

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Л.И. Колб

Полесский государственный университет, Пинск, Беларусь, ILKolb@mail.ru

Хронический панкреатит является прогрессирующим воспалительно-деструктивным заболеванием поджелудочной железы с нарастающим замещением органа соединительной (рубцовой) тканью и одновременно снижением его функциональной способности. Для заболевания характерно длительное течение с чередованием обострений и ремиссий.

Значительные успехи, достигнутые в диагностике и фармакотерапии, к сожалению, не решили проблемы хронического панкреатита (ХП) – одного из наиболее сложных заболеваний не только в панкреатологии, но и в клинической гастроэнтерологии в целом. ХП по распространенности, росту заболеваемости, временной нетрудоспособности и причине инвалидизации актуален как с социальной, так и с экономической позиций, что подтверждается данными эпидемиологического анализа. Так, в структуре патологии органов желудочно-кишечного тракта ХП составляет от 5,1 до 9%, а в общей клинической практике – от 0,2 до 0,6%. Сохраняется общемировая тенденция к увеличению заболеваемости острым и хроническим панкреатитом, обусловленная не только ростом

распространенности ХП среди взрослых (27,4-50 случаев на 100 тыс. населения), но и среди подростков и лиц молодого возраста [2,7,8,10,11,12,13,17,18].

Хронический панкреатит во многих случаях развивается как следствие или исход одного или нескольких приступов острого панкреатита. Однако, причиной развития хронического панкреатита могут быть также заболевания желчевыводящих путей, печени, желудка, кишечника, инфекции, нарушения кровообращения, вызванные атеросклерозом сосудов поджелудочной железы, оперативное вмешательство на органах брюшной полости, нарушения в питании (особенно дефицит белка в рационе), хронический алкоголизм, болезни обмена веществ и др. Как и при остром панкреатите, в процессе формирования неблагоприятных причинных факторов заболевания возникают условия (механизмы) одновременного повышения функциональной активности поджелудочной железы (увеличение количества выделяемого панкреатического сока) и нарушения оттока произведенного секрета в просвет двенадцатиперстной кишки. Преждевременная активация ферментов панкреатического сока (внутри протоков поджелудочной железы) является главным повреждающим фактором ткани органа, возникновения, поддержания и прогрессирования патологического процесса (воспаления, деструкции). От силы, продолжительности его воздействия, от частоты и регулярности возникновения зависят обширность и выраженность повреждения поджелудочной железы, интенсивность и другие характеристики клинических проявлений хронического панкреатита [2, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 17, 18].

Реабилитация больных с ХП сложна, многогранна, комплексна, длительна и направлена на:

- профилактику приступов болезни;
- купирование приступов болезни;
- уменьшение деструктивных изменений в поджелудочной железе;
- уменьшение инвалидизации и смертности данных больных [1, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19].

Питание в реабилитации больных с ХП

Задача лечебного питания — максимально щадить поджелудочную железу путем исключения из рациона продуктов, возбуждающих ее секреторную деятельность и стимулирующих кислотообразование в желудке. Вместе с тем диета должна содержать достаточное количество витаминизированных компонентов питания, веществ, восстанавливающих нарушенные обменные процессы в организме. Больные хроническим панкреатитом плохо переносят жирную еду, усиливающую боль и понос. Нередко наблюдается непереносимость сахара и молока. Плохо воспринимаются даже небольшие количества алкоголя, жареные и копченые продукты, острые блюда, крепкий кофе, свежеспеченные изделия из сдобного теста, холодные напитки [3, 4, 21].

Традиционное питание больных при обострении хронического панкреатита

Основные принципы диетотерапии больных ХП в период обострения:

- голод и нутритивная поддержка в период выраженных клинических и метаболических признаков аутолитического процесса в ПЖ;
- переход к полноценному питанию по возможности в кратчайшие сроки, особенно это касается квоты белка;
- постепенное включение блюд и продуктов в пищевой рацион при расширении диеты;
- постепенное увеличение объема вводимой пищи и калорийности рациона при расширении диеты;
- максимальное механическое и химическое щажение ПЖ и других органов проксимального отдела пищеварительного тракта [3, 9, 10, 14, 21].

Основной алгоритм диетотерапии:

- в первые 1-2 дня от начала обострения ХП назначают голод;
- при отсутствии рвоты и признаков гастро- и дуоденостаза разрешается только прием жидкости в количестве 1,0-1,5 литра в сутки (по 200 мл - 5-6 раз). Назначают щелочную минеральную воду комнатной температуры без газа, отвар шиповника (1-2 стакана), некрепкий чай;
- на фоне проводимой терапии по мере улучшения общего состояния (обычно на 2-3-й день от начала обострения) можно приступить к осуществлению перевода больного сначала на ограниченное, а затем и на полноценное пероральное питание. При этом остаются в силе основные принципы диетотерапии больных ХП – диета должна быть механически и химически щадящей, малокалорийной и содержащей физиологическую норму белка (с включением 30% белка животного происхождения) [3, 4, 9, 10, 14, 21].

Традиционное питание больных хроническим панкреатитом в периоде ремиссии

С учетом роли пищевых факторов в первичной профилактике ХП необходимо следовать алгоритму рекомендаций по здоровому питанию:

- употребление разнообразной пищи;
- баланс количества принимаемой пищи с физической активностью;
- поддержание нормального веса тела;
- выбор рациона с большим количеством зерновых продуктов, овощей и фруктов;
- выбор пищи с низким содержанием жира, насыщенных жиров и холестерина;
- выбор пищи с умеренным содержанием сахара;
- выбор пищи с умеренным содержанием поваренной соли;
- отказ от алкогольных напитков;
- отказ от курения [3, 9, 10, 14, 21].

Основным средством стабилизации течения ХП в период ремиссии является тщательное соблюдение диетического режима. Диета в стадии ремиссии должна содержать повышенное количество белка - 120-140 г/сутки, 60% белка должно быть животного происхождения. Рекомендуется пониженное количество жиров (60-80 г/сутки), причем количество жира должно быть равномерно распределено на все приемы пищи в течение дня. Жиры в чистом виде из рациона исключаются вовсе. Рацион должен содержать около 350г углеводов в сутки, главным образом за счет простых легкоусвояемых. Общий калораж должен составлять 2500-2800 ккал/сутки. Также ограничивается в рационе поваренная соль (до 6 г в сутки) [3, 9, 10, 14, 21].

Внутреннее применение бутылочных минеральных вод в домашних условиях может существенно улучшить эффективность как реабилитации, так и профилактики при данном заболевании. Больным хроническим панкреатитом рекомендуются маломинеральные воды при температуре 37—42°C (по 100 мл 2—3 раза в день за 30—90 мин до еды в зависимости от характера желудочной секреции). При выраженной недостаточности секреторной функции целесообразно назначать теплые воды средней минерализации за 15—20 мин до еды. Степень стимулирующего влияния на активность панкреатических ферментов зависит от химического состава минеральной воды. Наиболее эффективны хлоридно-гидрокарбонатно-сульфатно-натриево-кальциевые воды малой и средней минерализации, а также радоновые воды. Высокоминерализованные, холодные воды не показаны, так как они могут вызвать спазм панкреатических протоков, усилить моторную деятельность кишечника и спровоцировать обострение заболевания [21].

В профилактике обострений хронического панкреатита важная роль принадлежит *упорядочению жизни больного*. Особое значение в этом отношении приобретают разумное чередование трудовой деятельности с полноценным отдыхом. Расстройства нервной системы неблагоприятно влияют на функции органов пищеварения, в том числе на поджелудочную железу. Поэтому ежедневные выезды за город в выходные дни, отдых на природе могут явиться в определенной мере лечебным фактором у этих больных, особенно в первые месяцы и годы обострения заболевания. В периоды отпусков также необходимо создать все условия для полноценного отдыха. Немаловажную помощь в этом отношении способно оказать санаторно-курортное лечение, которое сочетает в себе отдых и целенаправленную терапию [3, 4, 9, 10, 20, 21].

Реабилитационная фармакотерапия

Главными задачами консервативной терапии ХП являются уменьшение и/или купирование болевого абдоминального синдрома и предотвращение или компенсация функциональной панкреатической недостаточности [2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 14, 17, 18, 20].

В целом же, основные принципы консервативного лечения ХП следующие:

- снятие боли;
- создание функционального покоя поджелудочной железе;
- уменьшение ее секреторной активности;
- коррекция экскреторной (пищеварительной) недостаточности;
- коррекция углеводного обмена;
- коррекция синдромов нарушенного пищеварения и всасывания [2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 14, 17, 18, 20].

Заместительная терапия считается обязательной для пациентов с ХП средней и тяжелой степени тяжести. У больных с легкой формой панкреатической недостаточности реабилитация должна проходить по физическому и психологическому путям коррекции, но уже с целью активизации собственной деятельности железы, а не с целью предоставления ей полного физиологического покоя, как в случае более тяжелых форм ХП. Физический путь подразумевает ликвидацию остаточ-

ных явлений панкреатита, устранение явлений диспепсии, болей, развитие толерантности к умеренным пищевым нагрузкам, повышение КПД собственных панкреатических ферментов. Реализация этих направлений должна проходить на фоне психической реабилитации. При успешном решении этих вопросов, по-видимому, в ряде случаев можно обойтись без постоянной заместительной терапии. Например, можно воспользоваться комплексными средствами, способствующими восстановлению панкреатической секреции, в частности препаратом *Момордика композитум (Heel)*. Это многокомпонентный препарат растительного происхождения, включающий минеральные и один животный компоненты. Препарат действует по принципу гомеопатических средств: сначала он может провоцировать усиление симптомов, далее это действие исчезает. Однако следует помнить, что указанные мероприятия приемлемы только в случаях слабо выраженной внешнесекреторной недостаточности [2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 14, 17, 18, 20].

Еще одну возможность реабилитации представляет применение *Урсофалька*. Билиарный сладж приблизительно в 70% случаев является причиной идиопатического ХП. Таким образом, если больной не злоупотребляет алкоголем, не страдает желчнокаменной болезнью, то наиболее вероятной причиной панкреатита является именно билиарный сладж, приводящий к функциональным расстройствам сфинктера Одди: развиваются расстройства моторики, сопровождающиеся болью, повышением уровня печеночных или панкреатических ферментов, дилатацией общего желчного протока или эпизодами панкреатита. Вопросы улучшения реологических свойств желчи составляют основу программы лечения при данной патологии. С точки зрения патогенетических механизмов, участвующих в формировании билиарного сладжа, идеальными являются лекарственные средства, влияющие на основные звенья билиарного литогенеза. К таким средствам относятся препараты желчных кислот. Ряд исследователей считают целесообразным проведение литолитической терапии билиарного сладжа с помощью препаратов желчных кислот. Показанием при этом служит его стойкое выявление по данным УЗИ на протяжении 3 мес даже при отсутствии клинической симптоматики. В настоящее время из указанной фармакологической группы в клинической практике активно применяются препараты урсодезоксихолевой кислоты, в частности Урсофальк. По данным исследований, частота рецидивирования ХП на фоне приема Урсофалька гораздо меньшая, нежели без него. Длительный прием Урсофалька у таких пациентов показан в периоды вне обострения [2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 14, 17, 18, 20].

Известно, что только отказ от алкоголя уменьшает число жалоб по этому поводу на 75%. Существенно снижает потребность в анальгетиках обогащение пищи антиоксидантами. Своевременный прием адекватных доз ферментных препаратов последнего поколения с высоким содержанием протеаз (трипсина) также купирует болевой синдром. Протеазы разрушают рилизинг-пептиды (секретин и холецистокинин), высвобождающиеся в начальных отделах двенадцатиперстной кишки и стимулирующие панкреатическую секрецию. Таким образом, протеазы вызывают уменьшение панкреатической секреции и обеспечивают «функциональный покой» поджелудочной железы. Наиболее эффективным представителем данного класса препаратов является *Креон®*, обладающий самой высокой активностью трипсина [2, 3, 4, 5, 10, 14, 17, 18, 20].

Интересна стратегия борьбы с болевым синдромом при ХП зарубежных коллег. Они редко занимаются длительным подбором анальгетиков, методов обезболивания и решают проблему радикально – хирургическим путем [2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 14, 17, 18, 20].

Малоинвазивные методики и эндоскопическое лечение в реабилитации больных с ХП

В настоящее время эндоскопическое лечение играет одну из ведущих ролей в лечении панкреатитов, обладая широким кругом возможностей для лечебного воздействия – эндоскопическая папиллосфинктеротомия, дилатация стриктур и эндопротезирование протоков, стенирование протоков, удаление холедохоцеле, литотрипсия и литоэкстракция конкрементов терминального отдела холедоха и головки поджелудочной железы. Перечисленные методы характеризуются хорошими клиническими результатами, сравнимыми с таковыми при проведении инвазивных оперативных вмешательств [2, 7, 11, 12, 13, 18].

Хирургическое лечение в реабилитации больных с ХП

Показаниями к хирургическому лечению ХП являются:

- боль, не купирующаяся другими способами;
- кисты и абсцессы ПЖ;
- стриктуры или обструкция желчных протоков, не разрешимые эндоскопически;
- стеноз двенадцатиперстной кишки;
- окклюзия селезеночной вены;

- кровотечение из варикозно расширенных вен;
- свищи ПЖ с развитием асцита или плеврального выпота;
- подозрение на развитие рака ПЖ, не подтвержденное гистологически (цитологически) [2, 7, 11, 12, 13, 18].

Оперативное лечение с целью уменьшения или купирования болевого абдоминального синдрома, требует тщательнейшего обследования в предоперационном периоде для оценки состояния протоковой системы ПЖ и степени функциональных нарушений ПЖ (эндо- и экзокринная недостаточность ПЖ) и решения вопроса о целесообразности данного лечения. Из оперативных вмешательств на ПЖ с целью реабилитации применяются дренирующие, денервирующие операции и резекция поджелудочной железы [2, 7, 11, 12, 13, 18].

Амбулаторно-поликлинический этап реабилитации больных с ХП

Вторичная профилактика ХП, направленная на устранение факторов, способствующих рецидивированию и/или прогрессированию ХП, проводится в рамках диспансерного наблюдения [1, 3, 4, 6, 9, 10, 15, 16, 19, 20].

Диспансерное наблюдение за больными ХП осуществляется в поликлинике у терапевта и гастроэнтеролога с четким соблюдением преемственности между указанными специалистами, а при необходимости, и с хирургом. Больные после операции на ПЖ наблюдаются также, как и больные ХП [1, 3, 4, 6, 9, 10, 15, 16, 19, 20].

Основной алгоритм наблюдения за больным по программе реабилитации:

- активный вызов больных 2-4 раза в год в зависимости от тяжести заболевания (больные с легким течением ХП наблюдаются участковым терапевтом 2 раза в год. Больные ХП средней тяжести и тяжелым течением находятся на активном наблюдении у гастроэнтеролога. Контрольное обследование проводится 3-4 раза в год);
- оценка общего состояния больного, жалоб и физикальных данных;
- проведение контрольных обследований, включая исследования в динамике ферментов ПЖ в сыворотке крови, концентрации сахара крови, скрининг синдромов мальдигестии/мальабсорбции (полное копрологическое исследование, исследование кала на эластазу, проведение УЗИ ПЖ и желчевыводящей системы);
- проведение курсов противорецидивного лечения, диетотерапии, фитотерапии [1, 3, 4, 6, 9, 10, 15, 16, 19, 20].

При компенсации хронического процесса, благоприятной динамике и отсутствии обострений в течение 5 лет больные ХП могут быть сняты с диспансерного наблюдения. Это, как правило, относится к больным, с так называемыми, вторичными ХП, если устранена их причина (холелитиаз, стеноз большого дуоденального сосочка и др.) [1, 3, 4, 6, 9, 10, 15, 16, 19, 20].

Больные ХП с экскреторной и инкреторной недостаточностью, перенесшие оперативное вмешательство на ПЖ, подлежат пожизненной (бессрочной) диспансеризации [1, 3, 4, 6, 9, 10, 15, 16, 19, 20].

Больным со средней степенью тяжести течения хронического панкреатита рекомендуются профилактические осмотры терапевтом поликлиники или гастроэнтерологом не реже 3—4 раз в год. Во избежание возможных обострений заболевания, угрожающих ухудшением состояния больных, в периоды (времена года), индивидуально наиболее неблагоприятные для течения хронического панкреатита, как правило, проводятся курсы противорецидивного лечения. Эти курсы (2—3 в год) продолжительностью 1.5—2.0 мес обычно включают лечебное питание (расширенный вариант диеты № 5п), облегченный характер профессиональной и иной трудовой деятельности, назначение физиотерапевтического лечения в поликлинике по месту жительства, а также медикаментозную терапию по показаниям. Больным хроническим панкреатитом с тяжелым течением показано проведение круглогодичного противорецидивного лечения. Наличие у этого контингента пациентов постоянных или рецидивирующих болей в животе, расстройств пищеварения как проявление нарушений внешнесекреторной функции поджелудочной железы свидетельствует о необходимости трудоустройства больных с освобождением от работы, связанной с физической нагрузкой. При показаниях обоснован их временный перевод на инвалидность II или III группы в зависимости от частоты обострений, тяжести поражения поджелудочной железы и степени нарушений ее функций. К этой вынужденной мере больным следует относиться с пониманием, рассматривая ее как один из необходимых вариантов охранительного режима, наиболее целесообразный на данном этапе течения заболевания [1, 3, 4, 6, 9, 10, 15, 16, 19, 20].

Санаторно-курортное лечение в реабилитации больных с ХП

Санаторно-курортное лечение является важным и эффективным этапом проведения лечебно-восстановительных мероприятий. В его основе – максимальное использование диетических, климатических, физических факторов при минимальном использовании медикаментов. Санаторий не может заменить собой амбулаторное или, тем более, стационарное лечение. Как, впрочем, и они не могут полноценно заменить его. У каждого из перечисленных видов лечения имеются свои показания, свои противопоказания. В оптимальном варианте для ряда заболеваний санаторное лечение является этапом терапии и реабилитации. При этом необходимо не противопоставлять стационарное или амбулаторное лечение и санаторий, а действовать по принципу преемственности [2, 3, 4, 9, 10, 14, 15, 19].

Одним из примеров такой преемственности является санаторное долечивание (реабилитация) после перенесенных серьезных заболеваний. При проведении такой реабилитации пациенты направляются в санаторий непосредственно «с больничной койки», т.е. после прохождения стационарного этапа лечения [2, 3, 4, 9, 10, 14, 15, 19].

Больным ХП в период ремиссии при отсутствии панкреатической гиперферментемии можно назначать различные методы санаторно-курортного и физиотерапевтического лечения. Санаторно-курортное лечение, являясь средством активной восстановительной неспецифической терапии, играет большую роль в системе лечебных и реабилитационных мероприятий у больных ХП. Необходимо строго индивидуальное проведение лечебных мероприятий на курорте с соблюдением периода адаптации, назначения приема минеральных вод, начиная с небольших доз, исключение тепловых процедур у больных с глубокими структурными изменениями ПЖ и ми функциональными нарушениями. Основными лечебными средствами на курорте, как правило, должны быть естественные факторы. Медикаментозные средства в лечении больных ХП на санаторно-курортном этапе играют вспомогательную роль за исключением случаев, когда назначение является обязательным продолжением лечения, начатого в стационаре или поликлинике [2, 3, 4, 9, 10, 14, 15, 19].

Ведущим лечебным фактором на курорте является внутренний прием минеральной воды. Положительное влияние на ПЖ оказывает питьевое лечение маломинерализованными и средней минерализации водами, содержащими гидрокарбонаты, сульфатный ион, двухвалентную серу, кальций, цинк. Питьевое лечение минеральными водами действует как тренирующая и «адаптационная терапия» на ПЖ. Минеральные воды способствуют уменьшению застойных явлений в желчных протоках и ПЖ, обеспечивают противовоспалительное действие за счет постоянного оттока секретов, удаления слизи. Имеет значение ошелачивающее действие этих минеральных вод на двенадцатиперстную кишку, нормализация моторных нарушений, усиление эвакуации желудочного содержимого [2, 3, 4, 9, 10, 14, 15, 19].

Широко используется при ХП в стадию ремиссии наружное применение минеральных вод: углекисло-сероводородные, соляно-щелочные, углекисло-радоновые, сульфидные ванны, а также хвойные, йодобромные, жемчужные [2, 3, 4, 9, 10, 14, 15, 19].

Пелоидотерапия (грязелечение) показана больным ХП с внешнесекреторной недостаточностью ПЖ, а также с наличием сопутствующих заболеваний органов пищеварения. Грязелечение способствует улучшению кровоснабжения, оказывает противовоспалительное и анальгезирующее действие. Переносимость грязевых процедур значительно улучшается чередованием с минеральными ваннами. Более легкая переносимость гальваногрязелечения дает возможность с успехом применять его у больных с болевым синдромом и выраженным астеническим синдромом, наличием сопутствующих заболеваний, наличие которых является противопоказанием для проведения аппликационного грязелечения. У больных ХП в более поздние сроки после обострения заболевания (через 5-6 месяцев) доказана целесообразность дополнительного включения в комплексную терапию торфяных аппликаций [2, 3, 4, 9, 10, 14, 15, 19].

При неполной ремиссии, характеризующейся наличием болевого абдоминального синдрома, гипертонической дискинезией кишечника, синдромом мальабсорбции, кроме систематического лечения и диеты, обосновано назначение ряда физиотерапевтических процедур:

- электрофорез контрикала по 5 тысяч единиц;
- воздействие ультразвука в импульсном режиме;
- магнитотерапия;
- лазеротерапия;
- парафино-озокеритовые аппликации 50°C;
- соллюкс, интрааруж, световую ванну на область надчревя [2, 3, 4, 9, 10, 14, 15, 19].

ЛФК и массаж в реабилитации больных с ХП

Лечебная гимнастика по специальному комплексу ежедневно.

Осваиваются приемы мягкого массажа этого органа с помощью особых движений мышц живота и диафрагмы. Они улучшат кровообращение в этой области и отток пищеварительных соков. Это отличная профилактика самого панкреатита и его обострений. Выполняйте упражнения 2–3 раза в день лежа, сидя или стоя. Начинают с 3–4 повторов и постепенно доводят до 9 раз. Во время гимнастики больной не должен испытывать усталость и дискомфорт. Из лечебных процедур применяются в основном иглоукалывание и точечный массаж с воздействием на биологически активные точки энергетических меридианов поджелудочной железы, печени, желчного пузыря [2, 3, 4, 9, 10, 14, 15, 19].

Продолжительность восстановительного лечения (реабилитация) — весьма индивидуальная особенность течения заболевания, а поэтому не может быть одинаковой даже у двух больных с весьма похожими клиническими проявлениями заболевания. Полная стабилизация процесса, завершение обострения и переход болезни в благоприятную свою фазу — ремиссию — знаменуют собой окончание периода восстановительного лечения и хороший эффект последнего. Реабилитация продолжается до тех пор, пока лечащий врач не констатирует наступления ремиссии. Иногда на это уходят многие месяцы, особенно у больных, не полностью выполняющих рекомендации специалиста по лечению и профилактике заболевания [1, 3, 4, 9, 15, 16].

Прогноз

При ХП, в отличие от острого панкреатита, отсутствуют какие-либо общепринятые прогностические критерии. Прогноз для жизни больного при ХП определяется возможным развитием осложнений, требующих хирургического вмешательства с высокой интра- и послеоперационной летальностью. Считается, что десятилетняя выживаемость больных алкогольным ХП составляет 80% при условии прекращения приема алкоголя, и снижается более чем в 2 раза, если пациент продолжает употреблять алкоголь. Прогноз в отношении качества жизни определяется развитием хронической боли и тяжестью внешнесекреторной и инкреторной недостаточности ПЖ в исходе заболевания [1, 3, 4, 9, 15, 16].

Литература:

1. Артамонова, Т.И. Практический опыт информатизации системы реабилитации инвалидов в Москве / Т.И. Артамонова, А.Е. Игнашев, А.Г. Коновалов и др. – Медико-социальная экспертиза и реабилитация.– 2003.–№ 1.–С. 52–54.
2. Багненко, Ф. Хронический панкреатит: руководство для врачей / Ф. Багненко, А.А. Курыгин, Н.В. Рухляда и др. – СПб: Изд-во «Питер», 2000.–416 с.
3. Барановский, А.Ю. Восстановительное лечение больных после операций на органах пищеварения: Руководство для врачей / Под ред. А.Ю. Барановского.– СПб.: ООО «Изд-во Фолиант», 2002.–576 с.
4. Барановский, А.Ю. Реабилитация гастроэнтерологических больных в работе терапевта и семейного врача / А.Ю. Барановский.– СПб.: ООО «Издательство Фолиант», 2001.– 416 с.
5. Бармаа, Н. Новые возможности ферментной терапии хронического панкреатита / Н. Бармаа, А.В. Охлобыстин, В.Т. Ивашкин.– Рос. журн. гастроэнтерологии.– 2000.– № 2.– С. 54–58.
6. Белова, А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / А.Н. Белова, О.Н. Щепетова. – М.: Антидор, 2002. – 440 с.
7. Боженков, Ю.Г. Практическая панкреатология / Ю.Г. Боженков, А.Н. Щербюк, А. Шалин. – М.: Медицинская книга, Н.Новгород: Издательство НГМА, 2003.–211 с. с ил.
8. Газизова, А.Р. Хронический панкреатит: (Клинико-биохимические исследования): Автореф. дис. ... канд. мед. наук: (03.00.04) / Алия Раильевна Газизова; Башк. мед. ун-т,– Уфа, 2001.– 22 с.
9. Губернаторова, Е.В. Реабилитация больных хроническим панкреатитом / Е.В. Губернаторова, П.А. Сарапульцев, И.Н. Куприянова и др.– Паллиат. мед. и реабилитация.– 1998.– № 2/3. – С. 37.
10. Дзугаева, И.В. Этапное лечение больных хроническим панкреатитом: Автореф. дис. На соиск. Учен. Степ. Канд. мед. Наук: (14.00.05) / Ирина Владимировна Дзугаева; Центральный научно-исслед. Институт гастроэнтерологии.– М., 1984.– 23 с.
11. Данилов, М.В. Рецидивирующий панкреатит как хирургическая проблема / М.В. Данилов, В.П. Глабай, А.В. Гаврилин.– Хирургия. – 2003. –№ 3. – С. 64–68.
12. Данилов, М.В. Хирургическое лечение гнойного панкреатита / М.В. Данилов, В.П. Глабай, Р.Я. Темирсултанов и др. – IX Всероссийский съезд хирургов: Материалы съезда. – Волгоград, 2000. — С. 28.
13. Данилов, М.В. Хирургия поджелудочной железы: Руководство для врачей/М.В. Данилов, В.Д. Федоров.– М.: Медицина. 1995. – 512 с.
14. Златкина, А.Р. Принципы лечения больных хроническим панкреатитом / А.Р. Златкина, Е.А. Белоусова, Н.В. Никитина.– Тер. архив.–1999. – Т. 71, №2. – С. 80–82.

15. Ильницкий, А.Н. Проблема преемственности в организации этапной медицинской реабилитации больных терапевтического профиля / А.Н. Ильницкий.– *Здравоохранение Российской Федерации.*– 2002.– № 6.– С. 25–27.

16. Ильницкий, А.Н. Реабилитационная диагностика на этапах организации медицинской помощи / А.Н. Ильницкий.– *Медико–социальная экспертиза и реабилитация.*– 2002.–№ 4.– С. 16–18.

17. Кубышкин, В. А. Профилактика и лечение хронического панкреатита / В.А. Кубышкин.– *Рус. Мед. Журнал.* – 2002. – Т. 10, № 26. – С. 1204–1205.

18. Нестеренко, Ю.А. Хронический панкреатит: монография / Ю.А. Нестеренко, В.П. Глабай, Г. Шаповальянц.– М.: Издатель Мокеев, 2000.– 182 с. с ил.

19. Пискунов, Г.Г. К вопросу о нервно–психических нарушениях у больных хроническим панкреатитом и их коррекции / Г.Г. Пискунов, А.И. Хазанов, М.М. Лукомский.– *Воен.– мед. журнал.*– 1988.– № 12.– С. 35–36.

20. Постникова, Т.Н. Лечение хронического панкреатита в условиях поликлиники / Т.Н. Постникова, Э.В. Коновалова, А.А. Федоров. Свердловск: Изд–во Урал, ун–та, 1989.– 120 с.

21. Радкевич, В.С. Лечебное питание лиц, страдающих хроническим панкреатитом / В.С. Радкевич.– *Сахарный диабет.* – М., 1997. – С. 177–187.