

Рекомендовано  
Экспертным советом  
РГП на ПХВ «Республиканский центр  
развития здравоохранения»  
Министерства здравоохранения  
и социального развития  
Республики Казахстан  
от «30» ноября 2015 года  
Протокол №18

## КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

### ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ У ДЕТЕЙ

#### I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ:

1. **Название протокола:** Хронический панкреатит у детей.

2. **Код протокола:**

3. **Коды МКБ-10:**

K86.1 Другие хронические панкреатиты

4. **Сокращения, используемые в протоколе:**

АЛТ –	аланинаминотрансфераза
АСТ –	аспартатаминотрансфераза
АТрЕ –	антитрипсиновые единицы
БЭН –	белково-энергетическая недостаточность
ДПК –	12-перстная кишка
ЖКТ –	желудочно-кишечный тракт
ИФА –	иммуноферментный анализ
КТ –	компьютерная томография
ЛОР –	оториноларинголог
ЛФК –	лечебная физкультура
МРТ –	магнитно-резонансная томография
ОАК –	общий анализ крови
ОАМ –	общий анализ мочи
ПЖ –	поджелудочная железа
ПМСП –	первичная медико-санитарная помощь
ПЦР –	полимеразная цепная реакция
ХП –	хронический панкреатит

ФЭГДС – фиброэзофагогастродуоденоскопия  
IgG – иммуноглобулин G  
E1 Панкреатическая эластаза-1

**5. Дата разработки протокола:** 2014 год.  
**Дата пересмотра протокола:** 2015 год.

**6. Категория пациентов:** дети.

**7. Пользователи протокола:** педиатры, детские гастроэнтерологи, врачи общей практики, фельдшеры скорой медицинской помощи.

## **II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

Оценка на степень доказательности приводимых рекомендаций.

Шкала уровня доказательности:

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортных или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты, которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.
GPP	Наилучшая фармацевтическая практика.

**8. Определение: Хронический панкреатит (ХП)** – воспалительно-дегенеративное заболевание поджелудочной железы, патоморфологической основой которого являются воспаление, фиброз паренхимы с развитием внешне- и внутрисекреторной недостаточности органа [2,3,5].

## 9. Клиническая классификация ХП у детей [3,5]:

**По происхождению:** первичный, вторичный и особые формы (при гиперпаратиреозе, муковисцидозе, недостаточности альфа1-антитрипсина, БЭН при квашиоркоре);

**По клиническому варианту** – рецидивирующий, болевой, латентный;

**По тяжести заболевания** – легкая, среднетяжелая, тяжелая;

**По периоду заболевания** – обострение, стихания обострения, ремиссия;

**По функциональному состоянию** поджелудочной железы:

- внешнесекреторная функция – гипосекреторный, гиперсекреторный, обтурационный, нормальный тип панкреатической секреции;

- внутрисекреторная функция – гиперфункция, гипофункция инсулярного аппарата;

**По морфологическому варианту** – интерстициальный (отечный), паренхиматозный, кистозный, кальцифицирующий;

**Осложнения** – псевдокисты, кальцификаты, свищи, тромбофлебит селезеночной вены, сахарный диабет, холестаза, асцит, плеврит и т.д.;

ХП у детей нередко развивается при наличии анатомических и структурных аномалий врожденного или генетически детерминированного характера.

**Клиническая классификация, по данным КТ и УЗИ (Хазанов ЛИ. и соавт. 1997 на основе международной Марсельско-Римской классификации):**

- интерстициальный ХП
- паренхиматозный ХП
- фиброзно-склеротический ХП
- гиперпластический ХП
- кистозный ХП

### **Критерии тяжести:**

- **Легкое течение** - редкие (1-2 раза в год) и непродолжительные обострения, быстро купирующийся болевой синдром. Функции ПЖ нарушены незначительно. Вне обострений самочувствие больных удовлетворительное. Снижение массы тела не отмечается. Нормальная копрограмма.

- **Среднетяжелое течение** - обострения 3-4 раза в год с типичным длительным болевым синдромом, с признаками панкреатической гиперферментемии. Умеренные нарушения функций внешней и внутренней секреции.

- **Тяжелое течение** - непрерывно рецидивирующее течение, упорные боли, выраженные диспептические нарушения, нарушения стула, панкреатогенный диабет, прогрессирующее течение, внепанкреатические обострения.

## **10. Показания для госпитализации:**

### **Показания для экстренной госпитализации:**

- Выраженный болевой и диспепсический синдром;

### **Показания для плановой госпитализации:**

- Частые рецидивы заболевания;
- Неэффективность амбулаторного лечения.

## **11. Диагностические исследования:**

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

- ОАК;
- ОАМ;
- Биохимический анализ крови (определение АСТ, АЛТ, билирубина, альфа-амилазы, глюкозы);
- Определение альфа-амилазы мочи;
- Исследование кала (копрограмма);
- УЗИ органов брюшной полости;
- ФЭГДС.

### **11.2 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:**

- биохимический анализ крови (определение липазы, щелочной фосфатазы, холестерина, теста толерантности к глюкозе);
- исследование кала на простейшие и гельминты;
- КТ органов брюшной полости (для определения структурных изменений ПЖ);
- МРТ органов брюшной полости (для определения структурных изменений ПЖ).

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

### **11.4 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне:**

- ОАК – 1 раз в 10 дней
- ОАМ – 1 раз в 10 дней
- биохимический анализ крови (определение АСТ, АЛТ, билирубина, щелочной фосфатазы, альфа-амилазы, глюкозы, определение теста толерантности к глюкозе)
- определение альфа-амилазы мочи;
- исследование кала (копрограмма);

- УЗИ органов брюшной полости;
- ФЭГДС;

### **11.5 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне:**

- биохимический анализ крови (определение липазы, холестерина);
- КТ органов брюшной полости – если не проведен на амбулаторном уровне;
- МРТ органов брюшной полости – если не проведен на амбулаторном уровне;
- рентгеноскопия органов брюшной полости;
- исследование кала на гельминты и простейшие;
- определение активности панкреатической эластазы – 1 в кале.

### **11.6 Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи:**

- определение альфа-амилазы в моче;
- определение глюкозы крови.

## **12. Диагностические критерии:**

### **12.1 Жалобы и анамнез:**

**Жалобы:** Характерный и постоянный симптом ХП – боль в верхнем отделе живота, эпигастральные и опоясывающие боли, иррадиирующие в спину, левую руку и левый бок, усиливается после приема пищи и физической нагрузки. Боли могут быть тупые, ноющие, колющие, приступообразные, упорные. Сухость во рту или повышенное слюноотделение[3].

#### *Диспепсические расстройства:*

- тошнота;
- рвота;
- нарушение аппетита;
- метеоризм;
- кашицеобразный стул серого цвета с жирным блеском
- полифекалия

#### **Анамнез:**

наследственная отягощенность по гастроэнтерологическим заболеваниям; часто на фоне билиарных и панкреатических аномалий развития; на фоне метаболических нарушений (гиперпаратиреозидизм, гиперлипидемия, недостаточность альфа1-антитрипсина).

Провоцирующими факторами являются:

- бактериальные и вирусные инфекции;
- злоупотребление консервированными продуктами; постоянное переедание;

- склонность к запорам, чередование запоров с поносом;

### **Клинические критерии:**

В клинической картине ХП определяется 4 основных синдрома:

- болевой;
- диспептический;
- внешнесекреторной недостаточности (с мальдигестией и мальабсорбцией);
- внутрисекреторной недостаточности (панкреатогенный сахарный диабет).

**Боли.** Около 1/4 заболеваний в начальном периоде протекает бессимптомно. Затем появляется боль в верхней половине живота, которая нередко многие годы служит единственным проявлением заболевания. Спустя 3-10 лет присоединяются внешнесекреторная недостаточность и, связанные с ней диспепсический синдром и стеаторея. Боль чаще возникает через 40—60 мин после обильной, особенно жирной еды и сохраняется 1/2—3 ч. Реже наблюдается так называемая сфинктерная боль, связанная с патологическими изменениями сфинктера печечно-поджелудочной ампулы. Она локализуется в правой половине эпигастрия и возникает рано — в процессе еды, нередко имеет острый характер. Боль чаще возникает после употребления холодных газированных шипучих напитков. Болевой синдром особенно четко выражен при обострении болезни и обычно исчезает в период ремиссии.

**Диспепсический синдром** при ХП включают изжогу, тошноту, рвоту, (иногда неукротимую, не приносящую облегчения), отрыжку. Многие из этих жалоб связаны с сопутствующими функциональными поражениями органов ЖКТ. Больных может беспокоить упорный метеоризм (связанный как с нарушением переваривания пищи, так и паретическими нарушениями кишечника).

Диспепсический синдром можно разделить на две основные группы признаков. Одна из них связана с дискинезией двенадцатиперстной кишки, протекающей по типу дуоденостаза. Для этого вида дискинезий особенно характерны рефлюксные явления: тошнота, отрыжка, изжога. Вторая группа признаков связана с внешнесекреторной недостаточностью железы — неполноценная секреция ферментов и бикарбонатов приводит к нарушению внутриполостного гидролиза в тонкой кишке, что клинически проявляется поносом и снижением массы тела. Чаще наблюдается кратковременный понос (1—5 дней), прекращающийся с применением диеты и ферментных препаратов. Понос нередко сменяется запором. При прогрессировании внешнесекреторной недостаточности появляются полифекалия и стул с жирным блеском. Стул зловонный, клейкий, неоформленный.

**Снижение массы тела** — у детей частый симптом хронического панкреатита.

Изредка у детей появляются клинические проявления, связанные с дефицитом жирорастворимых витаминов: подкожные кровоизлияния (недостаток вит К), боли в костях (недостаток вит. Д), гемералопия (недостаток вит. А).

**Симптомы сахарного диабета** (жажда, сухость во рту, полиурия) наблюдаются при развитии эндокринной недостаточности ПЖ. Симптомы сахарного диабета при ХП появляются поздно, как правило, через 15 и более лет от начала ХП, поэтому у детей встречаются редко. Данный вид диабета (панкреатогенный) имеет некоторые особенности: часто течет с гипогликемией (на введение инсулина, голод), требует малых доз инсулина, редко сопровождается кетоацидозом. Больные довольно хорошо переносят значительную гипергликемию.

### **12.2 Физикальное обследование[3,5,8]:**

Симптомы хронической интоксикации и гиповитаминозов: эмоциональная лабильность, раздражительность, головная боль, слабость, серовато-зеленоватый, бледный оттенок кожи лица, «тени» или «синева» под глазами, сухость губ, заеды. Снижение массы тела.

При ХП определяется большое количество пальпаторных симптомов поражения поджелудочной железы. Ниже приведены некоторые из этих симптомов:

- симптом Гротта - атрофия подкожной основы в области проекции поджелудочной железы на переднюю брюшную стенку;
- симптом Бергмана-Калька - гиперестезия кожи в области слева от пупка до левого реберно-позвоночного угла;
- симптом Воскресенского - плотность и припухлость в левом подреберье;
- симптом Кача – кожные зоны гиперестезии в области 8-11 грудных сегментов слева;
- при пальпации выраженная болезненность в зоне Шофарра, точках Мейо-Робсона, Кача, Де-Жардена.
- болезненность при пальпации в точке Губергрица-Скульского - точка находится на середине линии, соединяющей пупок с серединой левой реберной дуги. Характерна для поражения тела и хвоста поджелудочной железы

Почти все формы острого и хронического панкреатитов с болевым синдромом сопровождаются симптомом Георгиевского-Мюсси слева. При холецистопанкреатите он определяется справа.

Стул при осмотре – жирный блестящий, пенистый, с гнилостным запахом, трудно смываемый со стенок пеленок и унитаза.

### **12.3 Лабораторное обследование[3,5,8]:**

При обострении у детей определяется в **ОАК** – умеренная гипохромная анемия, лейкоцитоз, нейтрофилез, ускорение СОЭ, иногда – тромбоцитопения, эозинофилия. Общий анализ мочи, как правило, не изменен.

**Биохимический анализ крови.** Важное значение имеет определение активности ферментов – амилазы (в норме 20-100 Ед/л в крови), липазы(в норме 13-60 Ед/л в крови), трипсина в крови(в норме 98.2-229.6нг/мл), амилазы в моче (в норме до 64

Ед). Иногда может иметь место диспанкреатизм, когда секреция одного фермента повышается, а других – нормальная или пониженная.

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

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

В настоящее время наиболее информативным способом оценки внешнесекреторной функции поджелудочной железы служит определение в кале **активности панкреатической эластазы-1**.

Панкреатическая эластаза1 (Е1) – это фермент поджелудочной железы, который остается в неизменном виде во время его транзита по кишечнику. Концентрация этого фермента в стуле отражает истинное состояние экзокринной функции поджелудочной железы. Концентрация Е1 в дуоденальном соке – 4-6% от общего белка. С помощью теста на Е1 можно определить или исключить наличие экзокринной недостаточности поджелудочной железы; Е1 является абсолютно специфичной для поджелудочной железы; результаты определения коррелируют с результатами инвазивных тестов;

Е1 стабильна при хранении образцов кала: при +4-8° С до 3-х дней; при -20°С – до 1 года. Следует отметить, что заместительная ферментативная терапия не влияет на концентрацию Е1.

#### **12.4 Инструментальное обследование[1,7,8]:**

- **УЗИ органов брюшной полости:** увеличение экзогенной плотности железы, появление неровности контуров и изменение размеров, у части больных отмечается уменьшение железы, выявление кальцинатов и различных деформаций протоков железы.
- **ФЭГДС:** выбухание задней стенки желудка – признак увеличенной в размерах поджелудочной железы, признаки воспаления слизистой и дискинезии постбульбарного отдела ДПК, болезненность при проведении дуоденоскопа, признаки дуоденального папиллита.
- **КТ, МРТ**– позволяют выявлять различные структурные изменения поджелудочной железы (признаки острого или хронического воспаления, аномалии развития, опухоль).

#### **12.5 Показания для консультации узких специалистов:**

- Консультация ЛОР – санация носоглотки;
- Консультация стоматолога–санация ротовой полости;
- Консультация физиотерапевта–купирование болевого синдрома (электрофорез со спазмолитиками).



## 12.6 Дифференциальный диагноз[3,5,8,9]:

Таблица 1- Дифференциальный диагноз ХП у детей

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

## 13. Цели лечения:

- достижение клиничко-лабораторной ремиссии;
- купирование болевого синдрома;
- купирование диспепсического синдрома;

- нормализация уровня ферментов крови и мочи.

## **14. Тактика лечения**

Легкое течение хронического панкреатита можно лечить в амбулаторных условиях. При среднетяжелом и тяжелом течении (обострении) стационарное лечение с целью купирования болевого, диспепсического синдромов и предупреждения осложнений.

### **14.1 Немедикаментозное лечение:**

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

В тяжелых случаях и при дуоденостазе проводят непрерывную аспирацию кислого желудочного содержимого с помощью назогастрального зонда. По мере улучшения состояния больного постепенно переводят к пероральному приему пищи, соблюдая принцип частого и дробного кормления. Пероральное питание начинается со слизистых супов, жидких протертых каш на воде, овощных пюре и киселей. При расширении диеты необходимо соблюдать принцип постепенности в отношении объема и калорийности рациона. На 2-й неделе добавляются протертые отварные овощи, протертые отварные мясо и рыба – диета №5-панкреатический (протертый вариант) по Певзнеру. Обычно через 2-3 недели больной переводится на диету №5-п (непротертый вариант) с ограничением жиров (55-60 г/сут), углеводов (250-300 г/сут) и увеличением белка (80-120 г/сут). Диету 5п больной должен соблюдать в течение 6-12 месяцев (до перехода к стадии стойкой клинической ремиссии). Больным запрещаются: жареные, копченые продукты, жирные сорта мяса, рыбы, крепкие мясные, рыбные бульоны, грубая клетчатка, острые закуски, приправы, консервы, колбасы, свежеспеченный хлеб, мороженое, холодные и газированные напитки, шоколад.

## 14.2 Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном и стационарном уровне[1,2,3,4,6].

### Основные ЛС:

*Миотропные спазмолитики (дротаверин, мебеверин)* – оказывает прямое действие на гладкую мускулатуру желудочно-кишечного тракта, понижает тонус и уменьшает сократительную активность гладкой мускулатуры

*Блокаторы М-холинорецепторов (гиосцинбутилбромид, платифиллин)* – предназначены для снижения тонуса и сократительной активности гладких мышц внутренних органов, уменьшения секреции пищеварительных желез.

*Прокинетики (домперидон, тримебутин)* - в целях коррекции моторной функции желудка, двенадцатиперстной кишки, желчевыводящих путей.

*Блокаторы H<sub>2</sub>рецепторов гистамина (ранитидин, фамотидин)* – антисекреторные препараты, предназначены для блокирования H<sub>2</sub>-рецепторов (гистаминовых) обкладочных клеток СОЖ и снижения продукции и поступления соляной кислоты в просвет желудка.

*Ингибиторы протонной помпы (омепразол, лансопризол, эзомепразол)* – антисекреторные лекарственные препараты для лечения кислотозависимых заболеваний желудка, двенадцатиперстной кишки и пищевода за счёт блокирования протонной помпы (H<sup>+</sup>/K<sup>+</sup>-АТФазы) обкладочных (париетальных) клеток слизистой оболочки желудка и уменьшения, таким образом, секреции соляной кислоты. Все ИПП являются производными бензимидазола и имеют близкое химическое строение. Механизм действия различных ИПП одинаков, они различаются, в основном, своей фармакокинетикой и фармакодинамикой. Препаратом первой линии является омепразол. Лансопризол детям назначают при невозможности применения омепразола. Эзомепразол назначают при невозможности применения омепразола и лансопризола.

*Панкреатические ферменты (микрокапсулярные)* назначаются при экскреторной недостаточности поджелудочной железы, после стихания остроты процесса с целью заместительной ферментной терапии при отсутствии высокой ферментемии и/или ферментурии. Ферментная терапия проводится под контролем копрограммы.

*Антибактериальная терапия* назначается с целью профилактики септических осложнений.

### 14.2.1 Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном и стационарном уровне:

*Основные лекарственные средства.*

Таблица 1. Спазмолитические препараты

Рекомендуется монотерапия: одно из нижеперечисленных препаратов

<b>МНН</b>	<b>Терапевтический диапазон</b>	<b>Курс лечения</b>
------------	---------------------------------	---------------------

Дротаверин	<ul style="list-style-type: none"> <li>от 2 до 6 лет – 10-20 мг 2 раза в сутки;</li> <li>от 6 до 12 лет – 20 мг 2 раза в сутки;</li> <li>детям старше 12 лет– 20-40 мг 2 раза в сутки.</li> </ul> Максимальная суточная доза - 240 мг.	<ul style="list-style-type: none"> <li>При выраженном болевом синдроме раствор для инъекции в/м до 3-5 дней;</li> <li>Внутри в зависимости от выраженности болевого синдрома до 5-7 дней</li> </ul>
Мебеверин	<ul style="list-style-type: none"> <li>детям с 12 лет - 2,5 мг/кг в сутки 2 раза в день за 20 мин до еды (утром и вечером).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Внутри в зависимости от выраженности болевого синдрома 5-7 дней</li> </ul>

Таблица 2. Антисекреторные препараты

Рекомендуется монотерапия: одно из нижеперечисленных препаратов

<i><b>МНН</b></i>	<i><b>Терапевтический диапазон</b></i>	<i><b>Курс лечения</b></i>
Омепразол	-от 1 мес до 2 лет 700мкг/кг 1раз в день, при необходимости до 3 мг/кг (максимально 20мг); - дети с массой тела 10-20кг по 10мг 1 раз в день, при необходимости до 20мг 1 раз в день <ul style="list-style-type: none"> <li>- дети с массой тела более 20 кг-по 20 мг 1 раз в день, при необходимости 40мг.</li> </ul>	10 дней
Ранитидин	- внутрь 2-4 мг/ кг 2 раза в сутки (максимально-300 мг /сутки)	10 дней
Фамотидин	- внутрь детям с массой тела более 10 кг 1-2 мг/кг 2 раза в сутки; - детям старше 12 лет 20 мг 2 раза в сутки.	10 дней

Таблица 3. Антибактериальные препараты

Рекомендуется одно из нижеперечисленных препаратов

<i><b>МНН</b></i>	<i><b>Терапевтический диапазон</b></i>	<i><b>Курс лечения</b></i>
-------------------	--	----------------------------

Амоксициллин/клавула новая кислота	детям до 12 лет – 25мг/кг/сут; старше 12 лет – по 500 мг 2 раза в сутки внутрь	10 дней
Кларитромицин	7,5-15 мг/кг/сут в 2 приема.	10 дней
Цефалоспорины	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 50-100 мг/кг в сут в 2-4 в/м и в/в введения;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• в/м и в/в 7-10 дней</li> <li>• внутрь 10 дней</li> </ul>

Таблица 4. Дополнительные лекарственные средства.

Применяются для лечения сопутствующих гастроэнтерологических симптомов.

<i><b>МНН</b></i>	<i><b>Терапевтический диапазон</b></i>	<i><b>Курс лечения</b></i>
Платифиллин	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0,2% раствор платифиллина</li> <li>1-5 лет - 0,015 мл/кг;</li> <li>6-10 лет - 0,0125 мл/кг;</li> <li>11-14 лет - 0,01мл/кг.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Для купирования болевого синдрома только 1-2 раза</li> </ul>
Домперидон	<ul style="list-style-type: none"> <li>• детям старше 5 лет - 5 мг 2 раза в сутки;</li> <li>• старше 10 лет – 10 мг за 20-30 мин до еды 2 раза в сут;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 7-10 дней</li> </ul>
Тримебутин	детям 3-5 лет – 25мг 3 раза в сутки; 5-12 лет – 50мг 3 раза в сутки; с 12 лет – 100-200 мг 3 раза в сутки.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 7 дней</li> </ul>
Микрокапсулярные панкреатические ферменты	по 500-700 ЕД липазы на/кг веса в сутки	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 7-10 дней</li> </ul>

**14.2.2 Медикаментозное лечение, оказываемое на этапе скорой неотложной помощи:** для купирования болевого синдрома парентерально вводятся следующие препараты

<b>МНН</b>	<b>Терапевтический диапазон</b>	<b>Курс лечения</b>
Дротаверин	<ul style="list-style-type: none"> <li>от 2 до 6 лет – 10-20 мг 2 раза в сутки;</li> <li>от 6 до 12 лет – 20 мг 2 раза в сутки;</li> <li>детям старше 12 лет– 20-40 мг 2 раза в сутки.</li> </ul> Максимальная суточная доза - 240 мг.	<ul style="list-style-type: none"> <li>При выраженном болевом синдроме раствор для инъекции в/м до 3-5 дней;</li> <li>Внутри в зависимости от выраженности болевого синдрома до 5-7 дней</li> </ul>
Атропин	<ul style="list-style-type: none"> <li>до 6 мес -0,02мг;</li> <li>6мес.-1 год -0,05 мг;.</li> <li>1-2 года - 0,2мг;</li> <li>3-6 лет -0,25-0,3мг;</li> <li>7-14 лет-0,4-05 мг.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>п/к, в/м, в/в 0,01 % раствор ( в 1мл/1мг)</li> </ul>

#### **14.3. Другие виды лечения, оказываемые на амбулаторном уровне:**

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

#### **14.3.1 Другие виды лечения, оказываемые на стационарном уровне:**

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

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

##### **На амбулаторном этапе:**

- Соблюдение режима дня и пересмотр рациона питания (дробное, сбалансированное по белкам, жирам, углеводам соответственно возрасту питание, сопровождающееся при недостатке ферментов заместительной терапией).
- Лечение всех сопутствующих заболеваний ЖКТ (лечение патологии желчного пузыря, хронических гастродуоденитов), которые способствовали формированию ХП.
- Профилактика инфекционных осложнений (воспалительные инфильтраты, гнойные холангиты).

#### **14.5 Дальнейшее ведение [11]**

- Диспансерное наблюдение в амбулаторно-поликлинических условиях

проводится до передачи в подростковый кабинет. В течение первого года ребенок наблюдается ежемесячно, затем 1 раз в квартал.

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

### **15. Индикаторы эффективности лечения:**

- купирование болевого, диспепсического синдромов;
- нормализация уровня ферментов крови и мочи;
- достижение клинико-лабораторной ремиссии.

## **III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА**

### **16. Разработчики:**

1. Орынбасарова К.К. д.м.н., заведующая кафедрой детских болезней РГП на ПХВ «Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова»,
2. Оспанова З.М. к.м.н., главный внештатный специалист МЗ РК, национальный координатор по стратегии «ИВБДВ» АО «Национальный научный центр материнства и детства», доцент,
3. Смагулова А.Б. к.м.н., доцент кафедры амбулаторно-поликлинической педиатрии РГП на ПХВ «Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова».
4. Худайбергенова М.С. клинический фармаколог АО «Национальный научный медицинский центр»

### **17. Конфликт интересов:** отсутствует.

**18. Рецензент:** Аталыкова Г.Т. - д.м.н., профессор кафедры общей врачебной практики №2 АО "Медицинский университет Астана".

**19. Условия пересмотра протокола:** пересмотр протокола через 3 года после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

**20. Список использованной литературы:**

1. Dominguez-Munoz J.E. Chronic pancreatitis and Persistent Steatorrhea: What is the correct dose of enzymes? //Clinical Gastroenterology and Hepatology., 2011 – N9. – p.541-546.

2. Ахмедов В.А., Ширинский Н.В., Шадевский В.М. Патофизиологические и терапевтические аспекты хронического панкреатита. М., 2007. – 119с.

3. Белоусов Ю. В. Панкреатит и панкреатопатия: классификационные характеристики, принципы диагностики и лечения у детей //Здоровье ребенка. -2012. -№ 8 (43).-С. 129-133.

4. Dominguez-Munoz J.E., Hieronymus C., Sanerbruch T. Fecal elastase test: evaluation of a new noninvasive pancreatic function test //Am.J.Gastroenterol. – 1995. – Vol.90(10). – p.1834-1837.

5. Гасилина Т.В., Бельмер С.В. Болезни поджелудочной железы у детей. Первичная и вторичная экзокринная панкреатическая недостаточность //Лечащий врач. – 2010. - №6. – с.6-10.

6. Лоранская Т.И. Диетотерапия при хроническом панкреатите //Медицинский вестник. – 2009. - №3. – 474с.

7. Хавкин А.И., Рачкова Н.С., Жихарева Н.С. и др. Применение Креона у детей с нарушением моторики верхних отделов ЖКТ //РМЖ. 2004. – Т.12, №3. – с.156-157.

8. Детская гастроэнтерология //под ред. Баранова А.А., - М., 2002

9. Авдеева Т.Г., Рябухин Ю.В., Парменова Л.И. и др. Детская гастроэнтерология: руководство. - М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 192с.

10. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения: руководство для практических врачей //под общей ред. В.Т. Ивашкина. – М., Литтерра. 2003. – 1046с.

11. Поликлиническая педиатрия, А.С. Калмыкова, М., Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2007. – 621с.