



Клинический случай: хронический кальцифицирующий панкреатит и гиперпаратиреоз

Лукашевич Г.М.

ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького Минздрава России, ассистент кафедры факультетской терапии им. А.Я. Губергрица, к.мед.н.

Клочков А.Е.

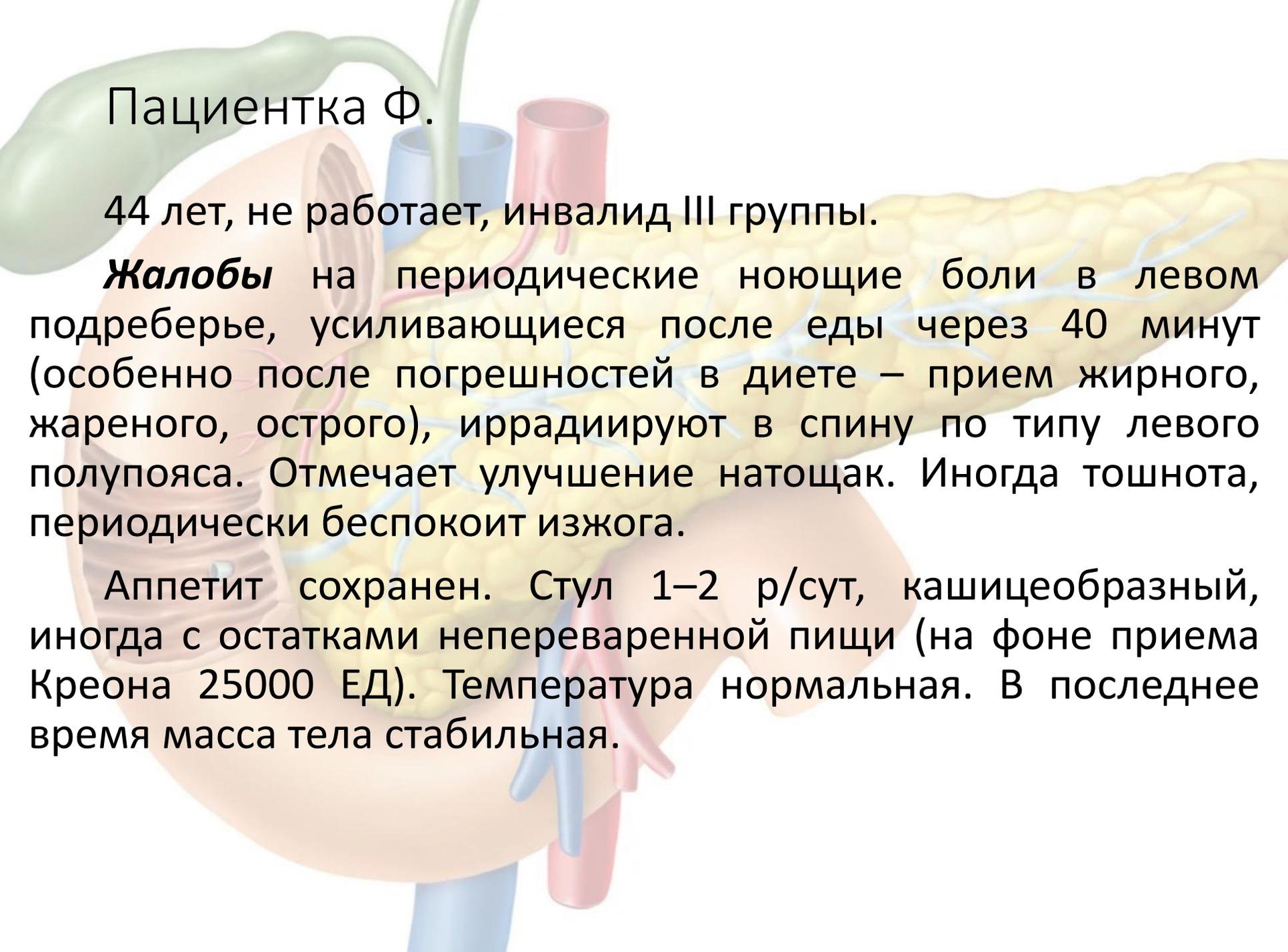
Главный врач ГПТД г. Донецка МЗ ДНР, д.мед.н.

Крюк М.А.

ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького Минздрава России, доцент кафедры факультетской терапии им. А.Я. Губергрица, к.мед.н.

Фоменко П.Г.

ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького Минздрава России, доцент кафедры факультетской терапии им. А.Я. Губергрица, к.мед.н.



Пациентка Ф.

44 лет, не работает, инвалид III группы.

Жалобы на периодические ноющие боли в левом подреберье, усиливающиеся после еды через 40 минут (особенно после погрешностей в диете – прием жирного, жареного, острого), иррадиируют в спину по типу левого полупояса. Отмечает улучшение натошак. Иногда тошнота, периодически беспокоит изжога.

Аппетит сохранен. Стул 1–2 р/сут, кашицеобразный, иногда с остатками непереваренной пищи (на фоне приема Креона 25000 ЕД). Температура нормальная. В последнее время масса тела стабильная.

Анамнез заболевания

Считает себя больной с 1977 г., когда появились боли в эпигастральной области, рвота, приносящая облегчение. Лечилась по поводу язвенной болезни (выписка не представлена). Отмечались ежегодные обострения в весенне-осенний период. Лечилась амбулаторно по месту жительства. С 1981 г. боли в животе уменьшились, за медицинской помощью не обращалась. В дальнейшем диету не соблюдала.

Ухудшение с 2003 г., когда появились боли опоясывающего характера. При УЗИ ОБП выявлены камни в желчном пузыре. Лечилась стационарно в хирургическом отделении по м/ж по поводу хронического калькулезного холецистита, вторичного панкреатита. Получала инфузионную, спазмолитическую терапию с улучшением. От проведения операции по поводу калькулезного холецистита пациентка воздержалась. При ФГДС был выявлен рефлюкс-эзофагит, умеренно выраженный поверхностный гастродуоденит. Отмечалось повышение глюкозы крови до 7,7 ммоль/л и обнаружение ее в моче.

Анамнез заболевания

В дальнейшем периодически после погрешностей в диете беспокоили боли в правом подреберье. Принимала спазмолитики с улучшением. При ухудшении состояния получала стационарное лечение по месту жительства по поводу хронического калькулезного холецистита, вторичного панкреатита. 26.05.2005 г. произведена лапароскопическая холецистэктомия по поводу хронического калькулезного холецистита в ИНВХ (г. Донецк). После операции около полугода принимала Урсофальк (в дозе 750 мг в день) с положительным эффектом: при дальнейших контрольных УЗИ-исследованиях сладж в холедохе не выявлялся; печеночные показатели оставались стойко нормальными. В дальнейшем вновь начали беспокоить боли в левом подреберье, сухость во рту, кашицеобразный стул до 2 раз в сутки. Неоднократно проходила стационарное лечение по поводу хронического панкреатита по м/ж: гордокс, мезим, омез, церукал, 5-фторурацил без отчетливого эффекта. Соблюдала диету. В апреле 2006 г. при УЗИ ОБП впервые выявлены единичные мелкие кальцификаты в ткани поджелудочной железы и мелкие линейные фиброзные включения по всей паренхиме.

Анамнез заболевания

С ноября 2006 г. вновь отмечает ухудшение состояния, когда после очередной погрешности в диете появились боли в эпигастральной области, левом подреберье, изжога, тошнота, кашицеобразный стул с остатками непереваренной пищи до 3–4 раз в сутки. Похудела за 1 месяц на 8 кг. Лечилась стационарно по месту жительства. При УЗИ ОБП отмечено расширение панкреатического протока, в проекции тела поджелудочной железы — группа кальцинатов; паренхима железы неоднородная: на фоне повышенной эхогенности участки повышенной гидрофильности неопределенной формы и мелкие фиброзные включения по всей паренхиме. Находилась на лечении в х. о. ИНВХ (г. Донецк) с 27.11. по 05.12.2006 г. с диагнозом хронический панкреатит, часто рецидивирующее течение. КТ ОБП 28.11.2006 г.: печень — в правой доле определяется кальцинат до 4 мм. Поджелудочная железа — головка 25,0 мм, тело 20,0 мм, хвост 18,0 мм. Контуры неровные, четкие, плотность повышена. В области тела определяется кальцинат размером 2,3×8,0 мм. Заключение: хронический панкреатит. Конкремент поджелудочной железы.

Анамнез заболевания

Решено, что показаний к оперативному лечению нет. В это же время было выявлено: повышение сахара крови до 18,0 ммоль/л, гликозилированный гемоглобин — 11 мкмоль фруктозы (норма: до 7 мкмоль), гормоны щитовидной железы в пределах нормы. Выставлен диагноз: сахарный диабет, тип 2, вторичный панкреатогенный, средней тяжести, субкомпенсация. Назначен инсулин, который получает до настоящего времени. Уровень кальция крови — 2,5 ммоль/л (норма: 2,15–2,65 ммоль/л).

С 2006 г. начала прием Креона 10000 ЕД по 1 к. 3 р/д. При малейшей попытке снизить дозу препарата отмечала учащение стула до 4–5 р/сут. (жидкий, с остатками непереваренной пищи). Из-за сильных болей в эпигастральной области, левом подреберье длительное время вынуждена была принимать обезболивающие препараты. Беспокоила изжога, отрыжка воздухом, тошнота, особенно утром. В мае 2007 г. лечилась в ГЭО ДОКТМО с диагнозом хронический обструктивно-кальцифицирующий панкреатит; сахарный диабет, тип 2. Получала лечение: креон, ланзап, дуспаталин, гастроцепин, протафан, актрапид.

Анамнез заболевания

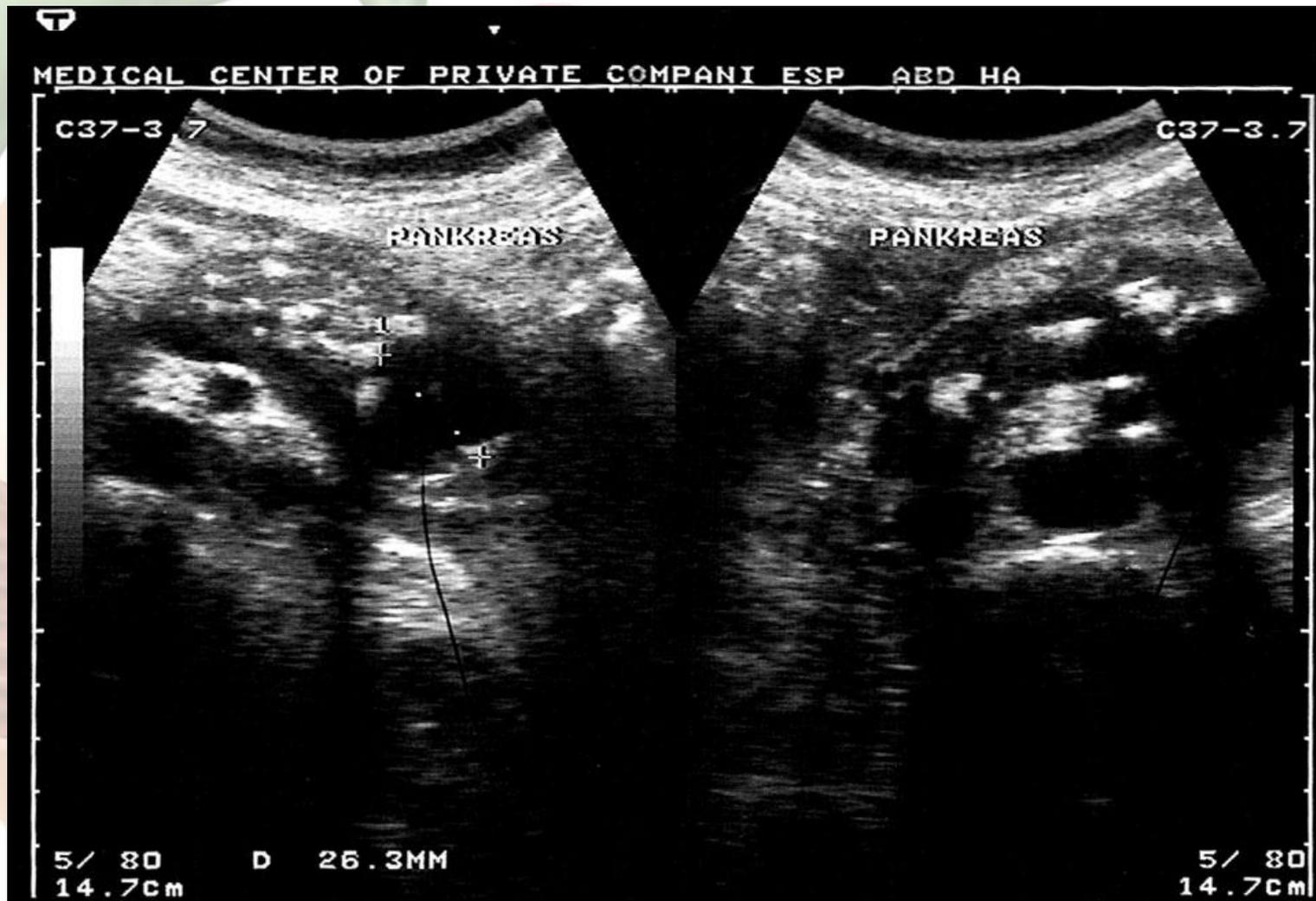
При УЗИ ОБП выявлено: увеличение поджелудочной железы ($3,2 \times 1,7 \times 2,9$ см), контуры ровные, структура неоднородная за счет гиперэхогенных образований овальной формы, дающих акустическую тень до 0,9 см, локализация — в протоке; вирсунгианов проток расширен до 0,3 см, эхогенность железы снижена.

По поводу интенсивных болей в левом подреберье длительное время вынуждена была принимать найз, спазмалгон. Консультирована хирургом ДОКТМО: рекомендовано лечение у гастроэнтеролога.

Признана инвалидом III группы.

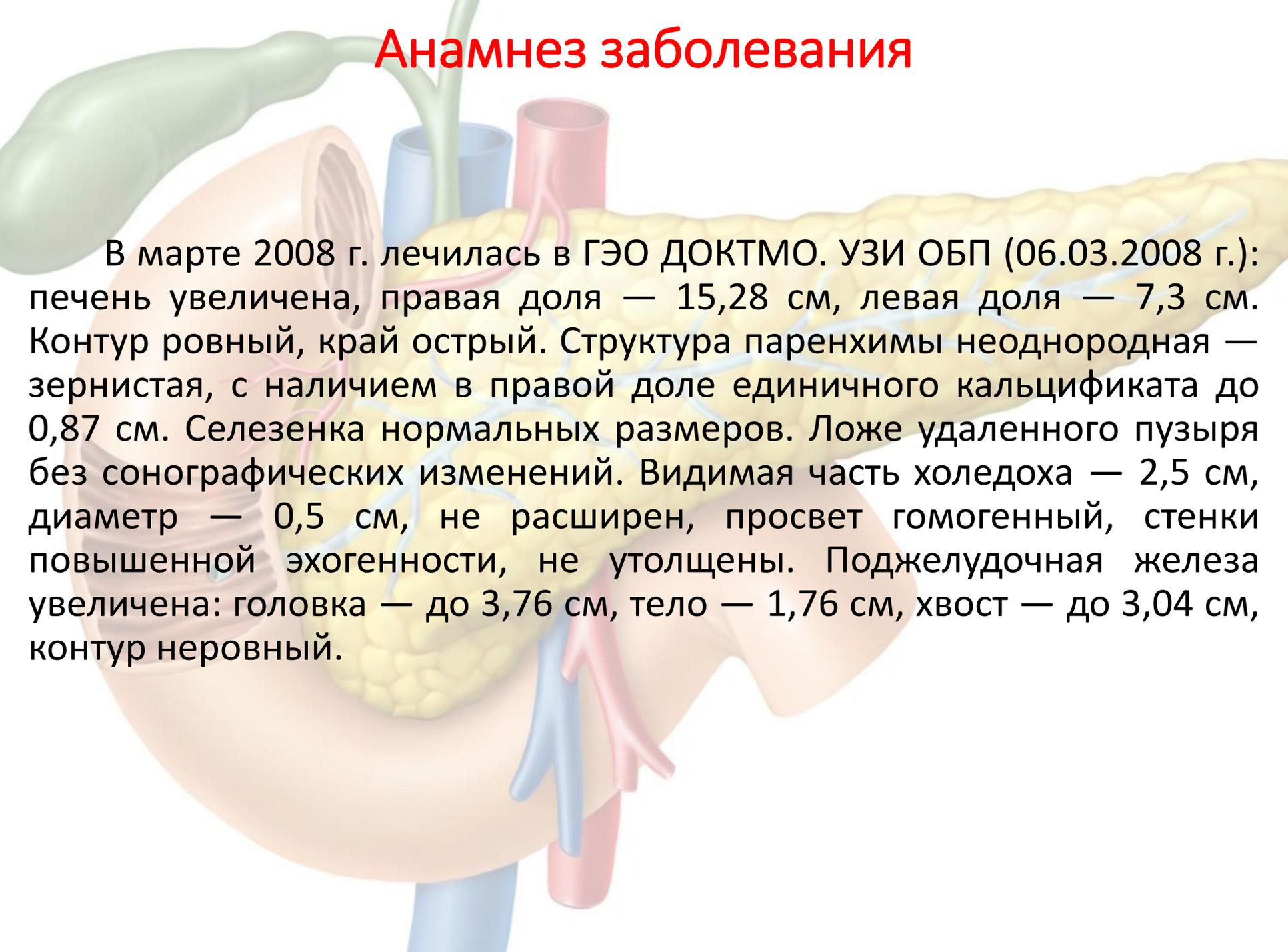
В январе 2008 г. при УЗИ ОБП выявлены кисты в поджелудочной железе: в области перехода тела в хвост железы — гидрофильное округлое образование диаметром $\approx 2,5$ см с нечетким контуром, однородной структуры. Поджелудочная железа увеличена в области тела до 2,5 см, в области хвоста до 3,3 см. Эхогенность паренхимы железы значительно снижена; вся паренхима состоит из множества кальцинатов размерами 5–18 мм, панкреатический проток — 4 мм.

Анамнез заболевания



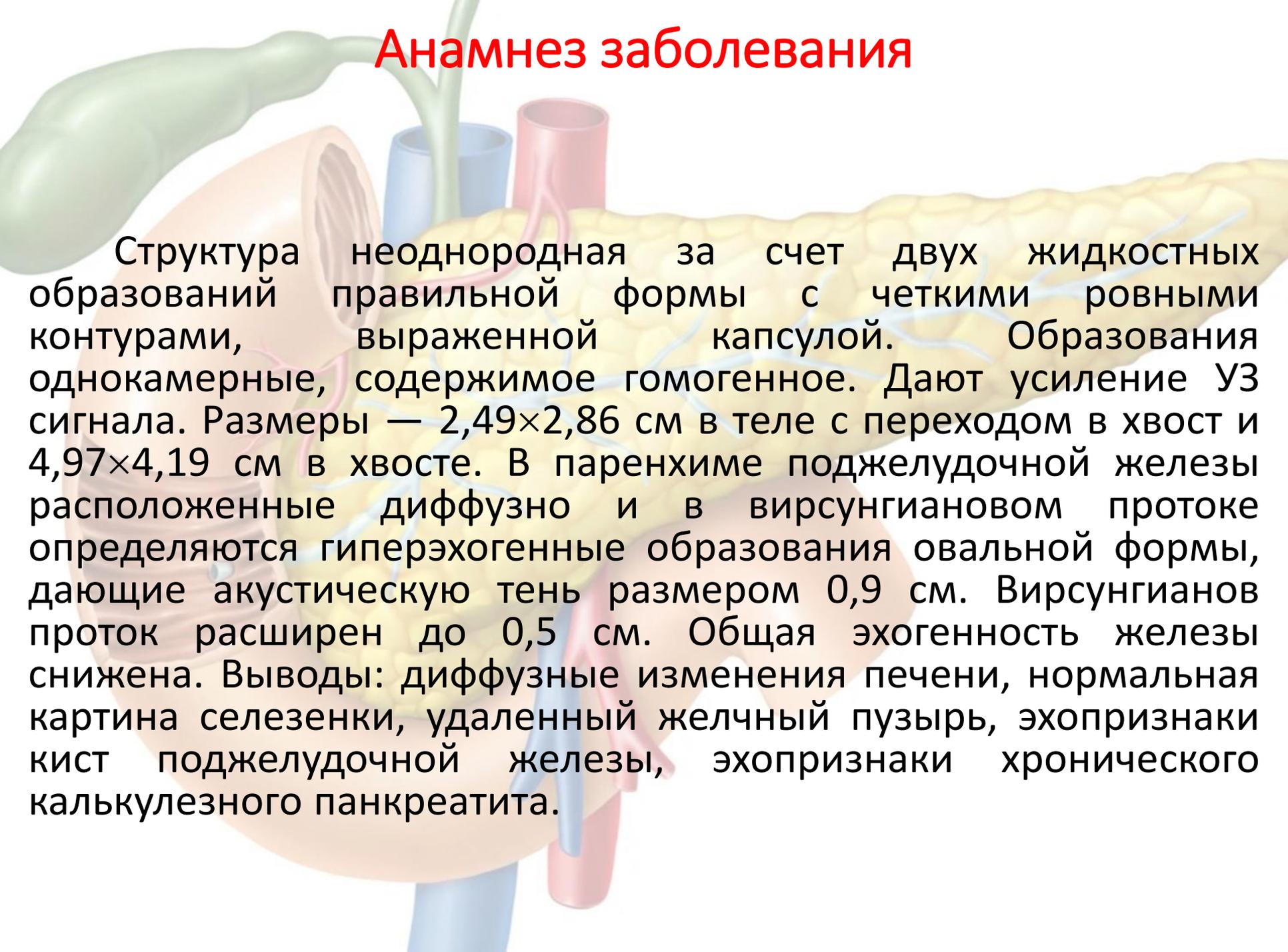
Заключение: эхопризнаки диффузного отека панкреатита с тотальным кальцинозом и зоной деструкции (псевдокиста) в проекции перехода тела в хвост.

Анамнез заболевания



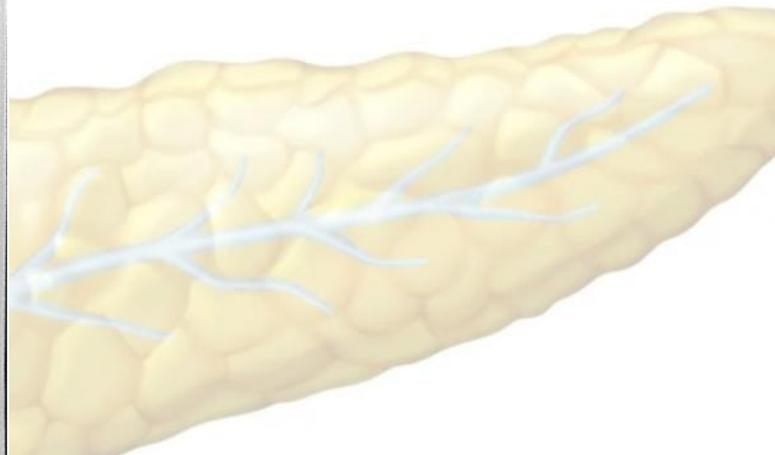
В марте 2008 г. лечилась в ГЭО ДОКТМО. УЗИ ОБП (06.03.2008 г.): печень увеличена, правая доля — 15,28 см, левая доля — 7,3 см. Контур ровный, край острый. Структура паренхимы неоднородная — зернистая, с наличием в правой доле единичного кальцификата до 0,87 см. Селезенка нормальных размеров. Ложе удаленного пузыря без сонографических изменений. Видимая часть холедоха — 2,5 см, диаметр — 0,5 см, не расширен, просвет гомогенный, стенки повышенной эхогенности, не утолщены. Поджелудочная железа увеличена: головка — до 3,76 см, тело — 1,76 см, хвост — до 3,04 см, контур неровный.

Анамнез заболевания

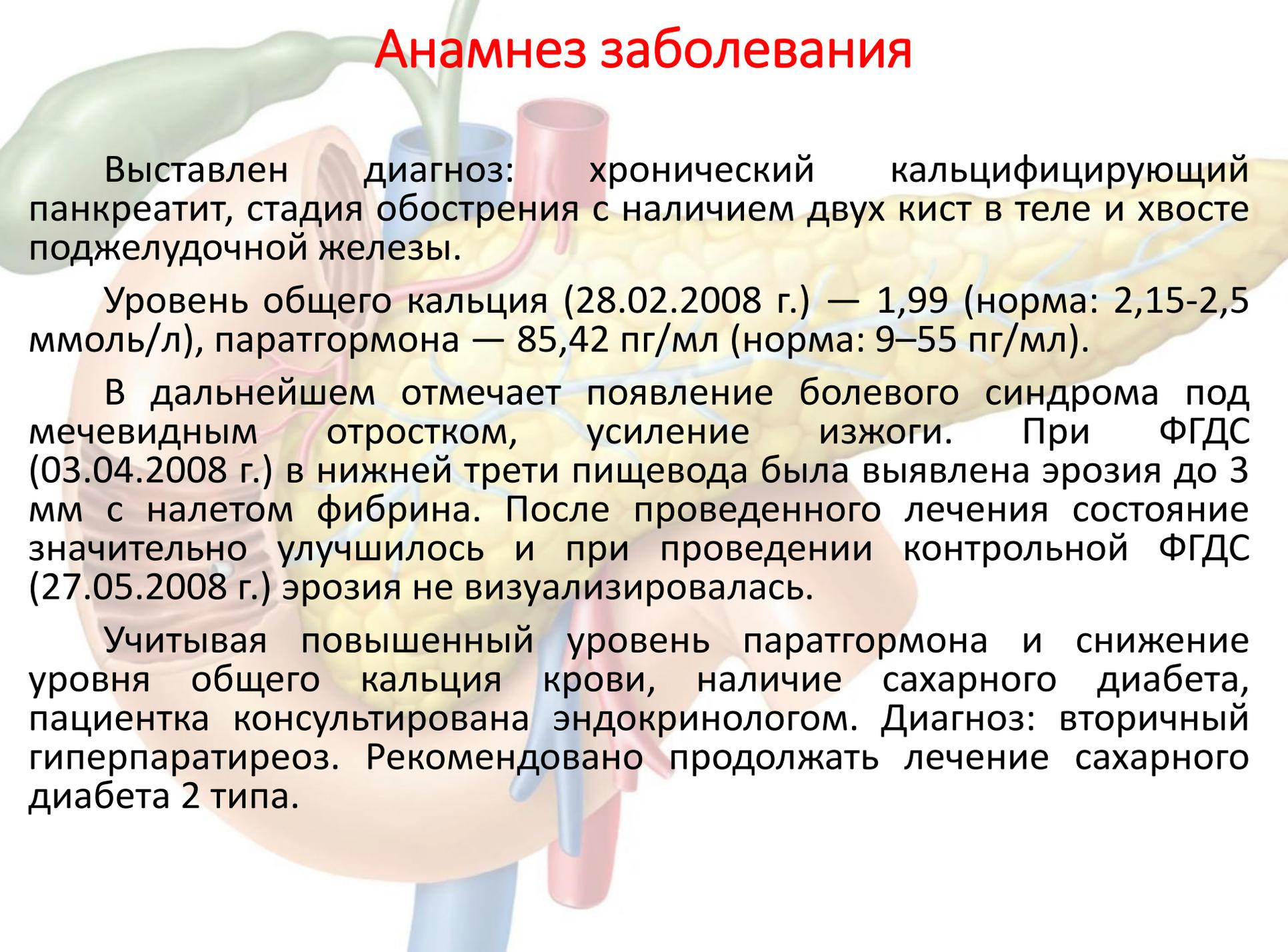
An anatomical illustration of the pancreas and its associated structures. The pancreas is shown in a yellowish, elongated shape with a head, body, and tail. The main pancreatic duct is highlighted in blue, and the accessory duct (Wirsung's duct) is highlighted in red. The gallbladder is shown in green, and the common bile duct is shown in blue. The illustration is semi-transparent, allowing the text to be read over it.

Структура неоднородная за счет двух жидкостных образований правильной формы с четкими ровными контурами, выраженной капсулой. Образования однокамерные, содержимое гомогенное. Дают усиление УЗ сигнала. Размеры — 2,49×2,86 см в теле с переходом в хвост и 4,97×4,19 см в хвосте. В паренхиме поджелудочной железы расположенные диффузно и в вирсунгиановом протоке определяются гиперэхогенные образования овальной формы, дающие акустическую тень размером 0,9 см. Вирсунгианов проток расширен до 0,5 см. Общая эхогенность железы снижена. Выводы: диффузные изменения печени, нормальная картина селезенки, удаленный желчный пузырь, эхопризнаки кист поджелудочной железы, эхопризнаки хронического калькулезного панкреатита.

Анамнез заболевания



Анамнез заболевания

Anatomical illustration of the pancreas and its associated ducts and blood vessels. The pancreas is shown in a light yellow color, with its main duct and accessory ducts highlighted in blue and red. The surrounding structures, including the stomach and duodenum, are shown in a light pinkish-orange color.

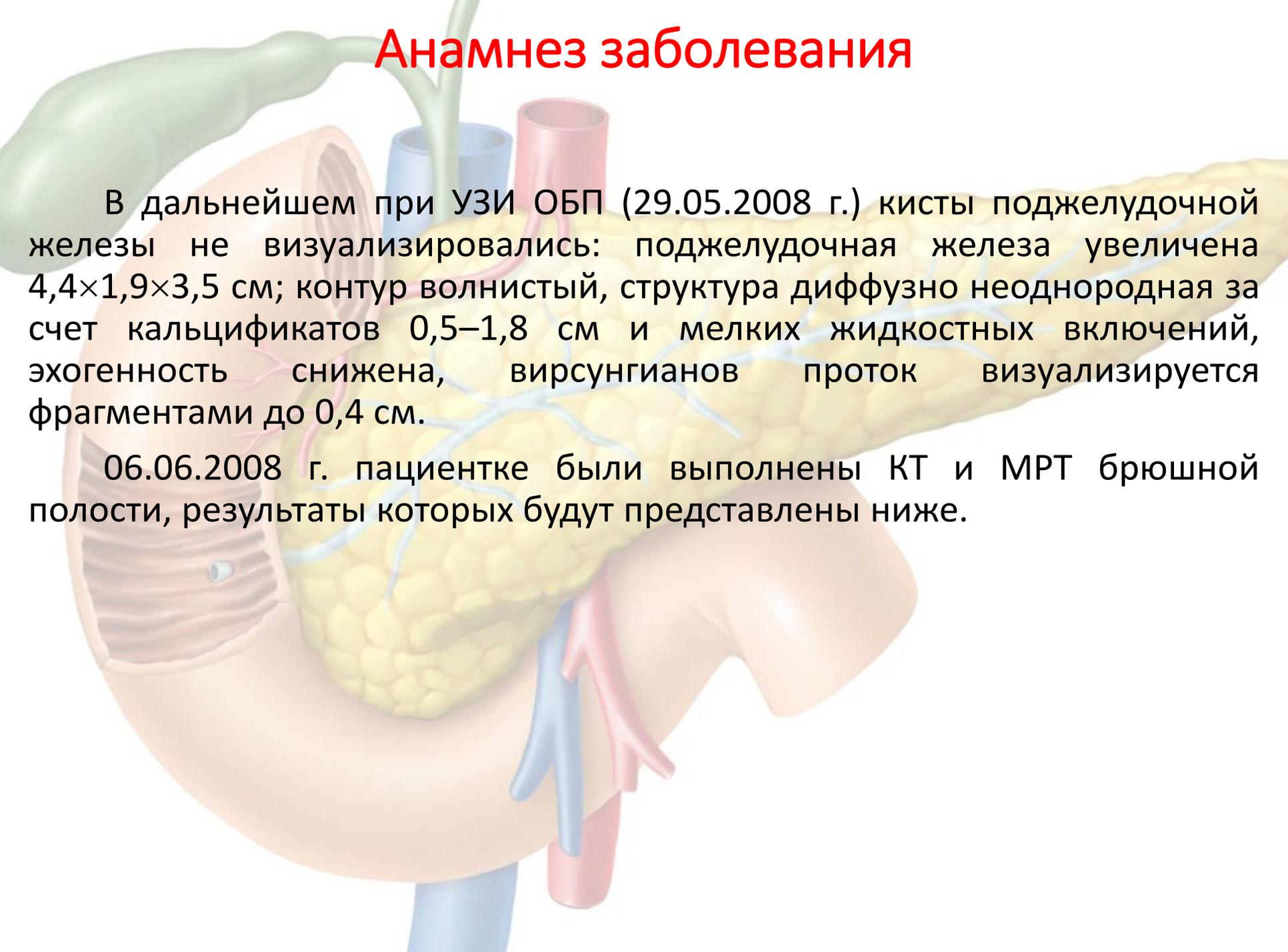
Выставлен диагноз: хронический кальцифицирующий панкреатит, стадия обострения с наличием двух кист в теле и хвосте поджелудочной железы.

Уровень общего кальция (28.02.2008 г.) — 1,99 (норма: 2,15-2,5 ммоль/л), паратгормона — 85,42 пг/мл (норма: 9–55 пг/мл).

В дальнейшем отмечает появление болевого синдрома под мечевидным отростком, усиление изжоги. При ФГДС (03.04.2008 г.) в нижней трети пищевода была выявлена эрозия до 3 мм с налетом фибрина. После проведенного лечения состояние значительно улучшилось и при проведении контрольной ФГДС (27.05.2008 г.) эрозия не визуализировалась.

Учитывая повышенный уровень паратгормона и снижение уровня общего кальция крови, наличие сахарного диабета, пациентка консультирована эндокринологом. Диагноз: вторичный гиперпаратиреоз. Рекомендовано продолжать лечение сахарного диабета 2 типа.

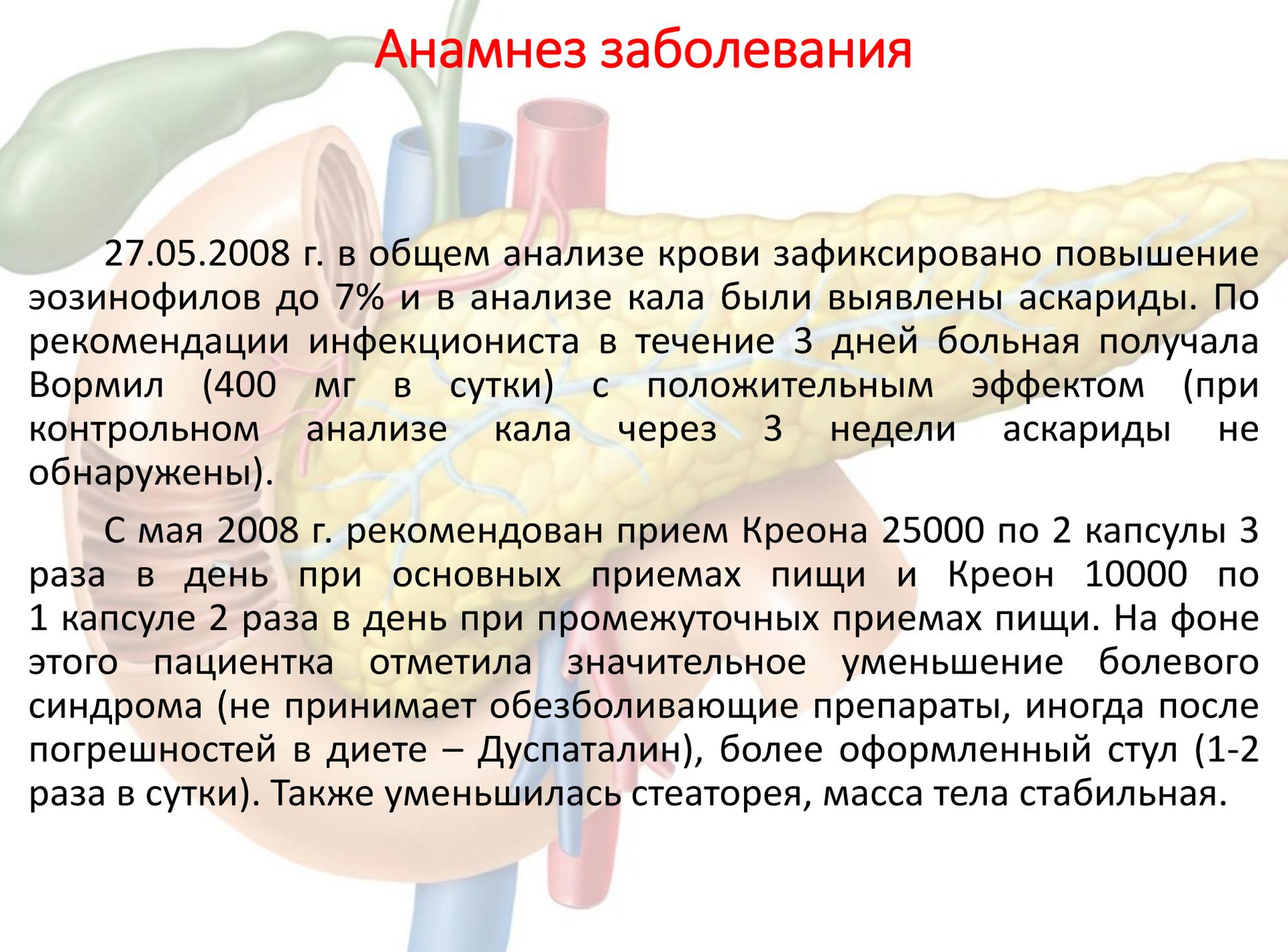
Анамнез заболевания

An anatomical illustration of the human abdominal cavity, focusing on the pancreas. The pancreas is shown in a yellowish, lobulated texture, situated behind the stomach. The main pancreatic duct is highlighted in blue, and the accessory (Wirsung) duct is shown in red. The gallbladder is visible on the left, and the duodenum is on the right. Major blood vessels, including the aorta and inferior vena cava, are also depicted in red and blue.

В дальнейшем при УЗИ ОБП (29.05.2008 г.) кисты поджелудочной железы не визуализировались: поджелудочная железа увеличена 4,4×1,9×3,5 см; контур волнистый, структура диффузно неоднородная за счет кальцификатов 0,5–1,8 см и мелких жидкостных включений, эхогенность снижена, вирсунгианов проток визуализируется фрагментами до 0,4 см.

06.06.2008 г. пациентке были выполнены КТ и МРТ брюшной полости, результаты которых будут представлены ниже.

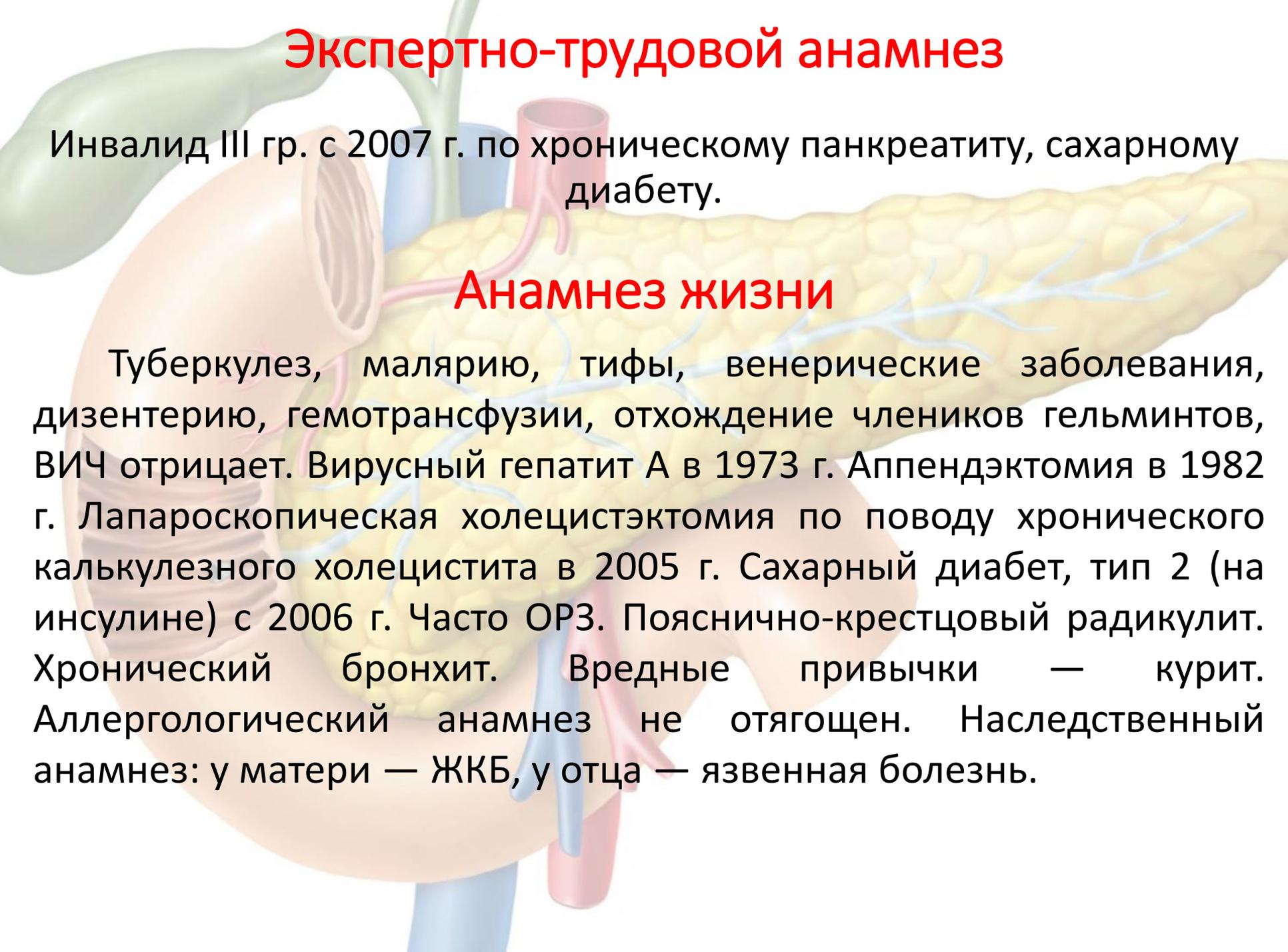
Анамнез заболевания



27.05.2008 г. в общем анализе крови зафиксировано повышение эозинофилов до 7% и в анализе кала были выявлены аскариды. По рекомендации инфекциониста в течение 3 дней больная получала Вормил (400 мг в сутки) с положительным эффектом (при контрольном анализе кала через 3 недели аскариды не обнаружены).

С мая 2008 г. рекомендован прием Креона 25000 по 2 капсулы 3 раза в день при основных приемах пищи и Креон 10000 по 1 капсуле 2 раза в день при промежуточных приемах пищи. На фоне этого пациентка отметила значительное уменьшение болевого синдрома (не принимает обезболивающие препараты, иногда после погрешностей в диете – Дуспаталин), более оформленный стул (1-2 раза в сутки). Также уменьшилась стеаторея, масса тела стабильная.

Экспертно-трудовой анамнез



Инвалид III гр. с 2007 г. по хроническому панкреатиту, сахарному диабету.

Анамнез жизни

Туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания, дизентерию, гемотрансфузии, отхождение члеников гельминтов, ВИЧ отрицает. Вирусный гепатит А в 1973 г. Аппендэктомия в 1982 г. Лапароскопическая холецистэктомия по поводу хронического калькулезного холецистита в 2005 г. Сахарный диабет, тип 2 (на инсулине) с 2006 г. Часто ОРЗ. Пояснично-крестцовый радикулит. Хронический бронхит. Вредные привычки — курит. Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственный анамнез: у матери — ЖКБ, у отца — язвенная болезнь.

Объективное исследование

Общее состояние удовлетворительное. Рост — 164 см. Вес — 67 кг. Индекс массы тела — 24,9 кг/м², что соответствует нормальному статусу питания (на фоне приема Креона). Температура тела — 36,7°C. Следов немедицинских инъекций нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Признаков зоба нет. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное, единичные сухие хрипы. Границы относительной сердечной тупости: правая — по правому краю грудины; верхняя — III ребро; левая — по левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные. ЧСС — 80 в минуту. АД — 125/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот: послеоперационные рубцы после аппендэктомии и после лапароскопической холецистэктомии. При поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации отрезки толстой кишки обычных пальпаторных свойств. Умеренная болезненность в проекции поджелудочной железы. Печень на 1,0-1,5 см ниже края реберной дуги, несколько уплотнена, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет.

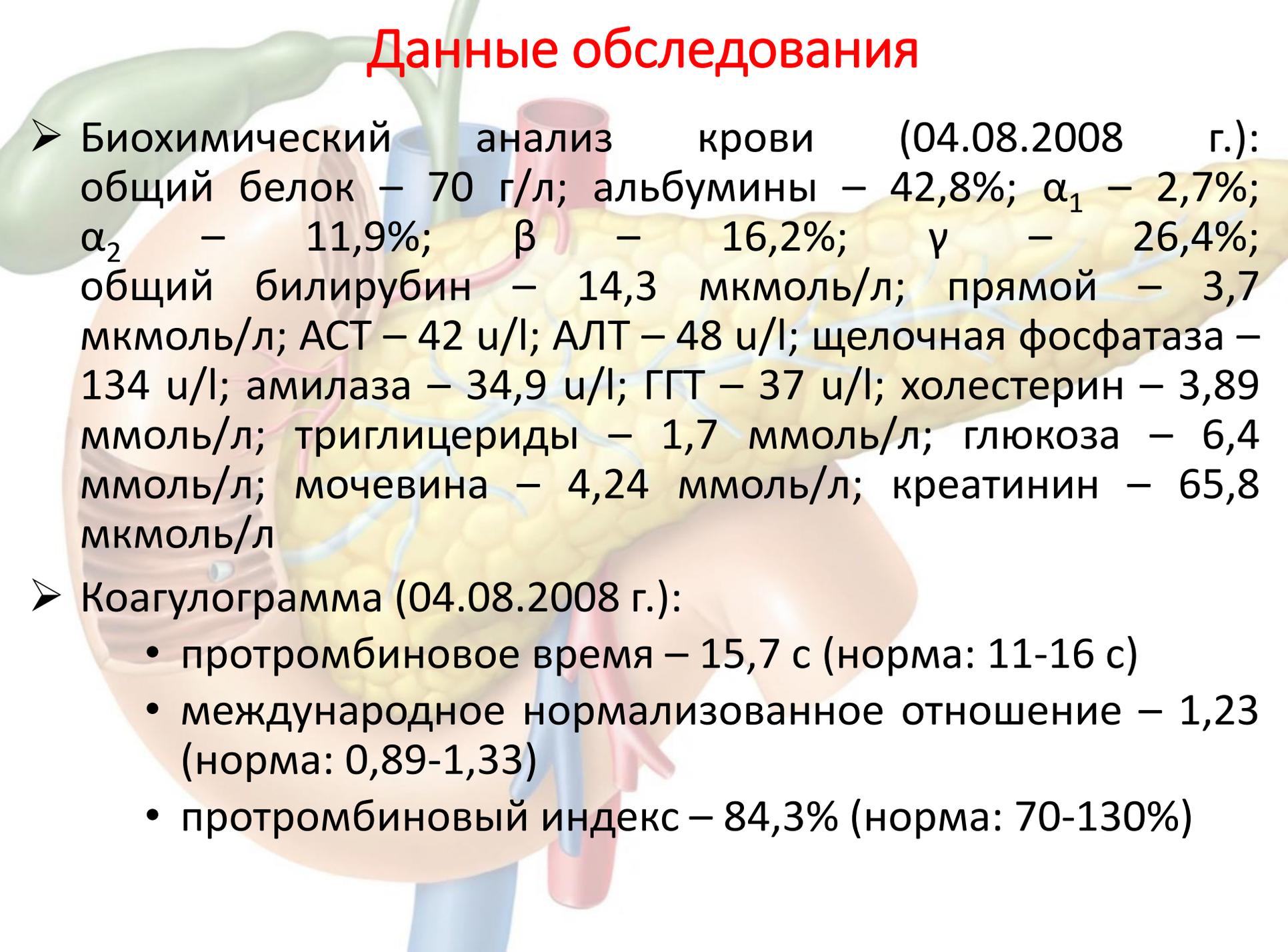
An anatomical illustration of the pancreas and its associated structures. The pancreas is shown as a yellow, segmented organ with a network of blue and red vessels. It is connected to the duodenum, which is shown in a cross-section. The gallbladder is visible in the upper left, and the common bile duct is shown connecting it to the duodenum. The illustration is set against a white background.

**ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО
ОБСЛЕДОВАНИЯ, КОНСУЛЬТАЦИИ
СПЕЦИАЛИСТОВ**

Данные обследования

- RW (28.05.2008 г., №694) – отр.
- Общий анализ крови (04.08.2008 г.): Hb – 143 г/л; эр. – 4,76 Т/л; ЦП – 0,9; СОЭ – 4 мм/ч; лейкоциты – 6,7 Г/л; п. – 5%, с. – 52%; э. – 2%; л. – 33%; м. – 8%.
- Общий анализ мочи (04.08.2008 г.): отн. пл. – 1011; рН – 5,8; глюкоза, белок не обнаружены; лейкоциты – 1-2 в п/зр.; эп. плоский – 2-3 в п/зр.
- Панкреатическая эластаза-1 (26.08.2008 г.) – 58,1 мкг/г (норма: 200-500 мкг/г)
- Количество жира в кале за 72 ч. (22-24.04.2008 г.) – 154,0 г (норма: до 21 г)
- Коэффициент абсорбции жира (22-24.04.2008 г.) – 72,57% (норма: $\geq 95\%$)

Данные обследования

- 
- Биохимический анализ крови (04.08.2008 г.):
общий белок – 70 г/л; альбумины – 42,8%; α_1 – 2,7%;
 α_2 – 11,9%; β – 16,2%; γ – 26,4%;
общий билирубин – 14,3 мкмоль/л; прямой – 3,7
мкмоль/л; АСТ – 42 у/л; АЛТ – 48 у/л; щелочная фосфатаза –
134 у/л; амилаза – 34,9 у/л; ГГТ – 37 у/л; холестерин – 3,89
ммоль/л; триглицериды – 1,7 ммоль/л; глюкоза – 6,4
ммоль/л; мочевины – 4,24 ммоль/л; креатинин – 65,8
мкмоль/л
 - Коагулограмма (04.08.2008 г.):
 - протромбиновое время – 15,7 с (норма: 11-16 с)
 - международное нормализованное отношение – 1,23
(норма: 0,89-1,33)
 - протромбиновый индекс – 84,3% (норма: 70-130%)

Данные обследования

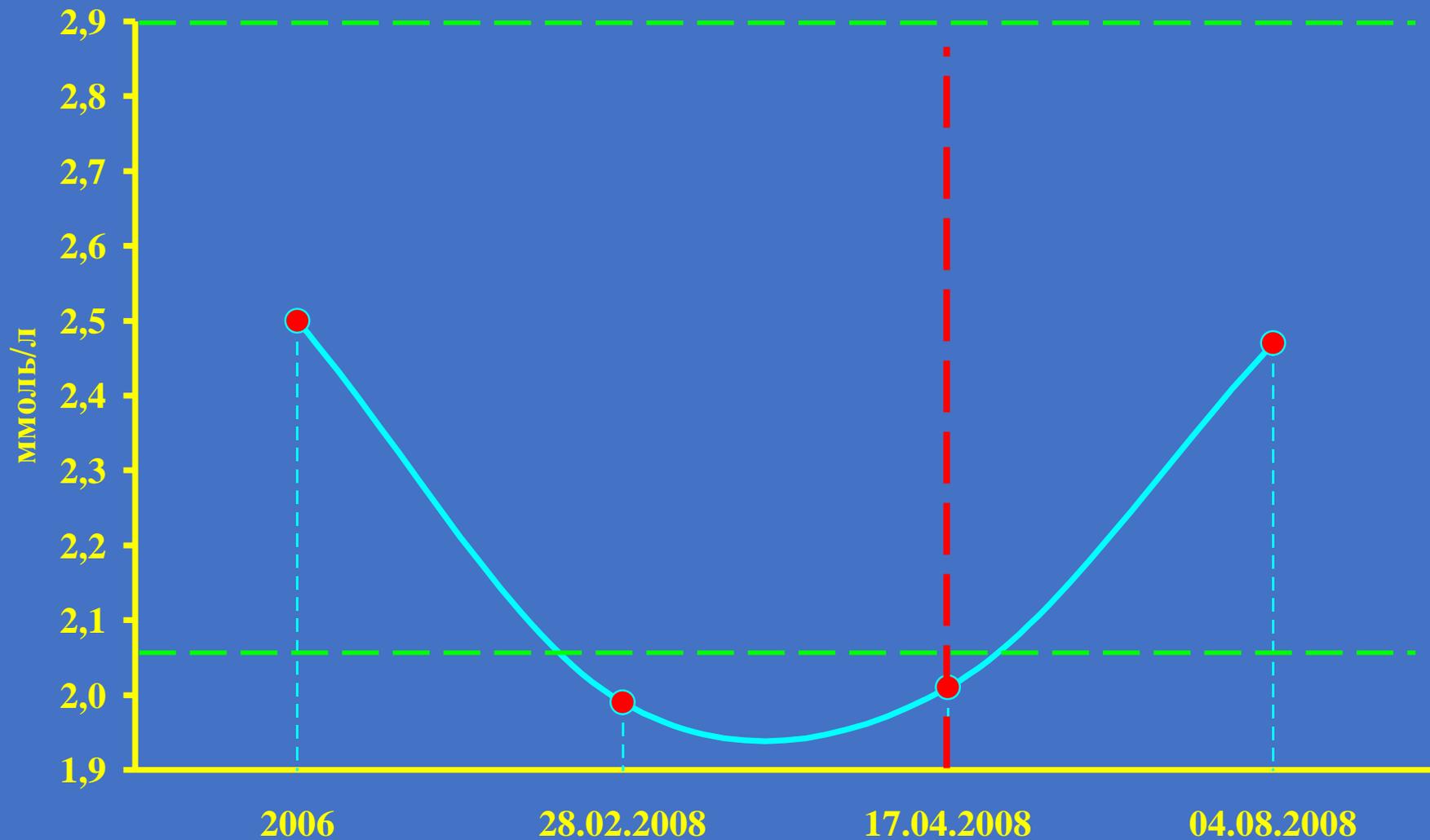
- Фосфор (28.02.2008 г.) – 1,49 ммоль/л (норма: 0,81-1,48 ммоль/л)
- Калий (04.08.2008 г.) – 4,8 ммоль/л (норма: 3,5-5,4 ммоль/л)
- Натрий (04.08.2008 г.) – 142,3 ммоль/л (норма: 134-155 ммоль/л)
- СРБ (04.08.2008 г.) – отрицательный
- Вирусные маркеры (04.08.2008 г.):
 - HBsAg – отрицательный
 - anti-HBcor IgG – отрицательные
 - anti-HCV Ig M+G – отрицательные

Данные обследования

- Гликемический профиль (04.08.2008 г.) – 8⁰⁰ – 5,01 ммоль/л, 12⁰⁰ – 6,21 ммоль/л, 17⁰⁰ – 4,9 ммоль/л
- Гликозилированный гемоглобин (04.08.2008 г.) – 6,6% HbA1c (норма при диабете: < 7% HbA1c)
- Гормоны щитовидной железы (04.08.2008 г.):
 - Т3 – 1,2 нмоль/л (норма: 1,0-2,8 нмоль/л)
 - Т4 – 120 нмоль/л (норма: 54-156 нмоль/л)
 - ТТГ – 0,6 мкМО/мл (норма: 0,2-3,4 мкМО/мл)
 - антитела к ТГ – 12 МО/мл (норма: < 65 МО/мл)

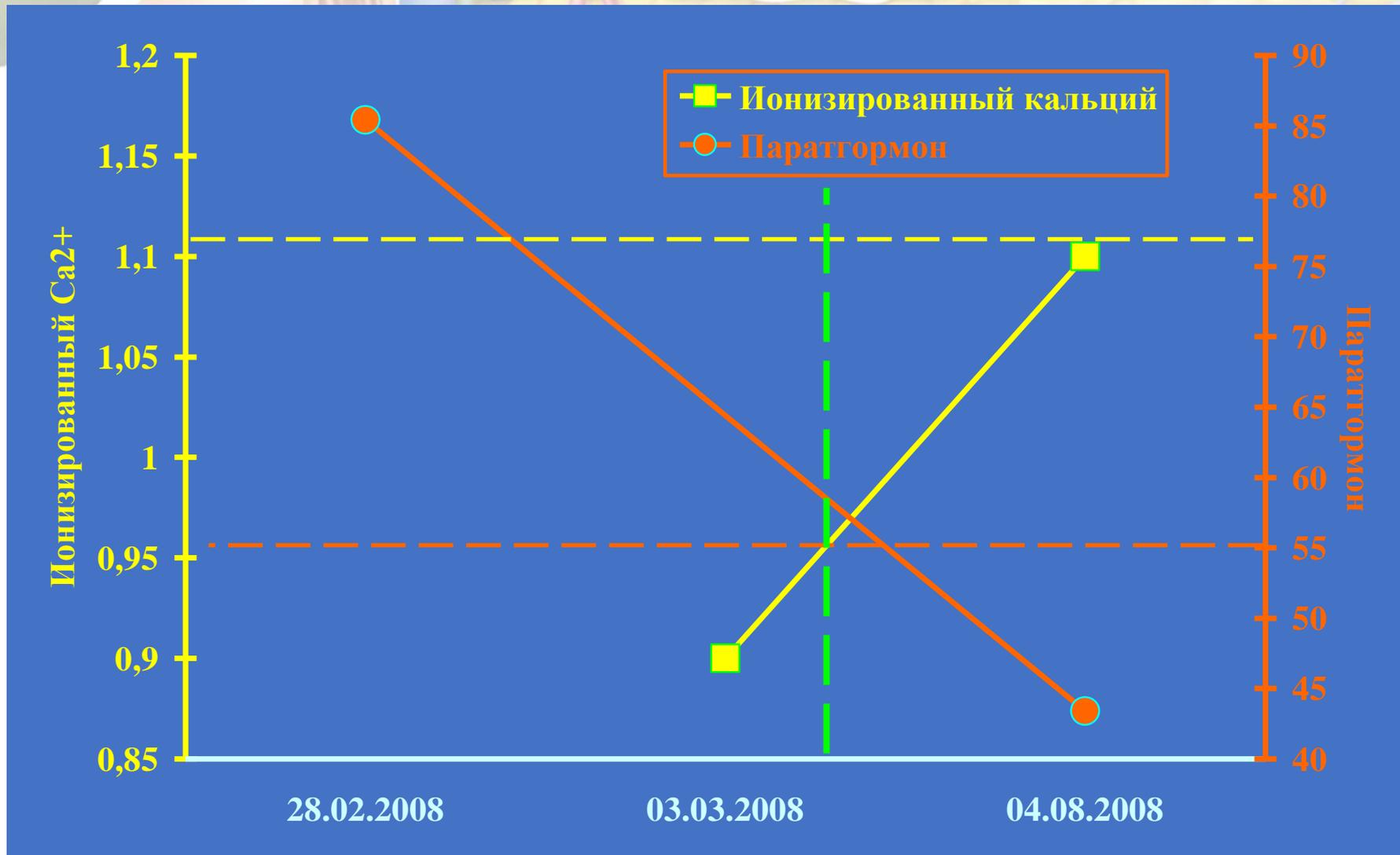
Данные обследования

Динамика общего кальция крови



Данные обследования

Динамика ионизированного кальция крови и паратгормона



Данные обследования

ЭКГ (28.05.2008 г.)

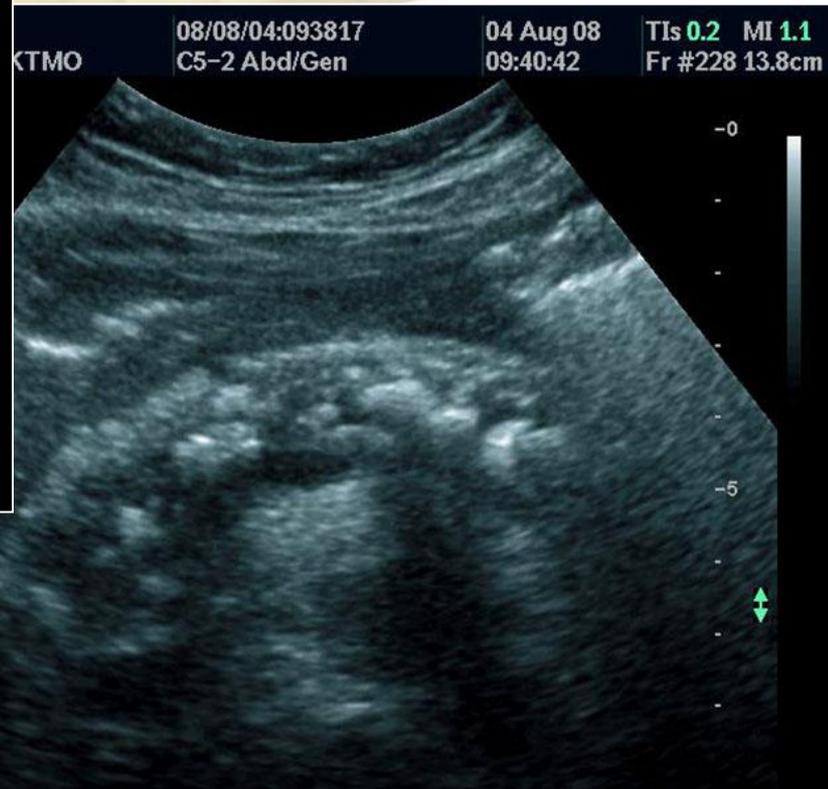
Ритм синусовый, регулярный с ЧСС 67 уд/мин. Отклонение ЭОС резко влево. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса.

Рентгенография органов грудной клетки (04.08.2008 г.)

Легкие без патологических теней. Легочный рисунок не изменен. Корни структурны. Контур диафрагмы четкий. Синусы свободны. Сердце и аорта без особенностей.

Данные обследования

**УЗИ органов брюшной полости
(04.08.2008 г.; д.мед.н. А.Д. Зубов)**

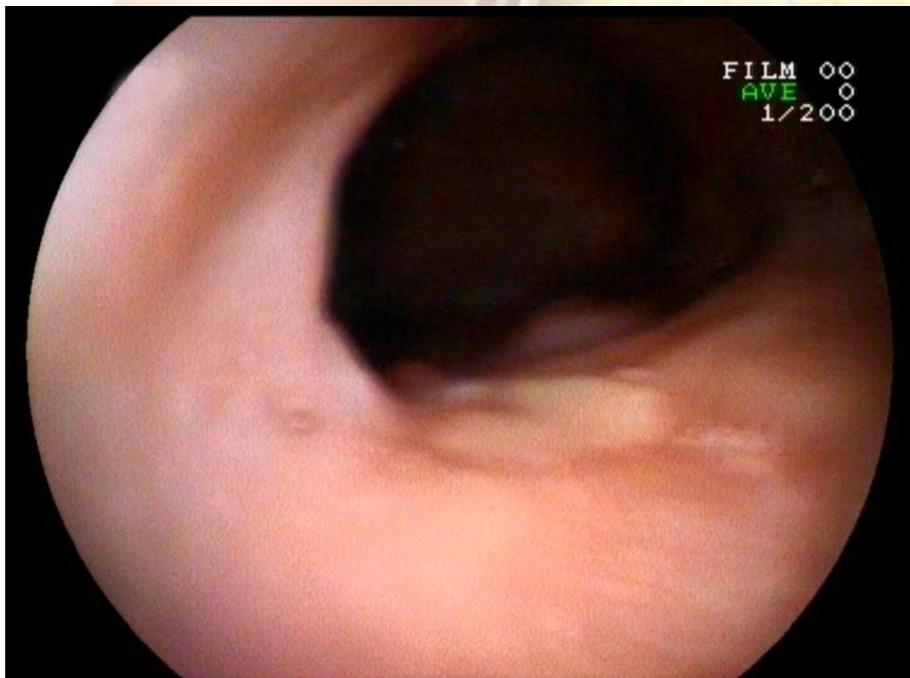


Данные обследования

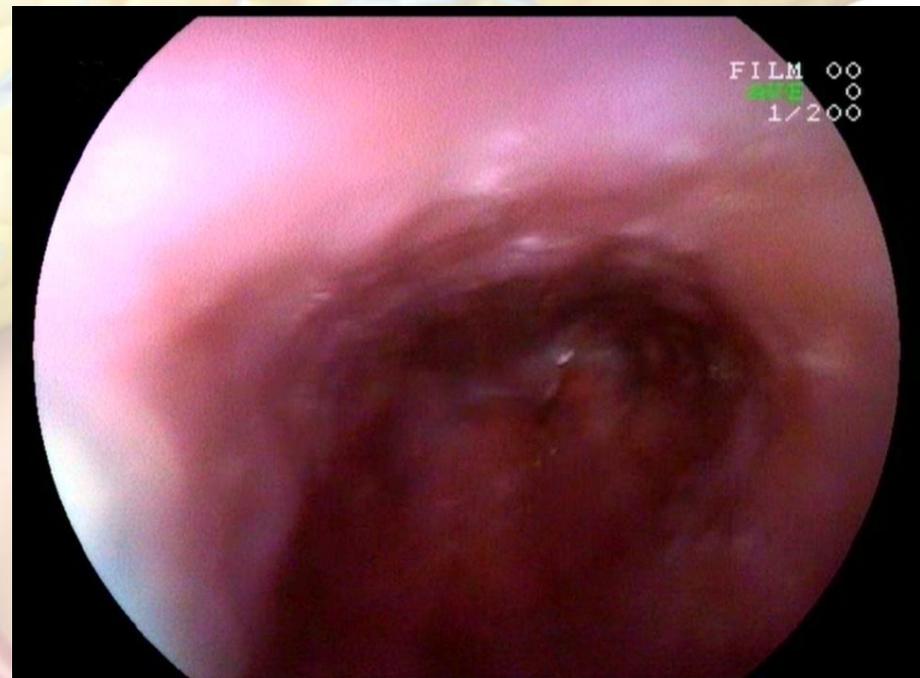
ФГДС

*До лечения
(03.04.2008 г.)*

*После лечения
(27.05.2008 г.)*



В нижней трети пищевода определяется эрозия до 3 мм с налетом фибрина



Слизистая нижней трети пищевода гладкая, блестящая, бледно-розовая

Данные обследования

УЗИ щитовидной железы (03.03.2008 г.)

Щитовидная железа: перешеек – 0,34 см; правая доля – 1,56×4,90×1,65 см; левая доля – 1,44×4,57×1,70 см. Контур ровный, четкий. Тень трахеи по средней линии, не смещена. Структура однородная, мелкозернистая. Васкуляризация обычная. Эхогенность обычная. Патологических образований не выявлено. В проекции паращитовидных желез дополнительных образований нет.

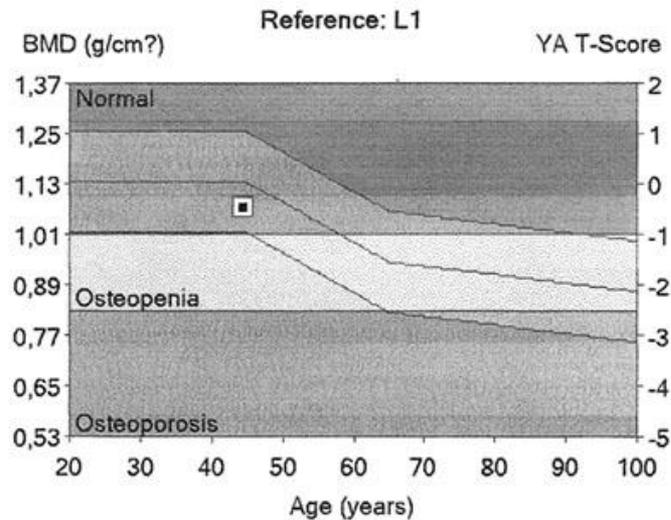
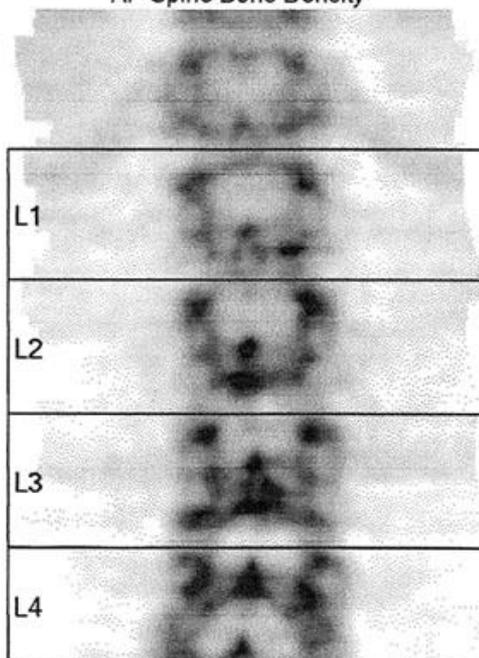
Выводы: нормальная картина щитовидной железы.

Данные обследования

Денситометрия (04.08.2008 г.)

Минеральная плотность костной ткани
в пределах нормы

AP Spine Bone Density



Region	1		2		3	
	BMD (g/cm ³)	Young-Adult (%)	T-Score	Age-Matched (%)	Z-Score	
L1	1,070	95	-0,5	94	-0,5	
L2	1,172	98	-0,2	97	-0,3	
L3	1,228	102	0,2	102	0,2	
L4	1,235	103	0,3	103	0,3	
L1-L4	1,179	100	0,0	100	0,0	

Данные обследования

Спиральная компьютерная томография органов брюшной полости, забрюшинного пространства с per os контрастированием (06.06.2008 г.)

Печень диффузно увеличена, с ровными, четкими контурами, неоднородной структурой, дополнительные образования и очаги патологической плотности в ней не визуализируются, в правой доле определяется единичный кальцинат до 0,5 см в диаметре. Внутривенные желчные протоки не расширены.

В ложе удаленного желчного пузыря дополнительных образований, воспалительных инфильтратов четко не определяется, визуализируется скоба металлической плотности, дающая на сканах артефакты.

Поджелудочная железа — не увеличена в размерах, выражено неоднородной структуры за счет наличия в головке, теле и хвосте множества обызвествлений от 0,4 до 1,6 см в диаметре с тенденцией к слиянию. Окружающая жировая клетчатка умеренно инфильтрирована вокруг головки и частично тела.

Данные обследования

Спиральная компьютерная томография органов брюшной полости, забрюшинного пространства с per os контрастированием (06.06.2008 г.)

Размеры селезенки не изменены, структура однородная, дополнительных образований не выявлено. Надпочечники обычной формы, размеров, дополнительные образования в них не определяются. Правая и левая почки обычной формы, размеров, положения, дополнительных образований в них не выявлено. Полостная система не расширена, конкременты не визуализируются. Сосудистые ножки почек не изменены. Мочеточники не расширены.

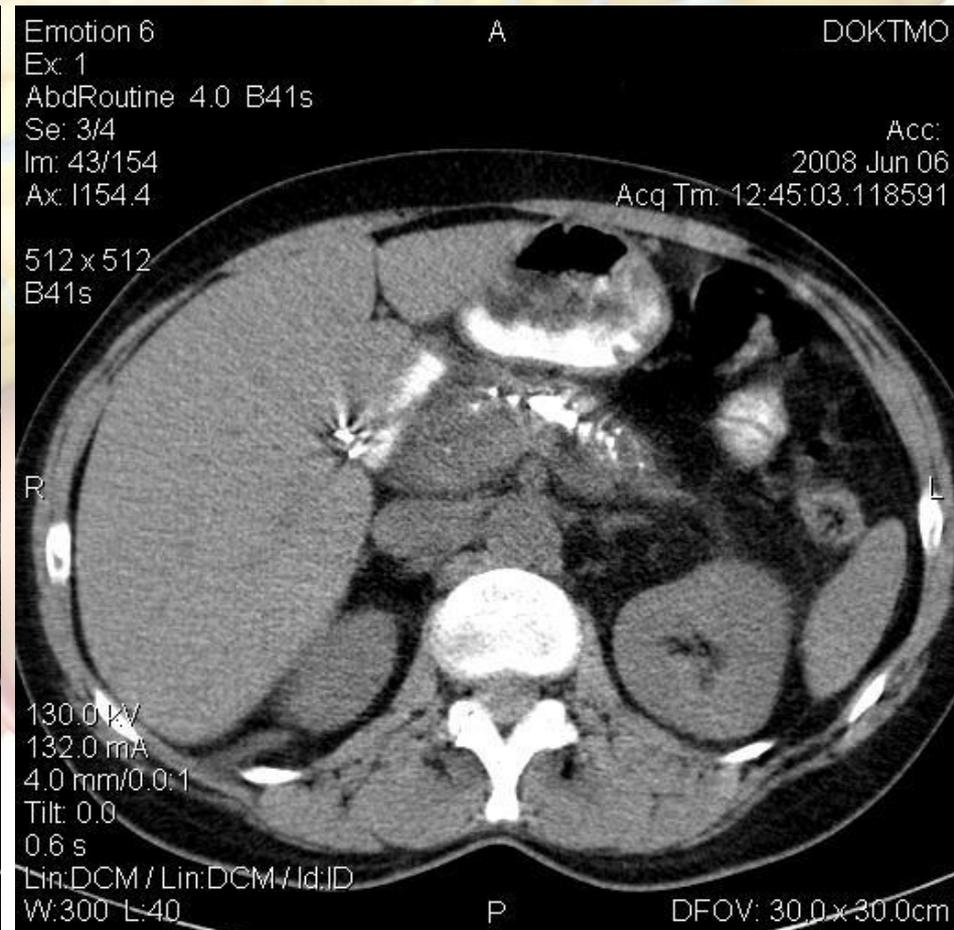
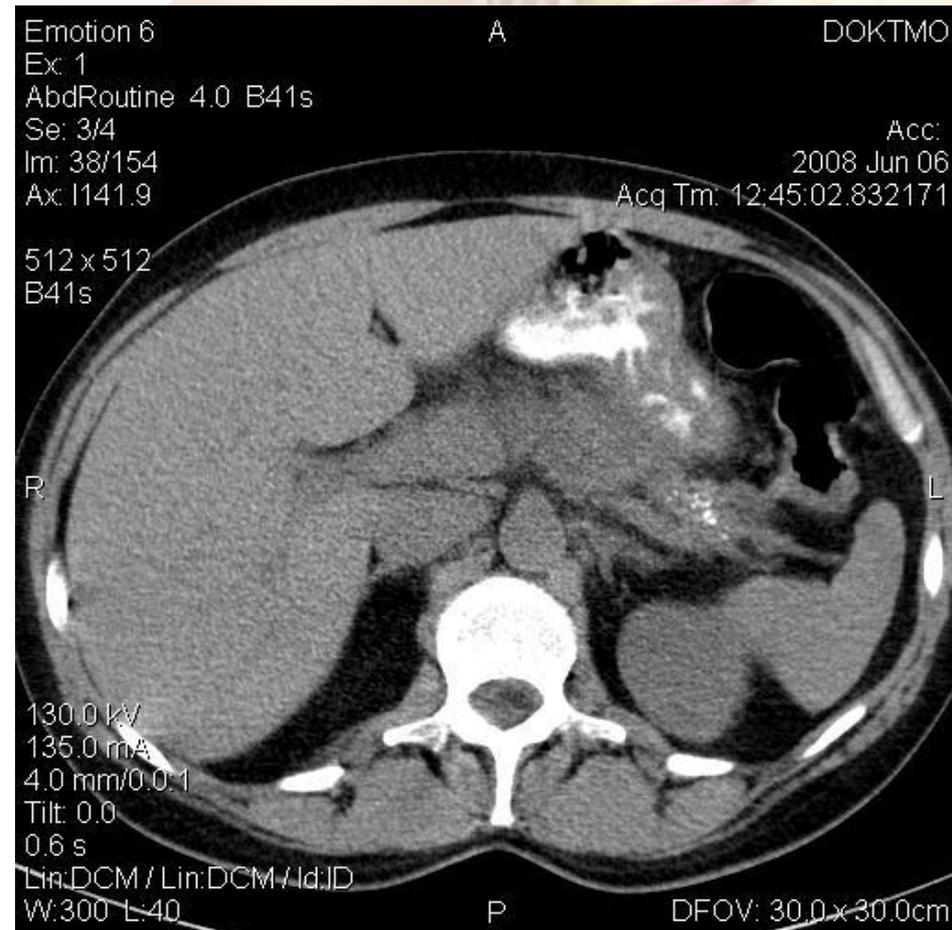
Лимфатические узлы в брюшной полости и забрюшинном пространстве не увеличены.

Деструктивных изменений в костных структурах на уровне исследования не выявлено.

Заключение. Хронический кальцифицирующий панкреатит, вероятно, в фазе обострения. Диффузные изменения печени.

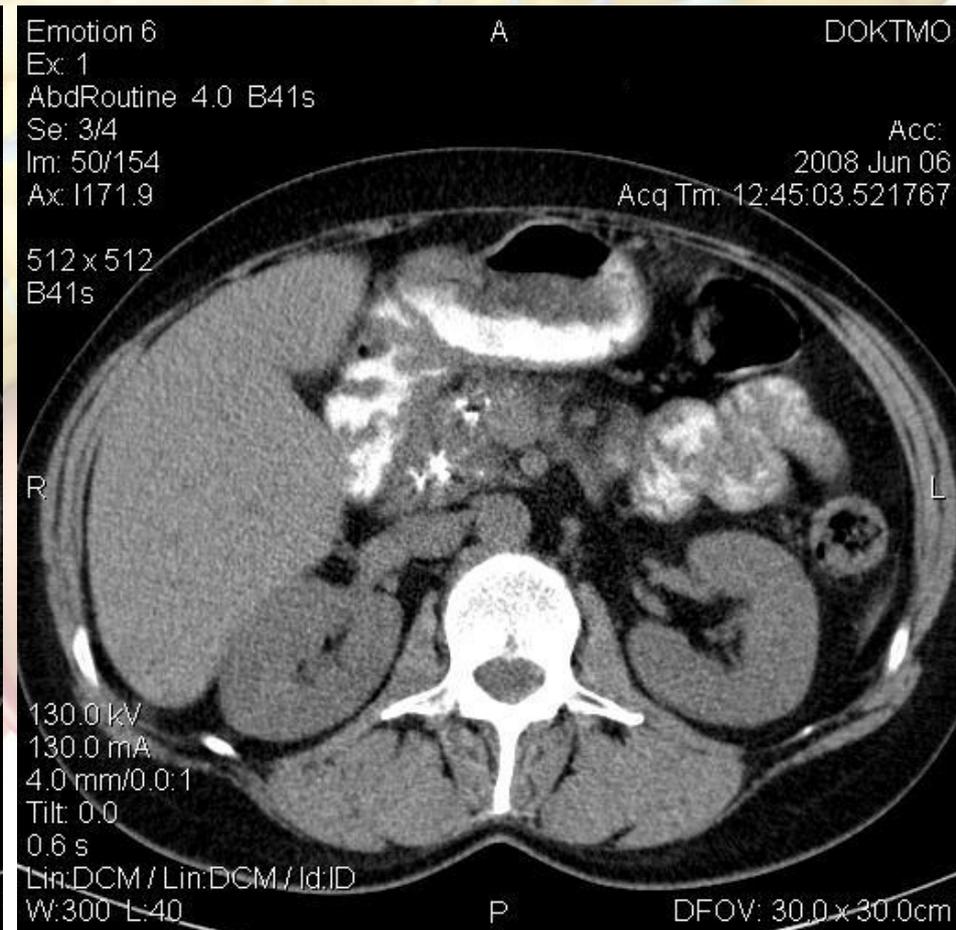
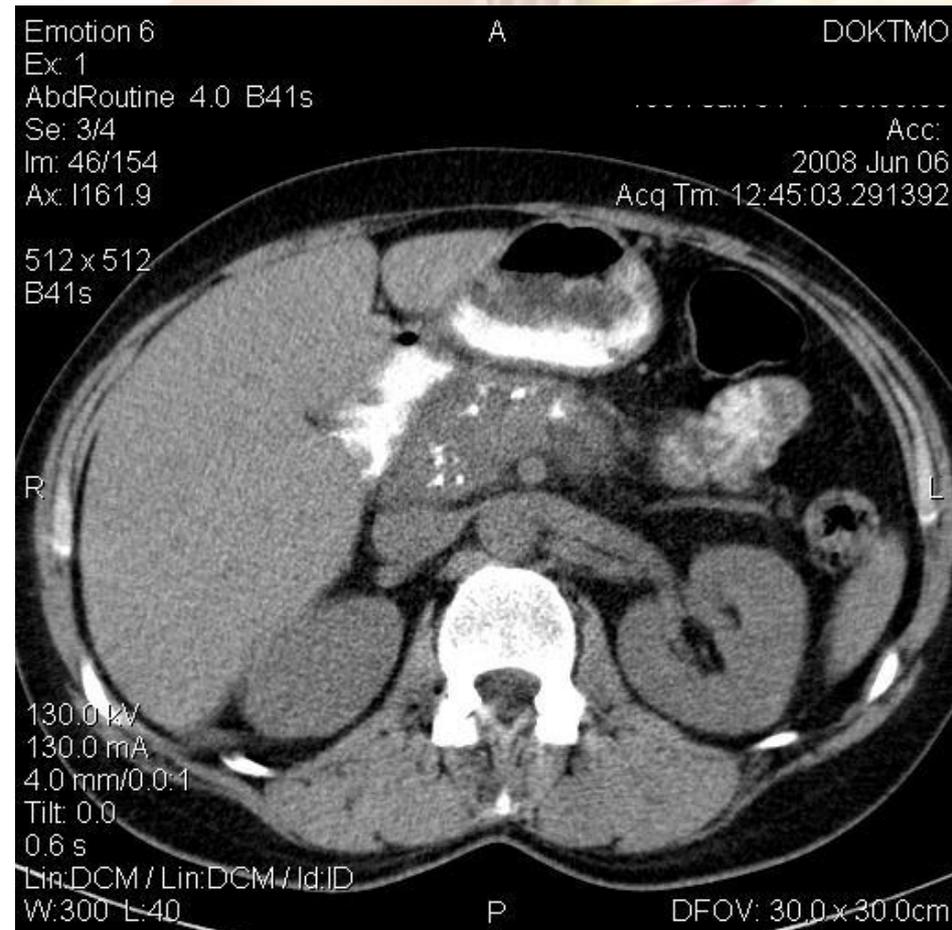
Данные обследования

Спиральная компьютерная томография (06.06.2008 г.)



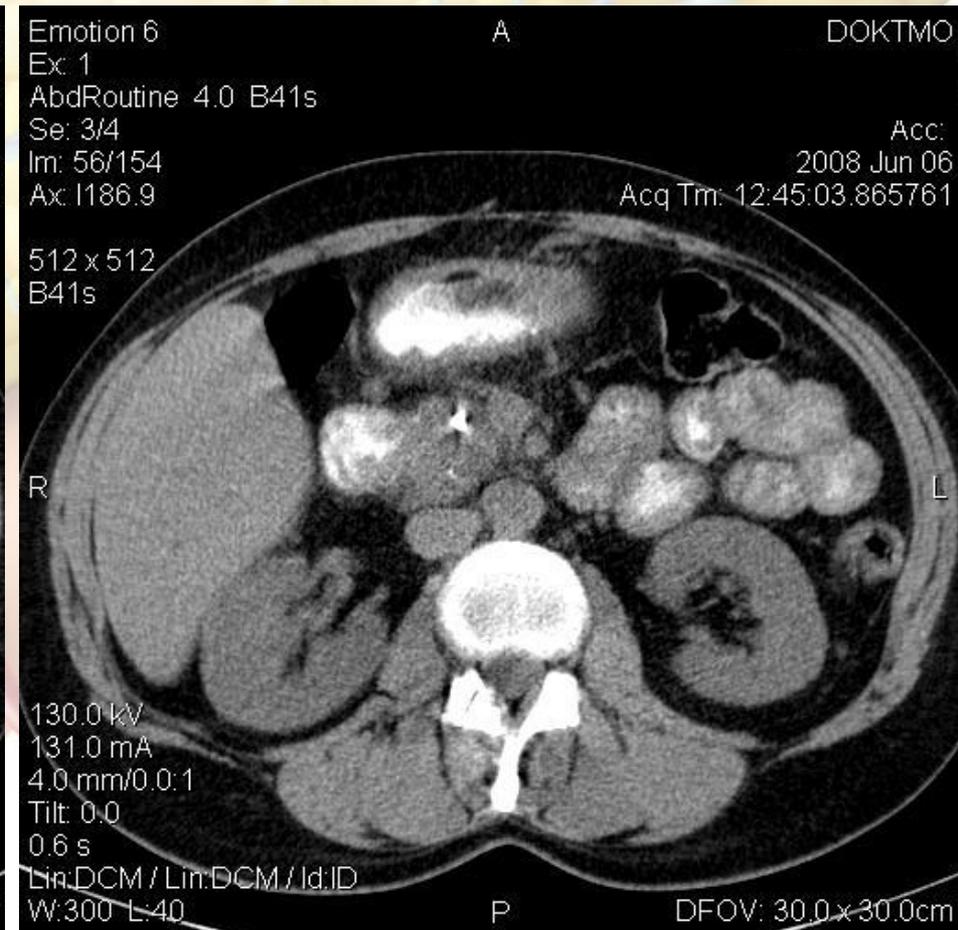
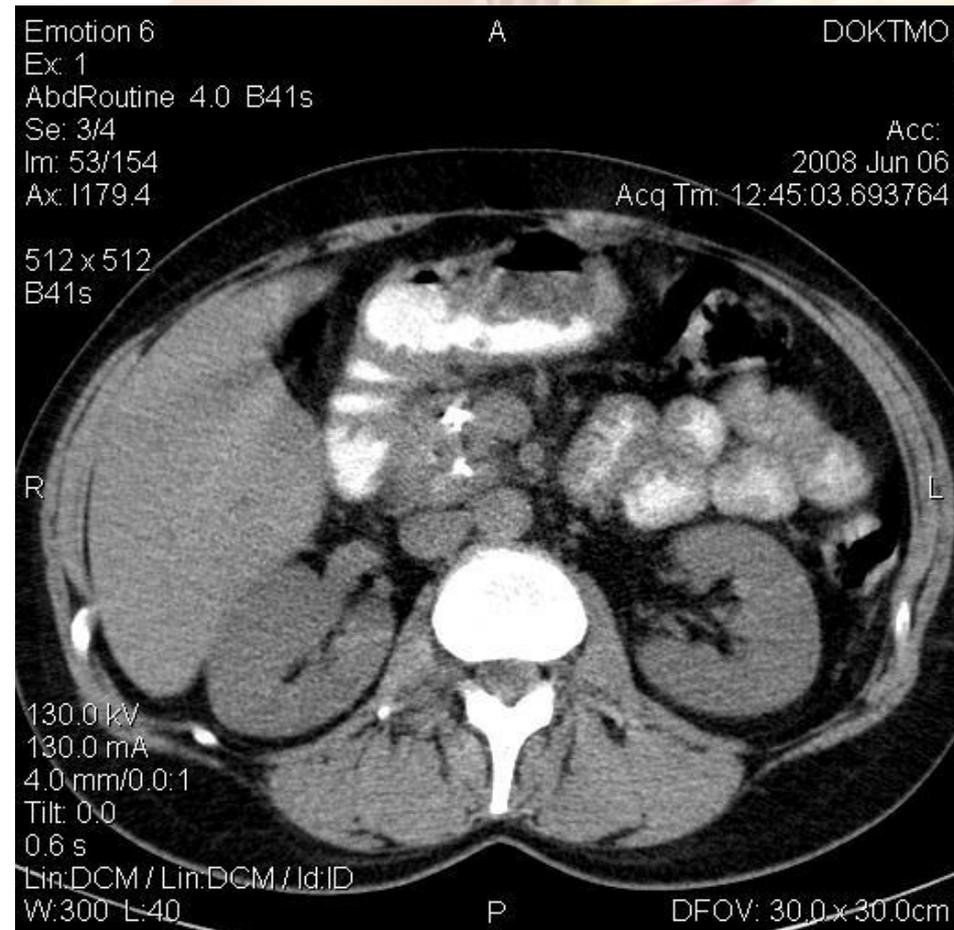
Данные обследования

Спиральная компьютерная томография (06.06.2008 г.)



Данные обследования

Спиральная компьютерная томография (06.06.2008 г.)



Данные обследования

Магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства, МР-холангиография (06.06.2008 г.)

При МР-томографии брюшной полости и забрюшинного пространства печень умеренно диффузно увеличена в размерах, структура ее однородная, очагов патологического изменения МР-сигнала и дополнительных образований в ней не выявлено. Внутривенные желчные протоки и холедох не расширены.

Поджелудочная железа увеличена в размерах, неоднородной структуры, с наличием участков повышенного до высокого МР-сигнала в T2 и пониженного в T1-В/И, а также множество мелких участков отсутствия сигнала — кальцинатов. Определяется умеренная инфильтрация окружающей жировой клетчатки, преимущественно по передней поверхности, в области тела.

Данные обследования

Магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства, МР-холангиография (06.06.2008 г.)

Надпочечники не увеличены, форма и структура их обычная, дополнительные образования не определяются.

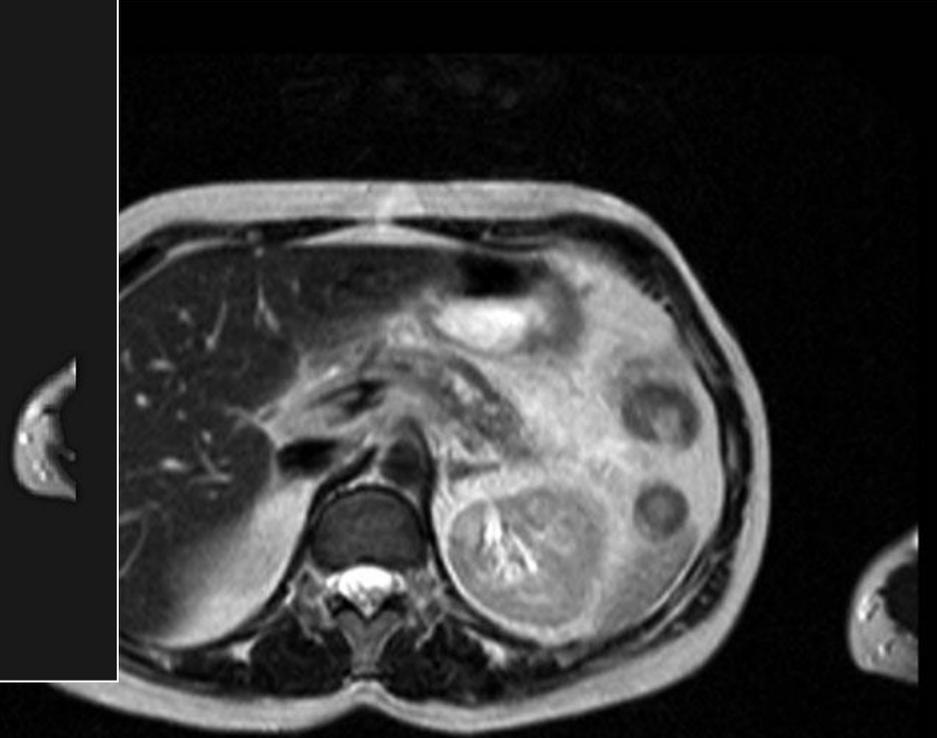
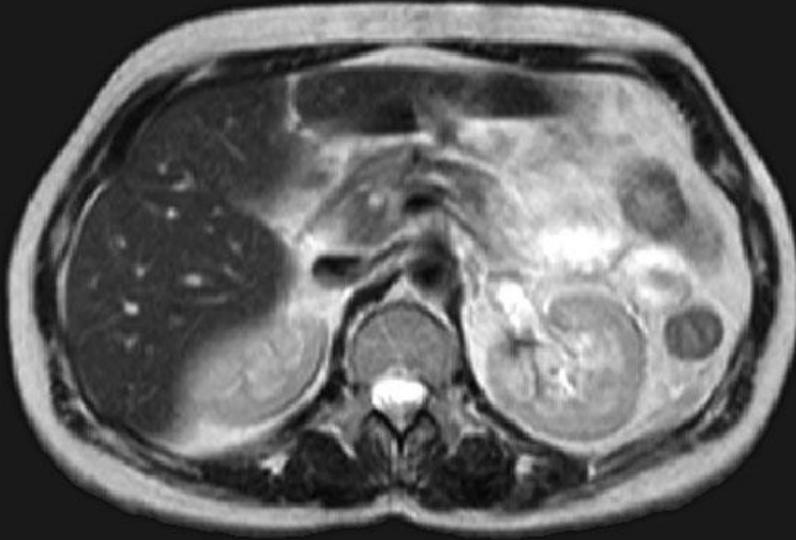
Почки — не увеличены в объеме, с четкими контурами. Паренхима почек — однородная, чашечно-лоханочные системы не расширены.

Лимфатические узлы в брюшной полости и забрюшинном пространстве не увеличены.

Заключение. Диффузные изменения печени. МРТ-признаков расширения внутрипеченочных желчных протоков и холедоха не выявлено. Хронический кальцифицирующий панкреатит в фазе умеренно выраженного обострения.

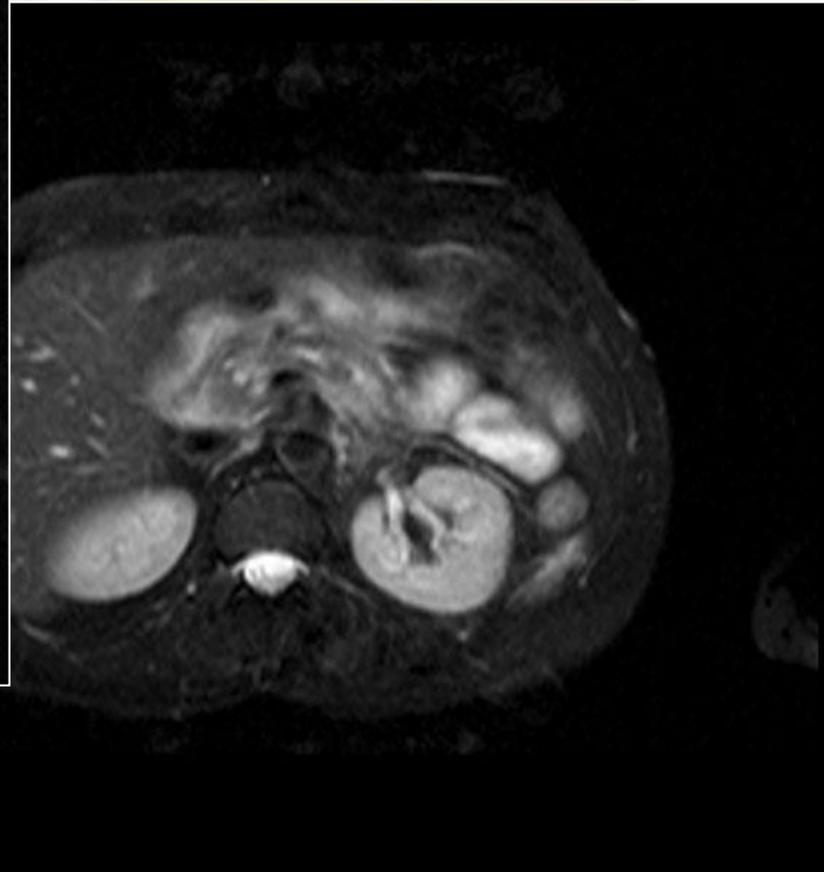
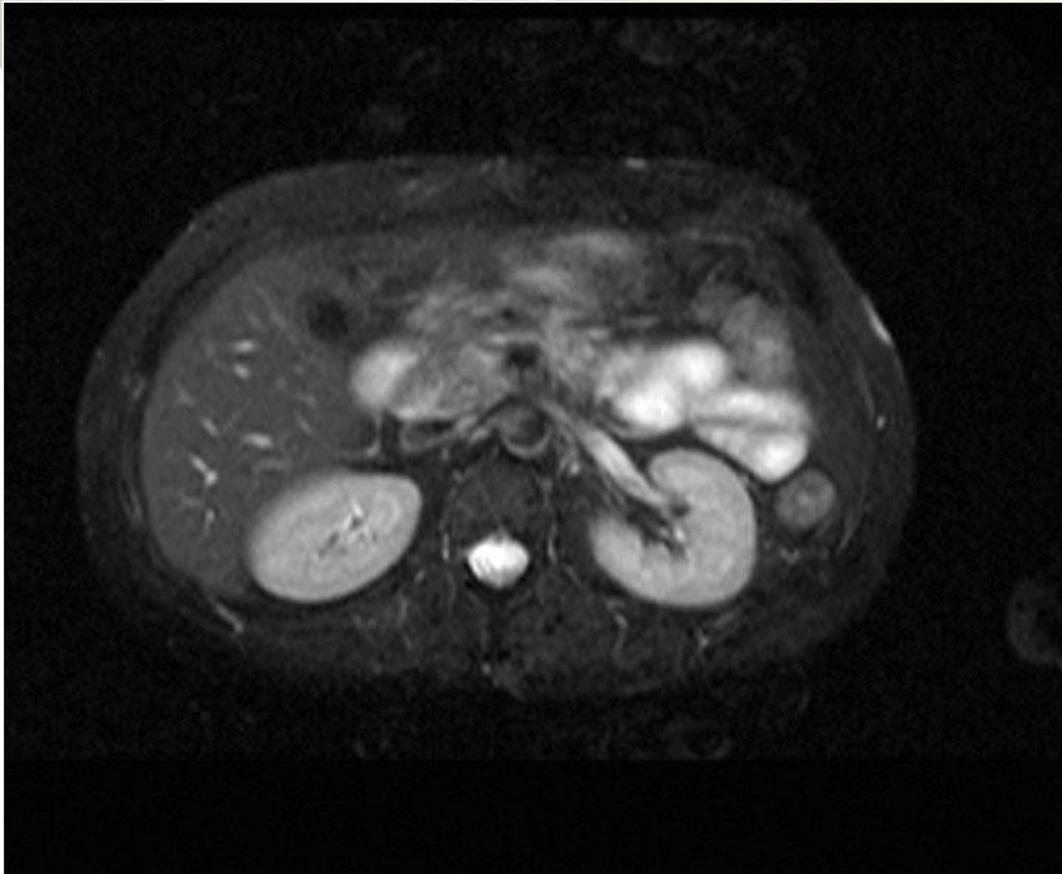
Данные обследования

**Магнитно-резонансная
томография (06.06.2008 г.)**



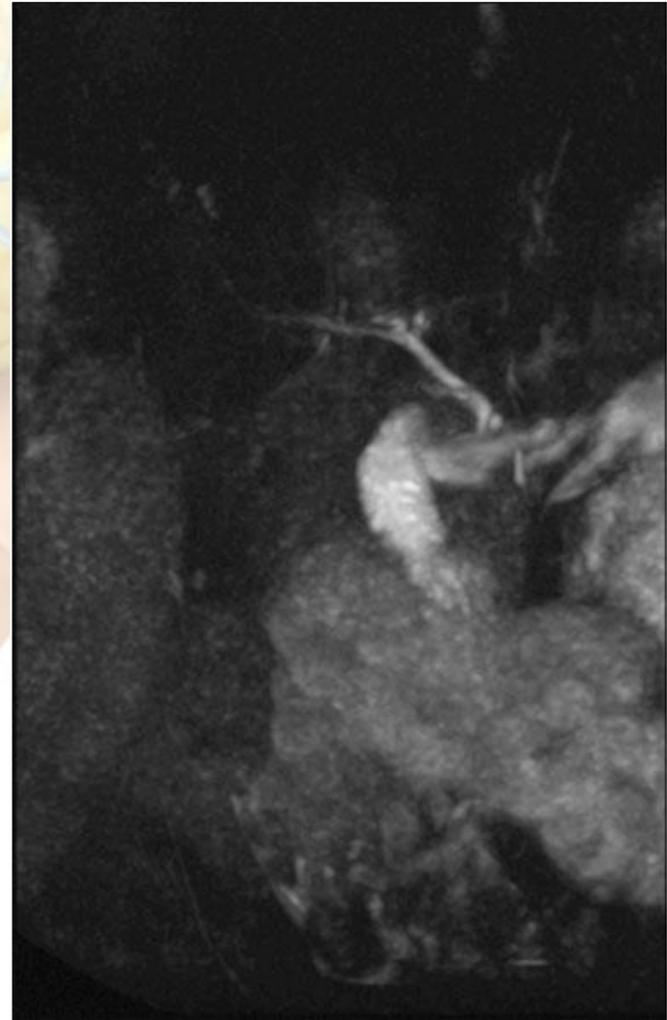
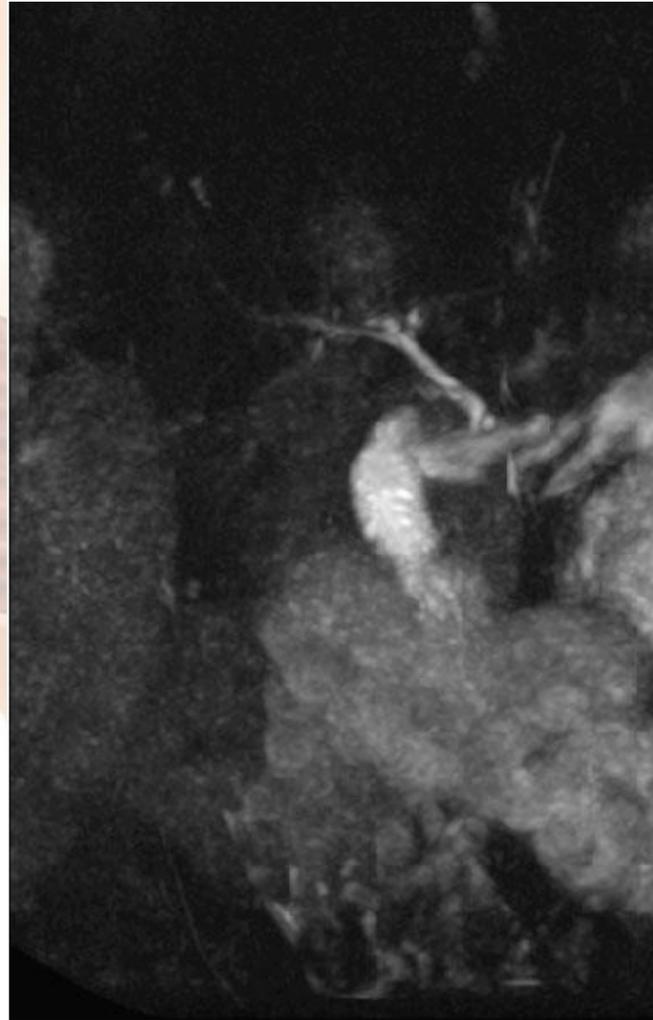
Данные обследования

**Магнитно-резонансная
томография (06.06.2008 г.)**



Данные обследования

**Магнитно-резонансная
томография (06.06.2008 г.)**



Данные обследования



Консультация окулиста (11.06.2008 г.)

Диагноз: диабетическая ангиопатия сетчатки
обоих глаз. Миопия средней степени
обоих глаз.

Консультация невролога (27.05.2008 г.)

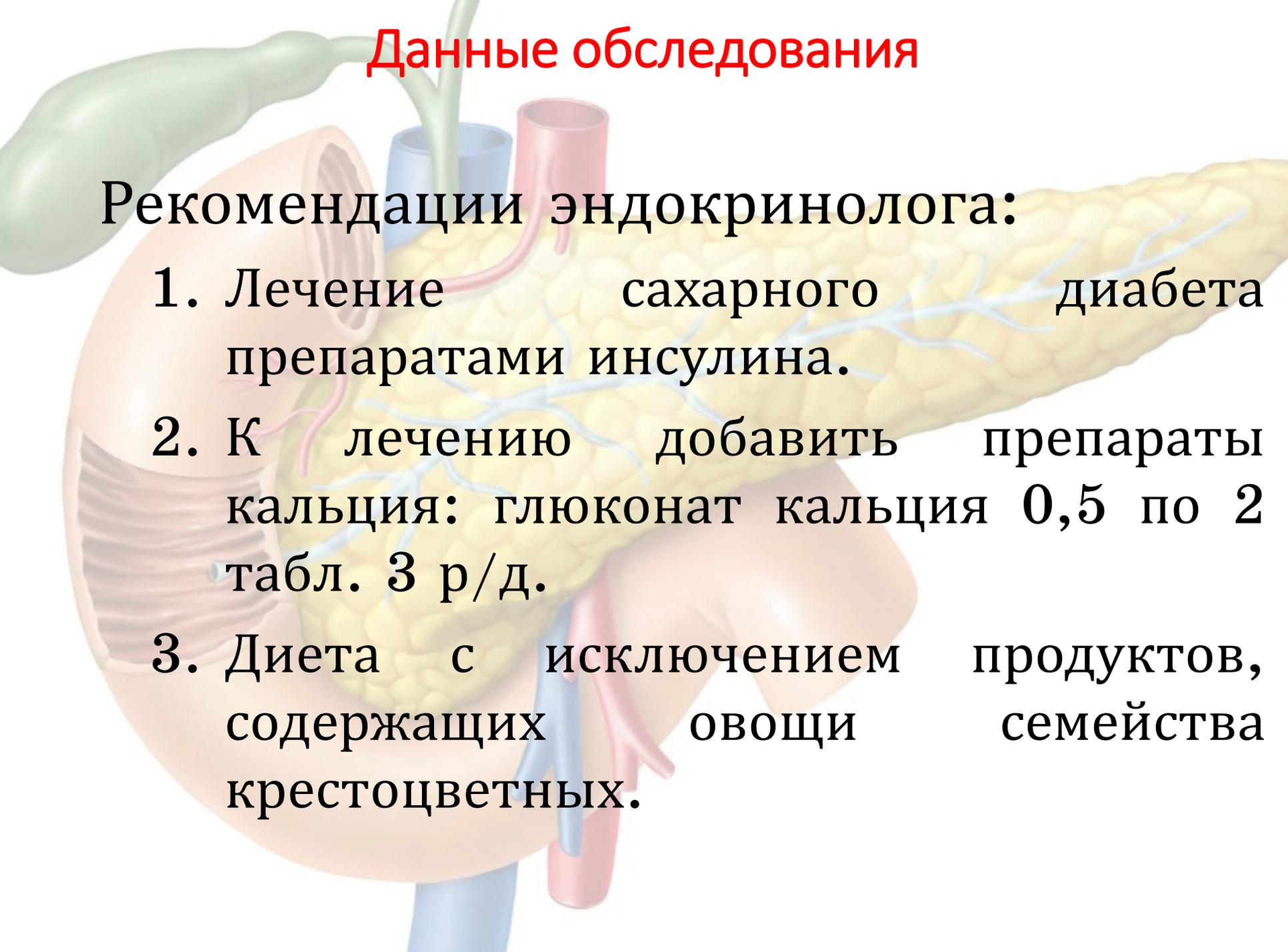
Диагноз: диабетическая полинейропатия
дистальных отделов конечностей.

Данные обследования

**Консультация эндокринолога
(29.05.2008 г.)**

Диагноз: сахарный диабет, тип 2 (на инсулине),
вторичный панкреатогенный, средней тяжести,
медикаментозная компенсация. Диабетическая
ангиополинейропатия нижних конечностей.
Вторичный гиперпаратиреоз.

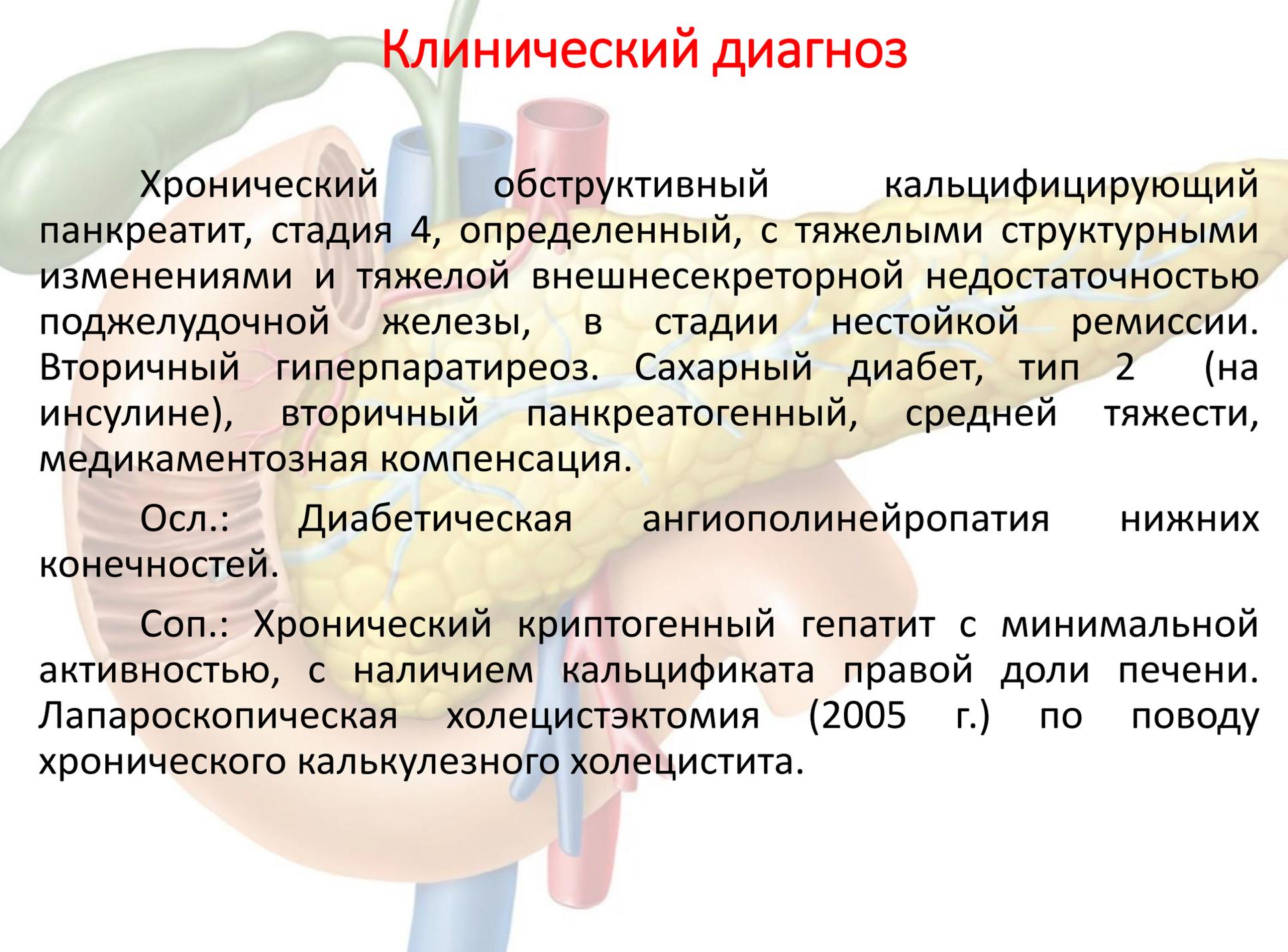
Данные обследования



Рекомендации эндокринолога:

1. Лечение сахарного диабета препаратами инсулина.
2. К лечению добавить препараты кальция: глюконат кальция 0,5 по 2 табл. 3 р/д.
3. Диета с исключением продуктов, содержащих овощи семейства крестоцветных.

Клинический диагноз



Хронический обструктивный кальцифицирующий панкреатит, стадия 4, определенный, с тяжелыми структурными изменениями и тяжелой внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы, в стадии нестойкой ремиссии. Вторичный гиперпаратиреоз. Сахарный диабет, тип 2 (на инсулине), вторичный панкреатогенный, средней тяжести, медикаментозная компенсация.

Осл.: Диабетическая ангиополинейропатия нижних конечностей.

Соп.: Хронический криптогенный гепатит с минимальной активностью, с наличием кальцификата правой доли печени. Лапароскопическая холецистэктомия (2005 г.) по поводу хронического калькулезного холецистита.

Лечение

- Полный отказ от алкоголя; ограничение частоты приема очень жирных блюд;
- Креон 40000 – по 1 капсуле 3 раза в день при основных приемах пищи, Креон 25000 – по 1 капсуле 2 раза в день при промежуточных приемах пищи;
- Гевискон – по 1 пакету 4 раза в день через 10-15 минут после еды;
- Глюконат кальция – 0,5 г по 2 таблетки 3 раза в день после еды (или Са-D₃ по 1 таблетке 2 раза в день) – под контролем показателей кальция крови;
- В 9⁰⁰ протафан – 10 ЕД, актрапид – 4 ЕД, в 17⁰⁰ протафан – 6 ЕД, актрапид – 4 ЕД.

Выводы

Таким образом, при наличии у пациента хронического кальцифицирующего панкреатита необходимо назначить обследования для изучения функции паращитовидных желез.





Спасибо за внимание!