пятигорск

Это бальнеологический и грязевой курорт, расположенный на реке Подкумок и склонах горы Машук на высоте около 600м над уровнем моря, в 25км от Минеральных Вод. Курорт входит в группу Кавказских Минеральных Вод.

Первые упоминания о местности Бишдаг (что означает Пять гор) с горячим источником относится к 1334г. В 1773г. русский ученый И. А. Гюльденштедт, посещая местность, упомянул о существовании Горячей горы и имеющейся в ней трещины, через которую вытекал горячий серный источник. Курорт в этой местности стал развиваться с 1803г., а в 1830г. в Пятигорске, который к тому времени уже получил статус города, по инициативе врача С. А. Смирнова было основано первое бальнеологическое общество.

Основными лечебными средствами на пятигорских курортах являются:

минеральные воды источника 1 Лермонтовский, используемые для ванн;

минеральные воды источника 14, применяемые для питья;

минеральные воды источника Теплый нарзан, применяемые для питья;

сульфидная иловая лечебная грязь озера Тамбукан.

Всего на территории курорта имеется более 40 источников, которые различаются между собой как по химическому составу, так и по температуре.

По химическому составу минеральные воды разделяются на:

углекисло-сероводородные сложного ионно-солевого состава;

углекислые воды (именно они и являются термальными. Также встречаются источники с холодными углекислыми водами);

эссентукского типа (углекислые и углекисло-сероводородные);

радоновые;

другие воды, не имеющие специфических свойств. К ним относят метановые воды с повышенным содержанием йода и брома, азотные термы, слабоуглекислые хлоридные натриевые воды.

Вода полезна не только больным с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, но и с болезнями нервной и сердечно-сосудистой системы, кожи и др.

На территории курорта имеются санатории, пансионаты, питьевые бюветы, бальнеогрязелечебницы, профилакторий, пансионат и радонолечебница.

Лечение можно проводить в течение всего года.

Моршин

Это бальнеологический, преимущественно питьевой курорт, расположенный в предгорьях Карпат на высоте 340м над уровнем моря, на территории Львовской области на расстоянии 82км от Львова и 100км от Ивано-Франковска.

Основными лечебными средствами являются:

хлоридные сульфатно-натриево-магниевые источники;

хлоридно-натриевые и сульфатно-хлоридные источники;

кальциево-натриевые минеральные источники;

торфяная грязь;

озокерит.

Минеральные воды курорта Моршин признаны уникальными по своему составу не только на территории Украины, но и Европы.

Воды могут использоваться как для питья, так и для ванн. Они наиболее полезны для тех, кто страдает заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Им рекомендуется пить воду из источника 1 и скважины 6. Если хронический панкреатит осложнен заболеваниями, связанными с обменом веществ, назначается вода источника 4, имеющая слабую минерализацию.

Среди прочих лечебных мероприятий возможно применение минеральных, хвойных, жемчужных и других микроклизм, лечебная физкультура, легкий массаж живота, который также показан при хроническом панкреатите, и другие процедуры.

На территории курорта имеется санаторий, питьевые бюветы, торфоозокеритолечебница, ванное здание.

Трускавец

Это бальнеологический, преимущественно питьевой курорт, располагающийся в предгорьях Карпат к югу от Львова, неподалеку от Дрогобыча на территории Львовской области.

Лечебными средствами являются 26 минеральных источников. Минеральные воды 14 из них используются для питья, а воды остальных источников для ванн.

Лечебные источники Трускавца были популярны уже в XIXв. Интерес к ним не пропал и в наши дни.

Курорт Трускавец замечателен тем, что неподалеку от него располагается Бориславское месторождение озокерита, являющееся крупнейшим в мире. Кроме того, в Трускавце налажена добыча соли Барбара из высокоминерализованной рапы. По составу эта соль не уступает знаменитой карловарской.

Минеральные воды этого курорта наиболее полезны тем, кто страдает заболеваниями желудочно-кишечного тракта, особенно поджелудочной железы, печени и желчных путей.

На территории курорта имеются санатории для взрослых и детей, питьевые бюветы, бальнеолечебницы, озокеритолечебницы. Функционирует завод по розливу минеральной воды.

Учум

Это бальнеологический курорт, располагающийся на берегу озера Учум, на расстоянии 10км от разъезда Учум-Ачинск и 380км от Красноярска. Курорт находится на территории Красноярского края.

Основными лечебными средствами являются:

иловая грязь и рапа озера Учум;

сульфатно-гидрокарбонатно-натриевые магниевые-кальциевые источники.

Воды полезны для тех, кто страдает заболеваниями желудочно-кишечного тракта, периферической нервной системы и др.

На территории курорта имеется санаторий и грязелечебница.

Шира

Бессточное горько-соленое озеро Шира расположено в Минусинской котловине на высоте 352м над уровнем моря. Дно озера выложено сероводородным лечебным илом.

Это бальнеологический курорт, расположенный в 11 км от озера Шира на расстоянии 160 км от Абакана, в Хакасской автономной области на территории Красноярского края. Известен также под названием озеро Шира.

Лечебным средством является сульфатно-хлоридная натриево-магниевая вода озера, которую в разведенном виде принимают для лечения болезней желудочно-кишечного тракта, нервной системы и т.д. В чистом виде воду используют для ванн.

На территории курорта имеется санаторий и водогрязелечебница.

Пярну

Это приморский климатический и грязевой курорт, расположенный на реке Пярну при ее впадении в Рижский залив.

Основными лечебными средствами на курорте являются:

климатотерапия;

морская иловая грязь. Посещение курорта полезно для больных, страдающих хроническим панкреатитом и другими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, а также нервной системы, нарушением кровообращения и т.д.

Первые пансионаты в Пярну стали строить в начале XIX в. Уже тогда было хорошо известно о целительных свойствах местного климата.

На территории курорта расположен санаторий, дома отдыха и водогрязелечебница. Также имеется мелкопесочный пляж, возможны морские купания (в теплое время года).

Физиопроцедуры

Его проводят после того, как удалось купировать приступ хронического панкреатита. Показаны индуктометрия и магнитотерапия. Эти процедуры оказывают противовоспалительное, антисептическое и обезболивающее действие.

Индуктометрия

Это физиотерапевтический метод, при котором на организм человека осуществляется воздействие высокочастотным переменным магнитным полем.

Процедура оказывает следующее действие:

сосудорасширяющее, что приводит к ускорению кровотока и снижению артериального давления;

противовоспалительное;

снижающее мышечный тонус;

обезболивающее;

успокоительное и т.д.

К противопоказаниям относят развитие гнойных процессов, нарушение болевой и температурной чувствительности кожи. Также процедуру не следует проводить при наличии металлических предметов в тканях.

Магнитотерапия

Под действием магнитного поля на ткани образуются вихревые токи, которые способствуют переходу механической энергии в тепловую. На этом основан лечебный эффект процедуры.

Это физиотерапевтический метод, при котором на организм человека воздействуют постоянным или переменным низкочастотным магнитным полем.

Магнитное поле оказывает воздействие на движущиеся в организме электрически заряженные частицы, благодаря этому влияя на физико-химические и биохимические процессы.

Процедура оказывает следующее действие:

сосудорасширяющее, что приводит к снижению артериального давления;

улучшающее показатели крови, в том числе уровень сахара;

противовоспалительное, приводящее к нормализации температуры тела;

лимфодренирующее;

обезболивающее;

активизирующее регенеративные и репаративные процессы в тканях;

успокоительное, что способствует и нормализации сна;

восстановление функции периферических нервов;

противоотечное и др.

У процедуры имеются противопоказания:

тяжелое состояние больного, сопровождающееся повышением температуры тела до 38С и выше, лихорадкой;

имеющиеся кровотечения или предрасположенность к ним;

заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации;

Ткани организма под действием магнитного поля не намагничиваются, однако вода и составляющие крови в результате процедуры приобретают магнитные свойства.

гипертоническая болезнь III степени;

резко выраженный атеросклероз сосудов
головного мозга;

системные заболевания крови;

эпилепсия;

кахексия.

Поддерживающая терапия

Нередко врачи рекомендуют прием препаратов, стимулирующих метаболические процессы, это пентоксил или метилурацил.

Даже после успешного стационарного лечения больной должен длительное время находиться на диспансерном наблюдении.

Курс лечения составляет 34 недели. Его следует повторять 34 раза в год.

Лечение панкреатита нетрадиционными методами

Панкреатит тяжелое заболевание, требующее лечения методами традиционной медицины.

Народные средства можно использовать лишь в

качестве вспомогательного средства лечения или поддерживающей терапии.

Лечение острого панкреатита

В период обострения единственным верным решением будет обращение к традиционной медицине. Никакие народные средства не помогут справиться с болезнью. Правда, нетрадиционная медицина предлагает различные способы лечения острого панкреатита, но их можно использовать лишь в качестве дополнительного метода и не в период обострения, а после того, как состояние больного будет стабилизировано в медицинском учреждении.

Лечение хронического панкреатита

Основным методом лечения хронического панкреатита является фитотерапия, которая в большинстве случаев помогает значительно улучшить состояние больного.

Овсяной кисель

Овес перебрать, промыть, залить водой так, чтобы она полностью покрывала семена, и поставить в теплое место. Проросшие зерна еще раз промыть, обсушить и смолоть. Из полученной муки приготовить кисель, настаивать его 20 минут. Пить кисель следует свежим.

Настой полыни с ирисом

Смешать в равных частях траву полыни и надземную часть ириса. 1 столовую ложку смеси залить 1 стаканом кипятка, настаивать 1 час, процедить. Принимать по 0,3 стакана 3 раза в день за 20 минут до еды.

Сбор 1

Смешать в равных частях корни барбариса, девясила и лопуха, траву спорыша, душицы, зверобоя, золототысячника, листья крапивы, почки березы, цветки бессмертника и календулы, плоды кориандра. 1 столовую ложку смеси залить 1 стаканом кипятка, настаивать в термосе 8-10 часов.

Принимать в период обострения по 56 столовых ложек, разведенных в 1 л кипяченой воды. Настой пить горячим в течение дня по 0,3 стакана за 30 минут до еды. Курс лечения 23 недели.

После того как рецидив пройдет, принимать по 2 столовые ложки, разведенные в 0,5 л воды. Курс лечения 1,52 месяца. Затем следует сделать перерыв на 2 недели, после чего курс лечения можно повторить.

Сбор 2

Для приготовления киселя 1 л воды довести до кипения. 2 столовые ложки овсяной муки развести небольшим количеством холодной воды и влить в кипящую воду, постоянно помешивая, довести до кипения. Перед употреблением кисель следует хорошо охладить.

Смешать в равных частях корень одуванчика, траву мяты, зопника, крапивы, полыни, пустырника, репешка, сушеницы и тысячелистника, лист подорожника, цветки ромашки. 1 столовую ложку смеси залить 1 стаканом кипятка, настаивать в термосе 8-10 часов.

Принимать так же, как сбор 1.

Сбор 3

Смешать в равных частях корень калгана, побеги хвоща, траву чистотела, зверобоя, тысячелистника, укропа, плоды шиповника, створки фасоли стручковой. 1 столовую ложку смеси залить 1 стаканом кипятка, настаивать в термосе 8-10 часов.

Принимать так же, как сбор 1.

Сбор 4

Смешать 7 частей цветков бессмертника, 5 частей листьев крапивы, по 4 части травы цикория и листьев черники, по 3 части травы зверобоя и цветков пижмы, по 2 части травы пастушьей сумки, коры крушины, семян льна, 1 часть листьев мяты. 1 столовую ложку смеси залить 1 стаканом кипятка, настаивать в термосе 8-10 часов.

Принимать так же, как сбор 1.

Сбор 5

При похудении и сильной слабости больным хроническим панкреатитом рекомендуется пить

настойку родиолы розовой по 2030 капель 3 раза в день за 30 минут перед едой. Предварительно необходимо посоветоваться со своим лечащим врачом.

Смешать по 5 частей травы спорыша и цветков бессмертника, по 4 части корня одуванчика, травы зверобоя, семени льна, кукурузных рылец, 3 части травы чистотела, по 2 части листьев мяты, плодов укропа и шишек хмеля, 1 часть корня горца змеиного. 1 столовую ложку смеси залить 1 стаканом кипятка, настаивать в термосе 8-10 часов.

Принимать так же, как сбор 1.

Сбор 6

Смешать 5 частей травы репешка, по 4 части листьев мяты и плодов шиповника, по 3 части травы чабреца, цветков бессмертника и календулы, семян льна, коры крушины, по 2 части цветков ромашки и плодов укропа. 1 столовую ложку смеси залить 1 стаканом кипятка, настаивать в термосе 810 часов.

Принимать так же, как сбор 1.

Сбор 7

Смешать в равных частях корни лопуха, девясила, побеги хвоща, траву полыни, зверобоя, сушеницы, череды и шалфея, цветков ромашки и календулы. 1 столовую ложку смеси залить 1 стаканом кипятка, нагревать на водяной бане 30 минут, настаивать 2

часа, процедить. Принимать по 0,3 стакана 3 раза в день за 30 минут до еды.

Курс лечения 20 дней. Затем следует сделать перерыв на 10 дней, после чего можно повторить курс.

Сбор 8

Смешать по 4 части травы сушеницы и семян льна, 2 части корня аира, 1 часть травы чистотела. 1 столовую ложку залить 1 стаканом кипятка, настаивать 2 часа, процедить. Принимать по 0,3 стакана 3 раза в день.

Курс лечения 20 дней. Затем следует сделать перерыв на 10 дней, после чего можно повторить курс.

Сбор 9

Смешать 5 частей корня аира, по 4 части корня лапчатки и цветков календулы, 1 часть травы чистотела. 1 столовую ложку смеси залить 1 стаканом кипятка, настаивать 2 часа, процедить. Принимать по 0,4 стакана 3 раза в день.

Курс лечения 20 дней. Затем следует сделать перерыв на 10 дней, после чего можно повторить курс.

Сбор 10

Смешать по 2 части травы череды и листьев подорожника, по 1 части листьев брусники и грецкого

ореха. 1 столовую ложку залить 1 стаканом кипятка, настаивать 2 часа, процедить. Принимать по 0,3 стакана 3 раза в день.

Курс лечения составляет 25 дней. Затем следует сделать перерыв на 10 дней, после чего курс можно повторить.

Сбор 11

Смешать в равных частях корень лопуха, цветки ромашки, бессмертника и стручки фасоли. 1 столовую ложку залить 1 стаканом кипятка, нагревать на водяной бане 30 минут, настаивать 20 минут, процедить и развести кипяченой водой до первоначального объема. Пить по 0,5 стакана 3 раза в день.

Курс лечения составляет 1520 дней. Затем следует сделать перерыв на 10 дней, после чего курс можно повторить.

Сбор 12

Смешать 5 частей корня алтея, по 4 части травы лапчатки и цветков календулы, 1 часть травы чистотела. 1 столовую ложку смеси залить 1 стаканом кипятка, настаивать 2 часа, процедить. Принимать по 0,3 стакана 3 раза в день.

Курс лечения 20 дней. Затем следует сделать перерыв на 10 дней, после чего можно повторить курс.

Сбор 13

Смешать по 2 части листьев брусники и черники, стручки фасоли, по 1 части корня девясила и травы тысячелистника. 1 столовую ложку смеси залить 1 стаканом кипятка, кипятить 23 минуты, настаивать 15 минут, процедить. Пить по 0,4 стакана 3 раза в день перед едой.

Курс лечения составляет 20 дней. Затем следует сделать перерыв на 15 дней, после чего курс можно повторить.

Сбор 14

Смешать в равных частях корни лопуха, девясила, побеги хвоща, траву зверобоя, полыни, сушеницы, шалфея и череды, цветки календулы и ромашки. 1 столовую ложку смеси залить 1 стаканом кипятка, нагревать на водяной бане 15 минут, настаивать 45 минут, процедить и развести кипяченой водой до первоначального объема. Принимать по 0,30,5 стакана (в зависимости от веса больного) 3 раза в день.

Курс лечения составляет 21 день. Затем следует сделать перерыв на 10 дней, после чего можно повторить лечение.

Сбор 15

Смешать в равных частях траву мяты, листья подорожника, цветки календулы и ромашки, кукурузные рыльца. 1 чайную ложку сбора залить 2

стаканами кипятка, нагревать на водяной бане 15 минут, настаивать в течение 45 минут, процедить. Принимать по 0,4 стакана настоя, разведенного теплой кипяченой водой до объема стакана, 3 раза в день за 15 минут до еды.

Готовое средство можно хранить в холодильнике в течение 5 дней. Его можно применять и при лечении острого панкреатита.

Сбор 16

Смешать по 5 частей травы горца, цветков бессмертника, по 4 части корней одуванчика, травы зверобоя, семян льна, кукурузных рылец, по 3 части травы земляники и чистотела, по 2 части корня горца, травы почечного чая, шишек хмеля, плодов жостера и фенхеля, по 1 части листьев мяты. 1 столовую ложку сбора залить 1 стаканом кипятка, настаивать в термосе 8 часов, процедить. Принимать по 0,5 стакана 4 раза в день.

Сбор 17

Смешать в равных частях траву козлятника, манжетки, донника и череды, листья черники, тутовника, грецкого ореха, березы, земляники, лопуха, мяты и черной смородины, побеги хвоща и брусники, соцветия гречихи, стручки фасоли, семена овса, шишки хмеля, цветки календулы. 1 столовую ложку смеси залить 1 стаканом кипятка, настаивать 1,5 часа, процедить. Принимать по 0,5 стакана 3 раза в день за 30 минут до еды.

При хроническом панкреатите рекомендуется пить цикорий. Его следует заварить, как кофе, и развести молоком в соотношении 1: 1.

Средство рекомендуется при хроническом панкреатите, осложненном сахарным диабетом.

Сбор 18

Смешать в равных частях корни, траву и цветки лабазника, траву череды, спорыша, водяного перца, володушка и репешка, листья мяты, подорожника и сены, цветки акации, календулы, ромашки, одуванчика, коровяка и пижмы, семена овса, шишки хмеля, плоды фенхеля. 1 столовую ложку смеси залить 1 стаканом кипятка, настаивать 1,5 часа, процедить. Принимать по 0,5 стакана 3 раза в день за 30 минут до еды.

Средство рекомендуется при хроническом панкреатите, обладает желчегонным действием. Противопоказано при приступах острого панкреатита.

Общеукрепляющие и профилактические сборы

Сбор 1

1 столовую ложку листьев черной смородины, 1 чайную ложку цветков календулы, 1 чайную ложку листьев мяты, 2 чайные ложки липового цвета залить 250мл кипятка, настаивать в течение 30 минут, процедить. Принимать по 2 столовые ложки 3 раза в день.

Сбор 2

1 столовую ложку листьев черной смородины, 1 чайную ложку цветков ромашки, 2 чайные ложки плодов черноплодной рябины, 1 чайную ложку травы душицы залить 0,5 л кипятка, настаивать в течение 56 часов, процедить. Принимать по 0,25 стакана 2 раза в день за 30 минут до еды.

Сбор 3

1 столовую ложку корней кизила, 1 чайную ложку листьев Melissa лекарственной, 1 чайную ложку листьев мяты, 1 чайную ложку корней валерианы залить 300мл воды, кипятить на слабом огне в течение 15 минут, настаивать 20 минут, процедить. Принимать по 3 столовые ложки 2 раза в день за 20 минут до еды.

Сбор 4

1 столовую ложку листьев черной смородины, 1 чайную ложку цветков календулы, 1 чайную ложку цветков ромашки аптечной, 1 чайную ложку лимонной цедры, 2 чайные ложки цветков жасмина, 2 чайные ложки травы первоцвета весеннего залить 0,5 л кипятка, настаивать в течение 20 минут. Принимать по 2 столовые ложки 2 раза в день за 2 часа до еды.

Сбор 5

2 столовые ложки цветков липы сердцевидной, 1 столовую ложку листьев черной смородины, 1 чайную ложку цветков бузины черной, 1 чайную

ложку коры дуба, 1 чайную ложку цветков терна, 1 столовую ложку плодов каштана конского залить 2 л воды, кипятить на слабом огне в течение 15 минут, процедить. Принимать по 0,25 стакана 1 раз в день за 1 час до еды.

Сбор 6

1 чайную ложку цветков календулы, 1 чайную ложку плодов можжевельника обыкновенного, 1 чайную ложку коры крушины ломкой, 2 чайные ложки цветков бузины черной, 2 чайные ложки травы крапивы двудомной, 1 столовую ложку травы хвоща полевого залить 2 л кипятка, настаивать в течение 20 минут, кипятить на слабом огне 5 минут, процедить. Принимать по 0,25 стакана 1 раз в день.

Рецепты здорового питания

Салаты

Салат из помидоров и зелени

Ингредиенты

Помидоры 4 шт., зелень укропа и петрушки 2 пучка, масло растительное 60мл, соль по вкусу.

Способ приготовления

Зелень укропа и петрушки вымыть и мелко нарезать. Помидоры вымыть и нарезать тонкими дольками.

Зелень смешать с помидорами, добавить соль, выложить в салатницу, заправить растительным маслом.

Салат из помидоров и картофеля

Ингредиенты

Помидоры 2 шт., сваренные в мундире клубни картофеля 2 шт., масло растительное 60мл, соль по вкусу.

Способ приготовления

Помидоры вымыть и нарезать кружочками. Картофель очистить и нарезать небольшими кусочками. Помидоры и картофель смешать, добавить соль, заправить растительным маслом и выложить в салатницу.

Салат из моркови и сыра

Ингредиенты

Морковь 3 шт., сыр 50г, майонез обезжиренный 50г, зелень укропа 1 пучок, соль по вкусу.

Способ приготовления

Морковь вымыть, отварить, остудить, очистить и нарезать соломкой. Зелень укропа вымыть и измельчить. Сыр натереть на крупной терке и смешать с 3 столовыми ложками майонеза.

Морковь смешать с зеленью укропа, добавить соль, оставшийся майонез, выложить в салатницу и полить смесью майонеза и сыра.

Салат из говяжьей печени и помидоров

Ингредиенты

Печень говяжья 200г, помидоры 2 шт., зелень петрушки 1 пучок, майонез обезжиренный 60г, масло растительное 20мл, соль по вкусу.

Способ приготовления

Печень промыть, нарезать крупными кусками, выложить в сковороду, добавить растительное масло, обжаривать в течение 3 минут, затем добавить немного воды, тушить до готовности, нарезать кубиками.

Помидоры вымыть и нарезать кубиками. Зелень петрушки вымыть и измельчить.

Печень смешать с помидорами, добавить соль, майонез, выложить в салатницу и посыпать зеленью укропа.

Салат из вареной говядины и картофеля

Ингредиенты

Филе говядины 200г, картофель 2 шт., майонез обезжиренный 60г, зелень петрушки 1 пучок, соль по вкусу.

Способ приготовления

Мясо промыть, варить в подсоленной воде до готовности, нарезать небольшими кусочками. Картофель вымыть, варить до готовности, очистить и нарезать кубиками. Зелень петрушки вымыть и измельчить. Мясо смешать с картофелем и зеленью петрушки, добавить соль, заправить майонезом и выложить в салатницу.

Салат из топинамбура и зелени

Ингредиенты

Топинамбур 2 шт., зелень укропа 1 пучок, зелень петрушки 1 пучок, масло растительное 60мл, соль по вкусу.

Способ приготовления

Топинамбур вымыть, очистить и натереть на крупной терке. Зелень укропа и петрушки вымыть и измельчить. Топинамбур смешать с зеленью, добавить соль и растительное масло.

Салат из топинамбура и моркови

Ингредиенты

Топинамбур 2 шт., морковь 1 шт., зелень петрушки 1 пучок, лук репчатый 1 шт., масло растительное 40мл, соль по вкусу.

Способ приготовления

Топинамбур вымыть, очистить и натереть на мелкой терке. Морковь вымыть, очистить и натереть на крупной терке. Лук очистить, вымыть и нарезать кольцами. Зелень петрушки вымыть и измельчить.

Морковь и лук обжарить в 10мл растительного масла, смешать с топинамбуром и зеленью, добавить соль, заправить оставшимся растительным маслом.

Салат из топинамбура, яблок и моркови

Ингредиенты:

Топинамбур 1 шт., яблоки 2 шт., морковь 1 шт., масло растительное 40мл, соль по вкусу.

Способ приготовления

Топинамбур и морковь вымыть, очистить и натереть на крупной терке. Яблоки вымыть, очистить, удалить сердцевину, нарезать соломкой.

Топинамбур и морковь смешать с яблоками, добавить соль, заправить растительным маслом.

Салат из говяжьей печени, цветной капусты и моркови

Ингредиенты

Печень говяжья 200г, капуста цветная 1 шт., морковь 1 шт., зелень укропа 1 пучок, сметана 50г, соль по вкусу.

Способ приготовления

Печень промыть, варить в подсоленной воде до готовности, остудить и нарезать соломкой. Морковь вымыть, варить до готовности, очистить и нарезать соломкой. Цветную капусту вымыть, варить до готовности в подсоленной воде, разобрать на соцветия и мелко нарезать. Зелень укропа вымыть и измельчить.

Печень смешать с морковью, цветной капустой и зеленью укропа, добавить соль, выложить в салатницу и заправить сметаной.

Салат из рыбы, моркови и зелени

Ингредиенты

Филе судака 300г, морковь 2 шт., зелень укропа 1 пучок, масло растительное 50мл, соль по вкусу.

Способ приготовления

Филе судака промыть, варить до готовности в подсоленной воде, нарезать небольшими кусочками. Морковь вымыть, варить до готовности, очистить и натереть на крупной терке. Зелень укропа вымыть и измельчить.

Рыбу смешать с морковью и зеленью укропа, добавить соль и заправить растительным маслом.

Салат из свеклы, моркови и мяса курицы

Ингредиенты

Свекла 1 шт., морковь 1 шт., филе курицы 200г, зелень укропа 1 пучок, зелень петрушки 1 пучок, сметана 50г, соль по вкусу.

Способ приготовления

Свеклу и морковь вымыть, варить до готовности, очистить и натереть на крупной терке. Филе курицы промыть, варить в подсоленной воде до готовности, нарезать небольшими кусочками. Зелень укропа вымыть и измельчить. Зелень петрушки вымыть.

Свеклу, морковь и мясо смешать, добавить зелень укропа, соль, выложить в салатницу, заправить сметаной, украсить веточками петрушки.

Салат из свеклы и зелени петрушки

Ингредиенты

Свекла 1 шт., зелень петрушки 1 пучок, масло оливковое 10мл, соль по вкусу.

Способ приготовления

Свеклу вымыть, варить до готовности, очистить, натереть на мелкой терке. Зелень петрушки вымыть и измельчить. Свеклу смешать с зеленью петрушки, добавить соль и оливковое масло.

Салат из помидоров с кефиром

Ингредиенты

Помидоры 3 шт., зелень укропа 0,5 пучка, кефир 20мл, соль по вкусу.

Способ приготовления

Помидоры вымыть и нарезать мелкими кубиками. Зелень укропа вымыть, измельчить, смешать с помидорами, добавить соль. Салат заправить кефиром.

Салат из творога и зелени с кефиром

Ингредиенты

Творог 100г, зелень укропа 1 пучок, кефир 50мл, соль по вкусу.

Способ приготовления

Зелень укропа вымыть и измельчить. Творог смешать с зеленью, добавить соль и кефир.

Салат из моркови и риса

Ингредиенты

Морковь 2 шт., рис 50г, масло оливковое 20мл, зелень петрушки 0,5 пучка, соль по вкусу.

Способ приготовления

Рис варить в подсоленной воде до готовности. Морковь вымыть, очистить и натереть на мелкой терке. Зелень петрушки вымыть и измельчить. Рис смешать с морковью и зеленью петрушки. Салат заправить оливковым маслом.

Салат из картофеля, укропа и яйца

Ингредиенты

Картофель 2 шт., зелень укропа 1 пучок, яйцо 1 шт., масло оливковое 20мл, соль по вкусу.

Способ приготовления

Яйцо сварить вкрутую, остудить, очистить и натереть на крупной терке. Картофель вымыть, варить до готовности, очистить и натереть на крупной терке. Зелень укропа вымыть и измельчить.

Картофель смешать с яйцом и зеленью укропа, добавить соль. Салат заправить оливковым маслом.

Салат из минтая и зелени

Ингредиенты

Филе минтая 100г, зеленый салат 1 пучок, масло оливковое 20мл, соль по вкусу.

Способ приготовления

Филе минтая промыть, варить в подсоленной воде до готовности и мелко нарезать. Зеленый салат вымыть, измельчить, смешать с рыбой, добавить оливковое масло.

Салат из протертой печени и моркови

Ингредиенты

Печень говяжья 100г, морковь 1 шт., бульон говяжий 20мл, зелень петрушки 0,5 пучка, майонез обезжиренный 20г, соль по вкусу.

Способ приготовления

Говяжью печень промыть, варить в подсоленной воде до готовности, протереть через сито, смешать с бульоном. Морковь вымыть, варить до готовности, очистить и натереть на мелкой терке. Зелень петрушки вымыть и измельчить. Печень смешать с морковью и зеленью петрушки, заправить майонезом.

Салат из филе цыпленка и моркови

Ингредиенты

Филе цыпленка 150г, морковь 1 шт., майонез обезжиренный 20г, соль по вкусу.

Способ приготовления

Морковь вымыть, варить до готовности, очистить и натереть на крупной терке. Филе цыпленка промыть, варить в подсоленной воде до готовности, мелко нарезать и смешать с морковью. Салат заправить майонезом.

Салат из печени, риса и моркови

Ингредиенты

Печень говяжья 200г, рис 50г, морковь 1 шт., зелень укропа 1 пучок, майонез обезжиренный 50г, соль по вкусу.

Способ приготовления

Печень промыть, варить в подсоленной воде до готовности, остудить и нарезать соломкой. Морковь вымыть, варить до готовности, очистить и нарезать соломкой. Рис варить до готовности в подсоленной воде, остудить. Зелень укропа вымыть и измельчить.

Печень смешать с морковью, рисом и зеленью укропа, добавить соль, выложить в салатницу и заправить майонезом.

Салат из морской капусты и яиц

Ингредиенты

Морская капуста консервированная 200г, яйца 6 шт., зелень укропа 1 пучок, майонез обезжиренный 50г.

Способ приготовления

Яйца сварить вкрутую, остудить, очистить и мелко нарезать. Зелень укропа вымыть и измельчить. Морскую капусту смешать с яйцами и зеленью укропа, заправить майонезом и выложить в салатницу.

Салат из фасоли, мяса и огурцов

Ингредиенты

Фасоль вареная 200г, филе говядины 150г, огурцы 2 шт., лук репчатый 1 шт., масло растительное 10мл,

майонез обезжиренный 50г, лук зеленый 1 пучок, соль по вкусу.

Способ приготовления

Филе говядины варить в подсоленной воде до готовности, остудить и нарезать кубиками. Лук очистить, нарезать полукольцами и обжарить в растительном масле. Огурцы вымыть и нарезать кубиками. Зеленый лук вымыть и мелко нарезать.

Мясо смешать с фасолью, репчатым и зеленым луком, огурцами, добавить соль, выложить в салатницу, заправить майонезом.

Салат из моркови, мяса и чернослива

Ингредиенты

Морковь 3 шт., филе говядины 250г, яйца 2 шт., чернослив 50г, зелень петрушки 1 пучок, майонез обезжиренный 50г, соль по вкусу.

Способ приготовления

Чернослив замочить в теплой воде на 2 часа, затем нарезать полосками. Мясо промыть, варить в подсоленной воде до готовности и нарезать соломкой. Морковь вымыть, варить до готовности, очистить и нарезать соломкой. Яйца сварить вкрутую, остудить, очистить и нарезать небольшими кусочками. Зелень петрушки вымыть.

Морковь смешать с мясом, яйцами, черносливом, добавить соль, выложить в салатницу, заправить майонезом и украсить веточками петрушки.

Супы

Суп-пюре из курицы и картофеля

Ингредиенты

Филе курицы 200г, картофель 2 шт., морковь 1 шт., корень петрушки 0,5 шт., зелень петрушки 1 пучок, соль по вкусу.

Способ приготовления

Картофель, морковь и корень петрушки вымыть, очистить и крупно нарезать. Зелень петрушки вымыть и измельчить.

Филе курицы промыть, залить 1 л холодной воды, довести до кипения на слабом огне и варить в течение 20 минут. Затем добавить картофель, морковь, корень петрушки, соль и варить до готовности. Мясо и овощи достать из бульона и протереть через сито.

Бульон процедить, довести до кипения, добавить протертые мясо и овощи, варить в течение 5 минут на слабом огне. При подаче к столу в суп добавить зелень петрушки.

Суп-пюре из цветной капусты и картофеля

Ингредиенты

Капуста цветная 1 шт., бульон куриный 1 л, картофель 1 шт., морковь 1 шт., зелень укропа 1 пучок, соль по вкусу.

Способ приготовления

Картофель и морковь вымыть, очистить, крупно нарезать. Зелень укропа вымыть и измельчить. Цветную капусту вымыть, разобрать на соцветия, опустить в кипящий бульон и варить в течение 5 минут. Затем добавить картофель и морковь, соль, варить до готовности. Овощи достать из бульона и протереть через сито.

Бульон процедить, довести до кипения, добавить протертые овощи, варить в течение 3 минут на слабом огне. При подаче к столу в суп добавить зелень укропа.

Картофельный суп-пюре с морковью и зеленью

Ингредиенты

Картофель 3 шт., бульон говяжий 1 л, морковь 1 шт., зелень петрушки 1 пучок, корень петрушки 1 шт., соль по вкусу.

Способ приготовления

Картофель, морковь и корень петрушки вымыть, очистить и крупно нарезать. Зелень петрушки вымыть и измельчить.

Бульон довести до кипения, добавить овощи, соль, варить до готовности. Овощи достать из бульона и протереть через сито.

Бульон процедить, довести до кипения, положить овощи и варить в течение 3 минут. При подаче к столу в суп добавить зелень петрушки.

Свекольный суп-пюре с картофелем

Ингредиенты

Свекла 1 шт., картофель 1 шт., морковь 1 шт., корень петрушки 1 шт., бульон говяжий 1 л, кефир 70мл, соль по вкусу.

Способ приготовления

Свеклу, картофель, морковь и корень петрушки вымыть, очистить и крупно нарезать.

В кипящий бульон положить свеклу и варить в течение 20 минут, затем добавить картофель, морковь, корень петрушки, соль и варить до готовности. Овощи достать из бульона, протереть через сито.

Бульон процедить, довести до кипения, добавить протертые овощи, варить на слабом огне в течение 5 минут. При подаче к столу суп заправить кефиром.

Суп-пюре из моркови и риса

Ингредиенты

Бульон куриный 0,3 л, морковь 2 шт., рис 20г, соль по вкусу.

Способ приготовления

Морковь вымыть, очистить и крупно нарезать. Бульон довести до кипения, добавить морковь, рис, соль и варить до готовности.

Бульон процедить. Рис и морковь измельчить с помощью миксера до пюреобразного состояния, залить бульоном. Суп довести до кипения и подать к столу.

Куриный бульон с гречневой крупой

Ингредиенты

Бульон куриный 0,5 л, крупа гречневая 50г, зелень укропа 0,5 пучка, соль по вкусу.

Способ приготовления

Зелень укропа вымыть и измельчить. Куриный бульон довести до кипения, добавить гречневую крупу, соль, варить до готовности и посыпать зеленью укропа.

Говяжий бульон с протертым мясом

Ингредиенты

Бульон говяжий 0,5 л, говядина отварная 150г, зелень укропа 0,5 пучка, соль по вкусу.

Способ приготовления

Зелень укропа вымыть и измельчить. Мясо протереть через сито. Бульон довести до кипения, добавить мясо, соль, варить в течение 45 минут, затем посыпать зеленью укропа.

Молочный суп-пюре с цветной капустой

Ингредиенты

Капуста цветная 1 шт., молоко 0,5 л, морковь 1 шт., соль по вкусу.

Способ приготовления

Цветную капусту вымыть, разделить на соцветия, варить в подсоленной воде до готовности. Морковь вымыть, варить до готовности, очистить и крупно нарезать. Цветную капусту и морковь протереть через сито и добавить в кипящее молоко. Суп варить в течение 35 минут на слабом огне.

Молочный суп-пюре с картофелем и морковью

Ингредиенты

Картофель 2 шт., морковь 1 шт., молоко 0,5 л, соль по вкусу.

Способ приготовления

Картофель и морковь вымыть, варить до готовности, очистить, протереть через сито, добавить в кипящее молоко, посолить. Суп варить в течение 35 минут на слабом огне.

Вторые блюда

Белковый омлет с сыром

Ингредиенты

Белки яичные 5 шт., сыр 50г, мука пшеничная 5г, масло сливочное 20г, соль по вкусу.

Способ приготовления

Сыр натереть на крупной терке. Яичные белки взбить с солью и мукой, вылить на сковороду с разогретым сливочным маслом. Омлет жарить с обеих сторон до готовности, затем посыпать тертым сыром.

Кабачки, тушеные с картофелем

Ингредиенты

Кабачки 300г, картофель 2 шт., масло сливочное 50г, зелень укропа 1 пучок, соль по вкусу.

Способ приготовления

Кабачки и картофель вымыть, очистить, нарезать кубиками. Зелень укропа вымыть и измельчить.

Кабачки и картофель выложить на сковороду с разогретым сливочным маслом, добавить соль, влить немного воды и тушить до готовности на слабом огне. При подаче к столу посыпать зеленью укропа.

Паровые котлеты из говядины

Ингредиенты

Филе говядины 300г, яйцо 1 шт., лук репчатый 1 шт., масло сливочное 30г, зелень укропа 1 пучок, соль по вкусу.

Способ приготовления

Филе промыть и нарезать крупными кусками. Лук очистить и разрезать на 4 части. Зелень укропа вымыть и измельчить. Мясо и лук пропустить через мясорубку. В фарш добавить яйцо и соль.

Из фарша сформовать котлеты и приготовить их на пару. При подаче к столу котлеты полить растопленным сливочным маслом и посыпать зеленью укропа.

Отварные окорочка с рисом

Ингредиенты

Окорочка 2 шт., рис 200г, масло сливочное 50г, зелень петрушки 1 пучок, соль по вкусу.

Способ приготовления

Окорочка промыть, залить 0,50,7 л холодной воды, довести до кипения на слабом огне, добавить соль, варить до готовности, вынуть из бульона. Зелень петрушки вымыть и измельчить.

Бульон процедить. Рис залить 0,4 л бульона и варить до готовности. При подаче к столу отварные окорочка и гарнир из риса полить растопленным сливочным маслом и посыпать зеленью петрушки.

Паровые котлеты из филе судака

Ингредиенты

Филе судака 300г, лук репчатый 1 шт., яйцо 1 шт., зелень укропа 1 пучок, майонез обезжиренный 20г, соль по вкусу.

Способ приготовления

Филе судака промыть и нарезать крупными кусками. Лук очистить и разрезать на 4 части. Филе и лук пропустить через мясорубку, добавить яйцо и соль. Из фарша сформовать котлеты и приготовить их на пару. Зелень укропа вымыть и измельчить.

При подаче к столу котлеты смазать майонезом и посыпать зеленью укропа.

Паровая рыба с картофельным пюре

Ингредиенты

Филе сазана 200г, картофель 2 шт., молоко 50мл, масло сливочное 5г, зелень укропа 0,5 пучка, соль по вкусу.

Способ приготовления

Филе сазана промыть и варить на пару до готовности. Картофель вымыть, очистить, нарезать крупными кусками, варить в подсоленной воде до готовности, добавить молоко и размять до пюреобразного состояния. Зелень укропа вымыть и измельчить.

Рыбу и картофель выложить в тарелку, полить растопленным сливочным маслом и посыпать зеленью укропа.

Паштет из морского окуня с морковью

Ингредиенты

Филе морского окуня 200г, морковь 1 шт., зелень петрушки 0,5 пучка, соль по вкусу.

Способ приготовления

Филе морского окуня промыть и варить на пару до готовности. Морковь вымыть, варить до готовности, очистить и крупно нарезать. Зелень петрушки вымыть и измельчить.

Рыбу и морковь пропустить через мясорубку, добавить соль и зелень петрушки.

Пюре из кабачков и моркови

Ингредиенты

Кабачки 300г, морковь 1 шт., масло оливковое 5мл, молоко 20мл, соль по вкусу.

Способ приготовления

Кабачки вымыть, очистить, нарезать крупными кусками и варить на пару до готовности. Морковь вымыть, варить до готовности, очистить и протереть через сито вместе с кабачками. В пюре добавить соль, оливковое масло и молоко.

Рыба, запеченная с картофелем

Ингредиенты

Филе щуки 300г, картофель 4 шт., масло растительное 40мл, лук репчатый 1 шт., майонез 40г, зелень петрушки 1 пучок, соль по вкусу.

Способ приготовления

Филе щуки промыть и нарезать крупными кусками. Картофель вымыть, очистить и нарезать кружочками. Лук очистить и нарезать кольцами. Зелень петрушки вымыть и измельчить.

На смазанный растительным маслом противень выложить куски рыбы, картофель и лук, посыпать солью, смазать майонезом и запекать в разогретой до 180С духовке до готовности, затем посыпать зеленью петрушки.

Овощное рагу

Ингредиенты

Кабачок 1 шт., баклажан 1 шт., капуста 0,5 вилка, картофель 2 шт., морковь 1 шт., лук репчатый 1 шт., помидоры 2 шт., масло растительное 80мл, зелень укропа 1 пучок, соль по вкусу.

Способ приготовления

Кабачок, картофель и морковь вымыть, очистить и нарезать соломкой. Баклажан и помидоры вымыть и нарезать кубиками. Капусту вымыть и нашинковать.

Лук очистить и нарезать кольцами. Зелень укропа вымыть и измельчить.

Кабачок, морковь, картофель, баклажан, капусту и лук выложить в сковороду с разогретым растительным маслом, добавить соль, обжаривать на сильном огне в течение 3 минут, затем убавить огонь до минимума, положить помидоры, влить немного воды и тушить до готовности. Рагу украсить зеленью укропа.

Тушеная говядина с рисом

Ингредиенты

Филе говядины 300г, рис 200г, лук репчатый 1 шт., морковь 1 шт., майонез 20г, масло сливочное 20г, масло растительное 40мл, зелень петрушки 1 пучок, соль по вкусу.

Способ приготовления

Мясо промыть, нарезать порционными кусками. Лук очистить, нарезать кольцами. Морковь вымыть, очистить и нарезать соломкой. Зелень петрушки вымыть и измельчить.

Мясо выложить на сковороду с разогретым растительным маслом, обжаривать на сильном огне в течение 3 минут, добавить морковь, лук, майонез, соль, влить немного воды и тушить до готовности.

Рис варить в подсоленной воде до готовности и заправить сливочным маслом.

Рис выложить горкой на блюдо, сверху положить тушеные мясо и овощи, посыпать зеленью петрушки.

Тушеная капуста с вареными яйцами

Ингредиенты

Капуста белокочанная 1 вилок, яйца 5 шт., масло сливочное 20г, масло растительное 20мл, лук зеленый 1 пучок, соль по вкусу.

Способ приготовления

Яйца сварить вкрутую, остудить, очистить и мелко нарезать. Лук вымыть и измельчить. Капусту вымыть и нашинковать.

Капусту выложить на сковороду с разогретым растительным маслом, добавить немного воды, соль, тушить в течение 15 минут, затем пере мешать с яйцами, добавить сливочное масло, тушить до готовности и посыпать зеленым луком.

Тушеная капуста с говяжьей печенью

Ингредиенты

Капуста белокочанная 1 вилок, печень говяжья 200г, лук репчатый 1 шт., масло растительное 50мл, масло сливочное 20г, зелень петрушки 1 пучок, соль по вкусу.

Способ приготовления

Печень промыть, нарезать соломкой и обжарить в 20мл растительного масла. Капусту вымыть и нашинковать. Лук очистить и нарезать кольцами. Зелень петрушки вымыть и измельчить.

Капусту смешать с луком, выложить на сковороду с оставшимся растительным маслом, добавить соль, влить немного воды, тушить до полуготовности, добавить печень, сливочное масло. Блюдо довести до готовности на слабом огне, затем посыпать зеленью петрушки.

Гречневая каша с молоком

Ингредиенты

Крупа гречневая 200г, молоко 0,5 л, мед 20г, масло сливочное 50г, соль по вкусу.

Способ приготовления

Гречневую крупу варить в подсоленной воде до готовности и заправить сливочным маслом. Молоко довести до кипения, добавить мед, кипятить на слабом огне в течение 1 минуты. Кашу выложить в тарелку, добавить смесь молока и меда.

Пшенная каша с молоком

Ингредиенты

Крупа пшенная 100г, молоко 0,5 л, масло сливочное 40г, сахар и соль по вкусу.

Способ приготовления

Пшеничную крупу варить до полуготовности в подсоленной воде, затем воду слить, добавить молоко и сахар и варить до готовности.

Пшеничную кашу заправить сливочным маслом.

Тыква, отваренная на пару

Ингредиенты

Тыква 300г, масло сливочное 30г, сахар по вкусу.

Способ приготовления

Тыкву вымыть, очистить, удалить семена, нарезать мякоть крупными кубиками и варить на пару до готовности. При подаче к столу тыкву полить растопленным сливочным маслом и посыпать сахаром.

Манная каша с изюмом

Ингредиенты

Крупа манная 100г, изюм 20г, масло сливочное 20г, молоко 300мл, сахар и соль по вкусу.

Способ приготовления

Изюм промыть холодной водой и замочить на 2 часа в теплой кипяченой воде. Молоко довести до кипения на слабом огне, добавить, помешивая, манную крупу, изюм, сахар, соль и варить до готовности.

Кашу заправить сливочным маслом.

Рисовая каша с тыквой

Ингредиенты

Рис 100г, тыква 150г, молоко 0,4 л, масло сливочное 30г, сахар и соль по вкусу.

Способ приготовления

Тыкву вымыть, очистить, удалить семена, мякоть натереть на мелкой терке. Рис перебрать, промыть холодной водой, залить молоком, добавить тыкву, соль, сахар и варить до готовности, при необходимости доливая кипяченую воду.

Кашу заправить сливочным маслом.

Десерты и напитки

Яблоки, фаршированные творогом

Ингредиенты

Яблоки 2 шт., творог 50г, мед 10г, масло сливочное 10г.

Способ приготовления

Яблоки вымыть, разрезать на половинки, удалить сердцевину и часть мякоти. Для приготовления начинки творог протереть через сито, смешать с медом.

Половинки яблок наполнить начинкой, выложить на смазанный сливочным маслом противень и запекать в разогретой до 180С духовке до готовности.

Йогурт с клубникой, бананом и апельсином

Ингредиенты

Яблоко 1 шт., клубника 57 шт., банан 1 шт., апельсин 1 шт., йогурт 200г.

Способ приготовления

Яблоко вымыть, очистить, удалить сердцевину, нарезать мелкими кубиками. Клубнику перебрать, промыть и разрезать на половинки. Банан вымыть, очистить и нарезать тонкими кружочками. Апельсин вымыть, очистить и нарезать тонкими ломтиками. Все ингредиенты смешать с йогуртом.

Йогурт с мандаринами

Ингредиенты

Йогурт 200г, мандарины 2 шт.

Способ приготовления

Мандарины вымыть, очистить, разделить на дольки и смешать с йогуртом.

Клубника с молоком

Ингредиенты

Клубника 100г, молоко 200мл.

Способ приготовления

Клубнику перебрать, промыть и залить молоком.

Тертая морковь с медом

Ингредиенты

Морковь 2 шт., мед 5г.

Способ приготовления

Морковь вымыть, очистить, натереть на мелкой терке и смешать с медом.

Тыква с медом

Ингредиенты

Тыква 200г, масло сливочное 10г, мед 10г.

Способ приготовления

Тыкву вымыть, очистить, удалить семена, нарезать тонкими дольками, смазать медом, выложить на смазанный сливочным маслом противень и запекать в разогретой до 180С духовке до готовности.

Клюквенный морс

Ингредиенты

Клюква 200г, сахар по вкусу.

Способ приготовления

Клюкву перебрать, промыть, выжать сок и поставить его в прохладное место. В 1 л воды добавить мезгу, кипятить 5-10 минут на среднем огне и процедить. В отвар добавить сахар и клюквенный сок.

Кисель из ревеня

Ингредиенты

Стебли ревеня 300г, сахар 0,5 стакана, крахмал 20г.

Способ приготовления

Стебли ревеня промыть, очистить, мелко нарезать, замочить в холодной воде на 1520 минут, затем откинуть на дуршлаг и слегка отжать. В 0,5 л воды растворить сахар и нагревать до кипения. Крахмал развести в небольшом количестве холодной воды. В горячий сироп положить нарезанный ревеня и варить 7-10 минут, затем тонкой струйкой влить разведенный крахмал и тщательно перемешать.

Компот из шиповника

Ингредиенты

Плоды шиповника 150г, сок лимонный 5мл, сахар по вкусу.

Способ приготовления

Плоды шиповника промыть. В 1 л воды растворить сахар и довести до кипения. В кипящий сироп добавить шиповник и варить 1015 минут. Затем остудить и добавить лимонный сок.

Компот из черноплодной рябины

Ингредиенты

Рябина черноплодная 100г, сок лимонный 5мл, сахар по вкусу.

Способ приготовления

Черноплодную рябину промыть, залить 1 л воды, довести до кипения на среднем огне, добавить сахар, убавить огонь до минимума и варить в течение 10 минут. Компот остудить, процедить, добавить лимонный сок.

Напиток из изюма с душицей

Ингредиенты

Трава душицы 10г, изюм 100г, сахар по вкусу.

Способ приготовления

Траву душицы залить 1 стаканом кипящей воды, настаивать в течение 30 минут, затем процедить. Изюм замочить в теплой воде на 20 минут, затем промыть, залить 0,5 л холодной воды и варить в течение 20 минут. Отвар изюма и настой душицы смешать, добавить сахар и остудить.

Напиток из яблок и моркови

Ингредиенты:

Яблоки 2 шт., морковь 1 шт., мед 10г.

Способ приготовления

Яблоки вымыть, разрезать на четыре части, удалить сердцевину. Морковь вымыть, очистить и

нарезать. Яблоки и морковь залить 0,5 л воды, варить в течение 15 минут. Напиток процедить, добавить мед.

Напиток из листьев брусники и шиповника

Ингредиенты:

листья брусники 15г, плоды шиповника 20г.

Способ приготовления

Плоды шиповника промыть. Листья брусники вымыть и измельчить. Плоды шиповника и листья брусники залить в термосе 1 л кипятка и настаивать в течение 4 часов. Напиток процедить.

Напиток из шиповника, моркови и крапивы

Ингредиенты

Плоды шиповника 30г, морковь 1 шт., листья крапивы 10г.

Способ приготовления

Листья крапивы вымыть. Морковь вымыть, очистить и нарезать. Плоды шиповника промыть, залить 1 л воды, варить в течение 10 минут, добавить морковь, варить еще 10 минут, добавить листья крапивы, довести до кипения. Напиток процедить.

Витаминный напиток

Ингредиенты

Смородина черная 100г, клубника 100г, малина 100г, сок лимонный 10мл.

Способ приготовления

Ягоды промыть, залить 1 л воды, варить в течение 5 минут. Напиток процедить, добавить лимонный сок.

Отвар из шиповника и сушеной малины

Ингредиенты

Шиповник сушеный 20г, малина сушеная 100г, сок лимонный 20мл, мед 10г.

Способ приготовления

Малину и шиповник залить 0,5 л воды, варить на слабом огне в течение 15 минут, настаивать 2 часа, затем процедить. В напиток добавить мед и лимонный сок.

Молоко с минеральной водой и медом

Ингредиенты

Молоко 200мл, вода минеральная 100мл, мед 5г.

Способ приготовления

Молоко довести до кипения, добавить мед, остудить, разбавить минеральной водой.

Напиток из смородины с мятой и мелиссой

Ингредиенты

Смородина черная 100г, мята 5г, мелисса 5г.

Способ приготовления

Смородину промыть, залить 0,5 л воды, добавить мяту и мелиссу, довести до кипения, настаивать в течение 2 часов, затем процедить.

Зеленый чай с молоком

Ингредиенты

Чай зеленый 5г, молоко 100мл.

Способ приготовления

Зеленый чай залить 100мл кипятка, настаивать 10 минут, затем процедить, добавить горячее кипяченое молоко.

Сок из яблок и моркови

Ингредиенты

Морковь 2 шт., яблоки 3 шт., сок лимонный 5мл.

Способ приготовления

Яблоки и морковь вымыть, очистить, крупно нарезать, выжать с помощью соковыжималки сок, смешать его с лимонным соком.

Абрикосовый напиток с персиковым сиропом

Ингредиенты

Абрикосы 200г, сироп персиковый 10мл, сок лимонный 10мл.

Способ приготовления

Абрикосы вымыть, залить 1 л воды, варить в течение 10 минут. Напиток процедить, смешать с персиковым сиропом и лимонным соком.