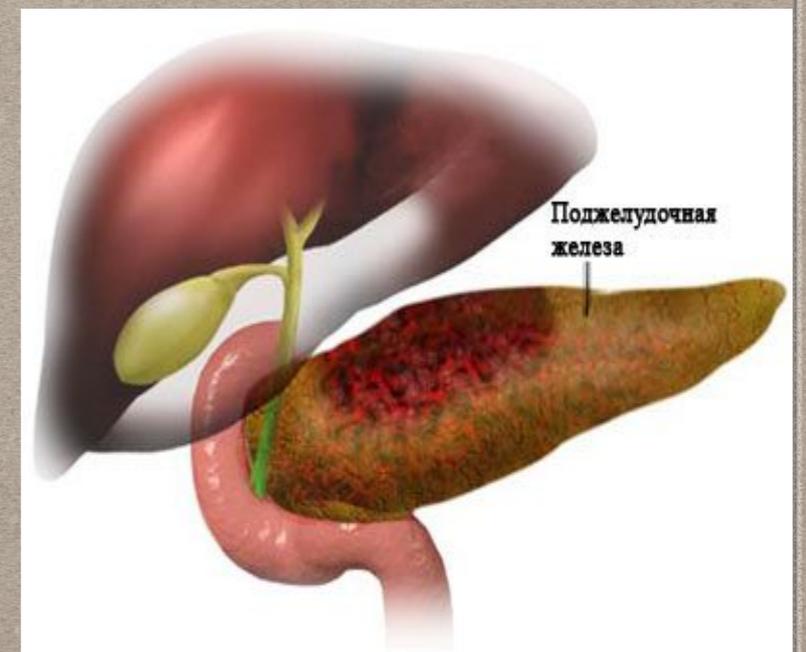


Хронический панкреатит.

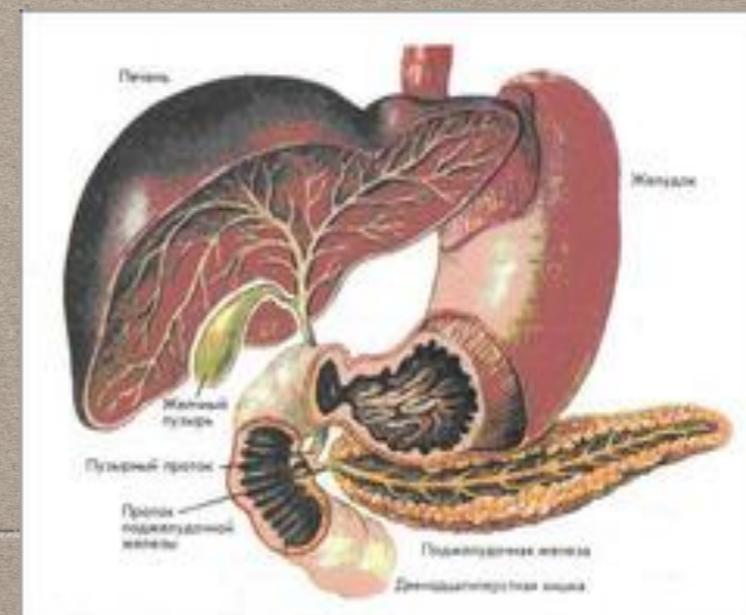
Диагностика.

Лечение.



Хронический панкреатит

прогрессирующий воспалительно-дегенеративно-склеротический процесс с фиброзно-кистозной перестройкой экзо- и эндокринного аппарата ПЖ, конечными этапами которого являются атрофия железистой и островковой ткани и развитие внешне- и внутрисекреторной недостаточности органа.



Этиология

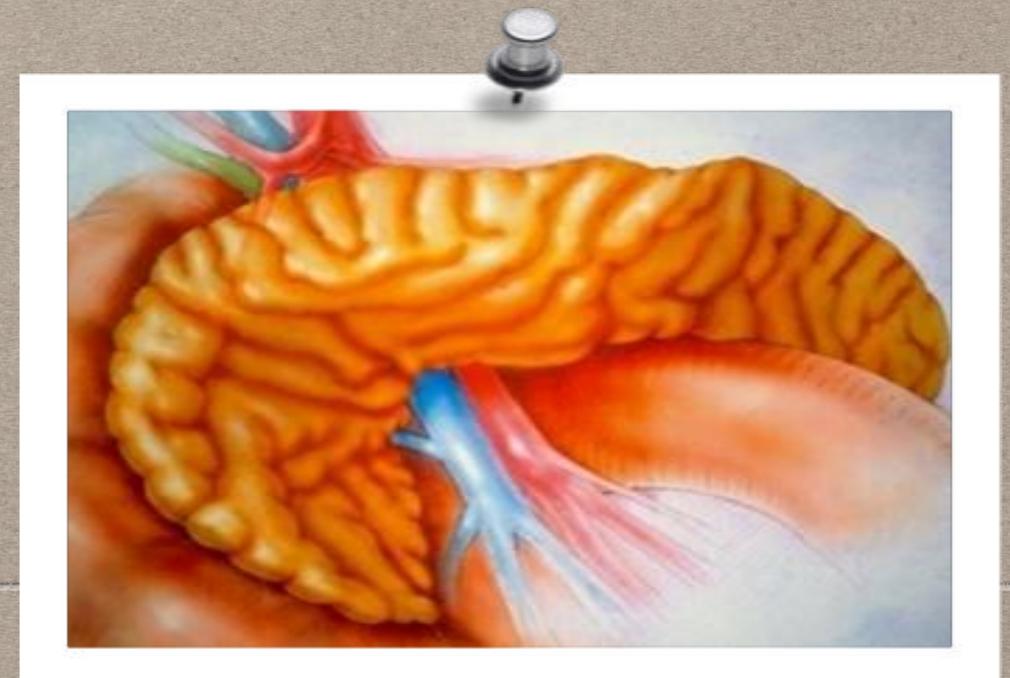
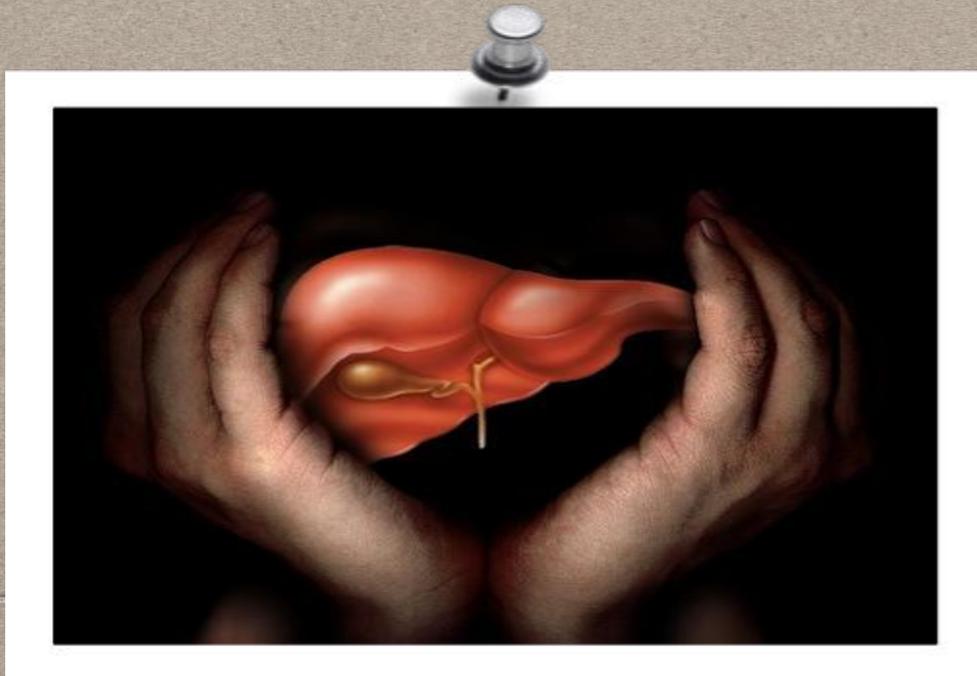
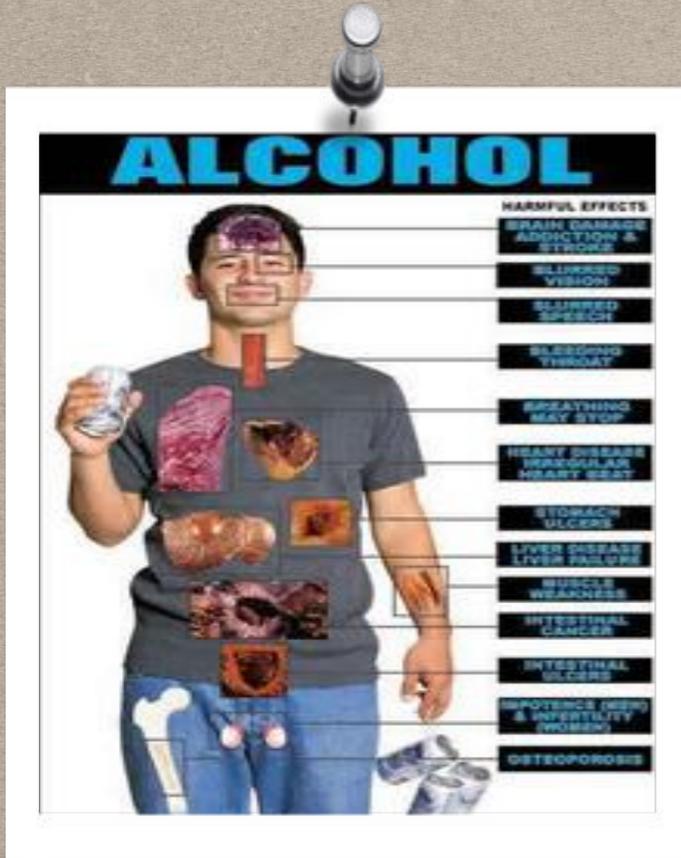
1. Интоксикация алкоголем - 40-50%

2. Патология желчевыводящих путей и 12-перстной кишки 30-40%

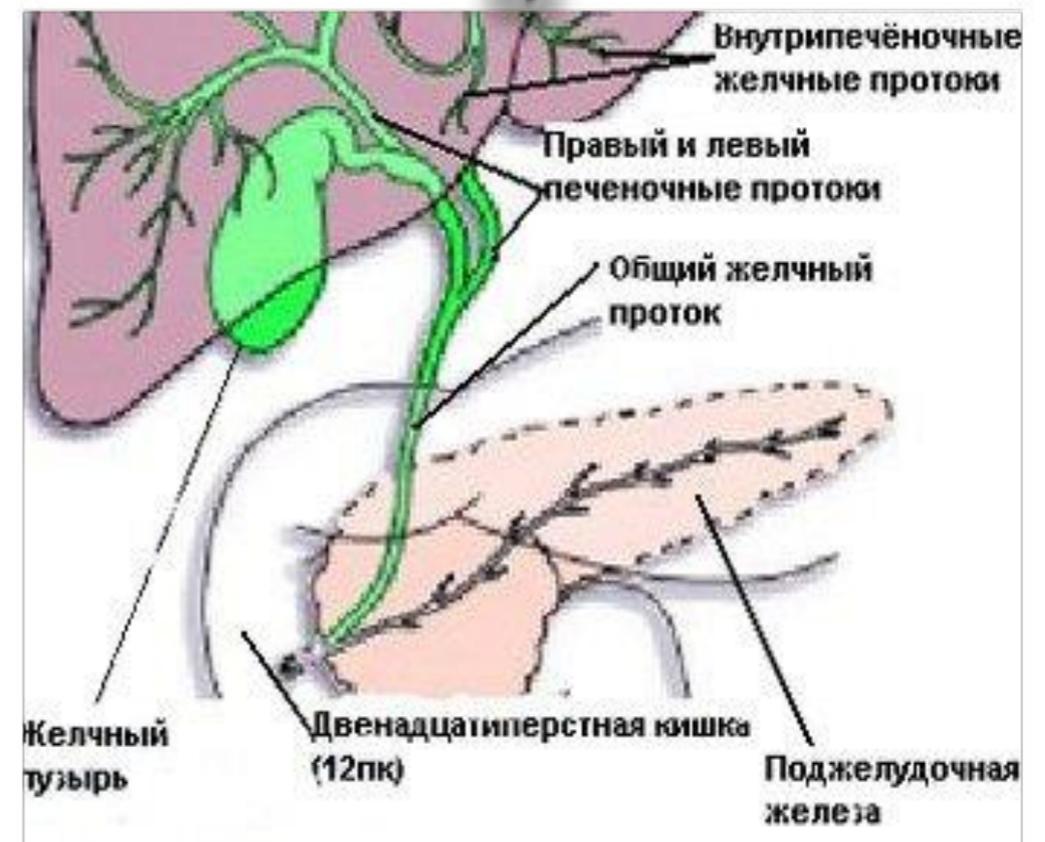
3. Генетическая -10%

4. Инфекционная (гепатит В,С)

5. Лекарственные поражения ПЖ



Классификация



Этиология

1. Первичные - ПЖ является органом-мишенью, ее поражение первично, и лишь затем могут появиться признаки поражения других органов (алкогольный и т.д.)
2. Вторичные - развиваются вследствие патологии других органов, чаще пищеварительного аппарата (билиарный и т.д.)
3. Посттравматические - развиваются после открытой или тупой травмы ПЖ.

По клиническим признакам:

1. Болевой – с рецидивирующей болью, с постоянной болью.
2. Псевдотуморозный – с холестаазом, с подпеченочной портальной гипертензией; с частичной дуоденальной непроходимостью.
3. Латентный (безболевой).
4. Совмещенный.



Стадии:

- Обострение.
- Ремиссия.
- Неустойчивая ремиссия.



По морфологическим признакам:

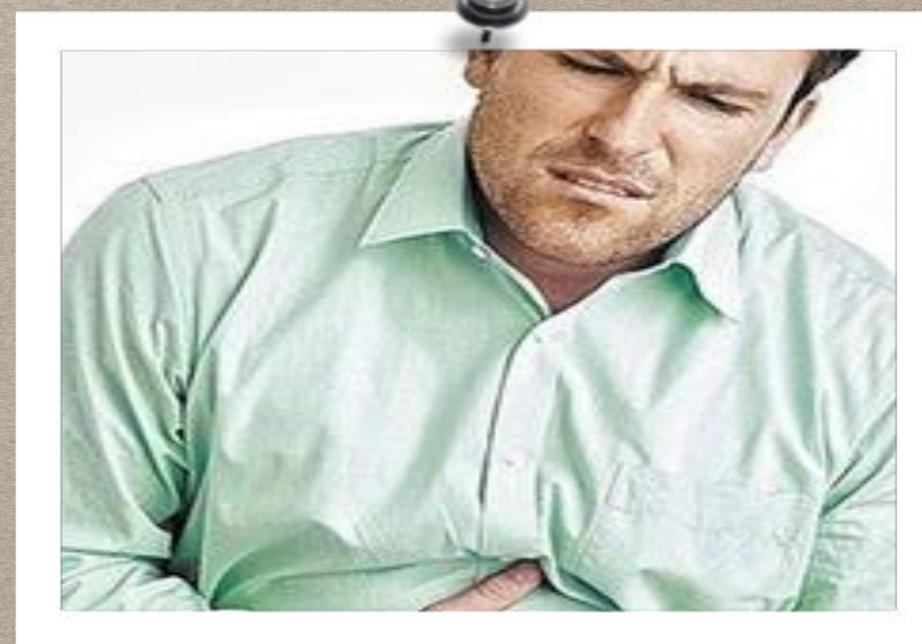
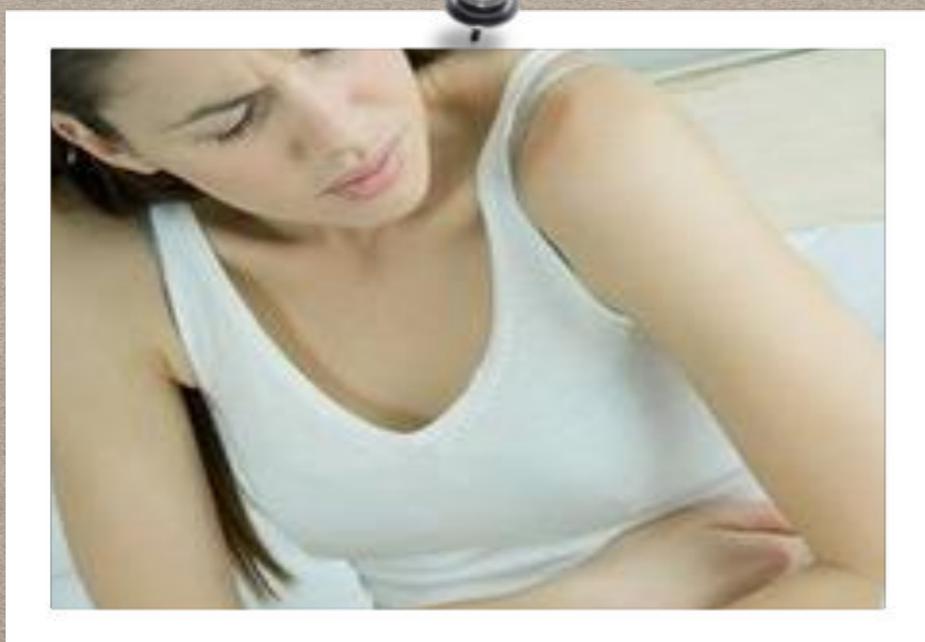
1. Кальцифицирующий.
2. Обструктивный.
3. Инфильтративно-фиброзный.
4. Фиброзно-склеротический (индуративный).



Рис. 1. Фиброз поджелудочной железы

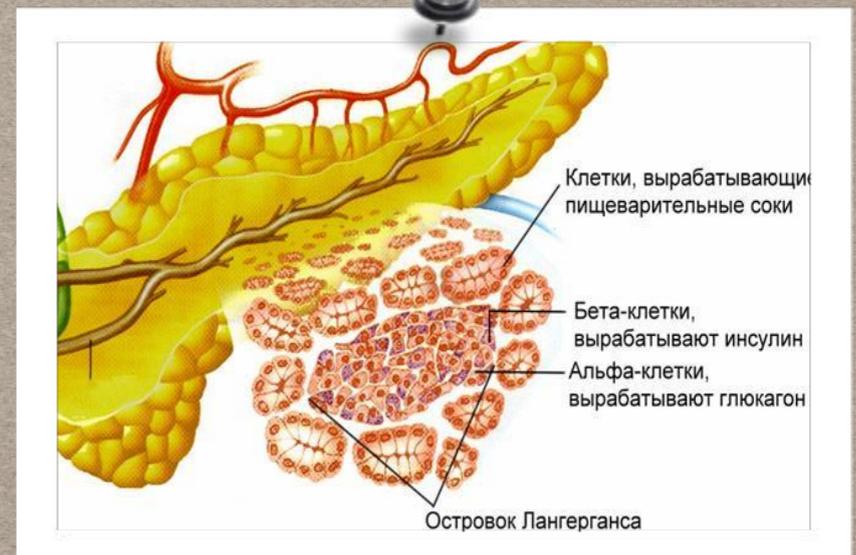
По тяжести:

1. Легкого течения;
2. Течения средней тяжести;
3. Тяжелого течения.



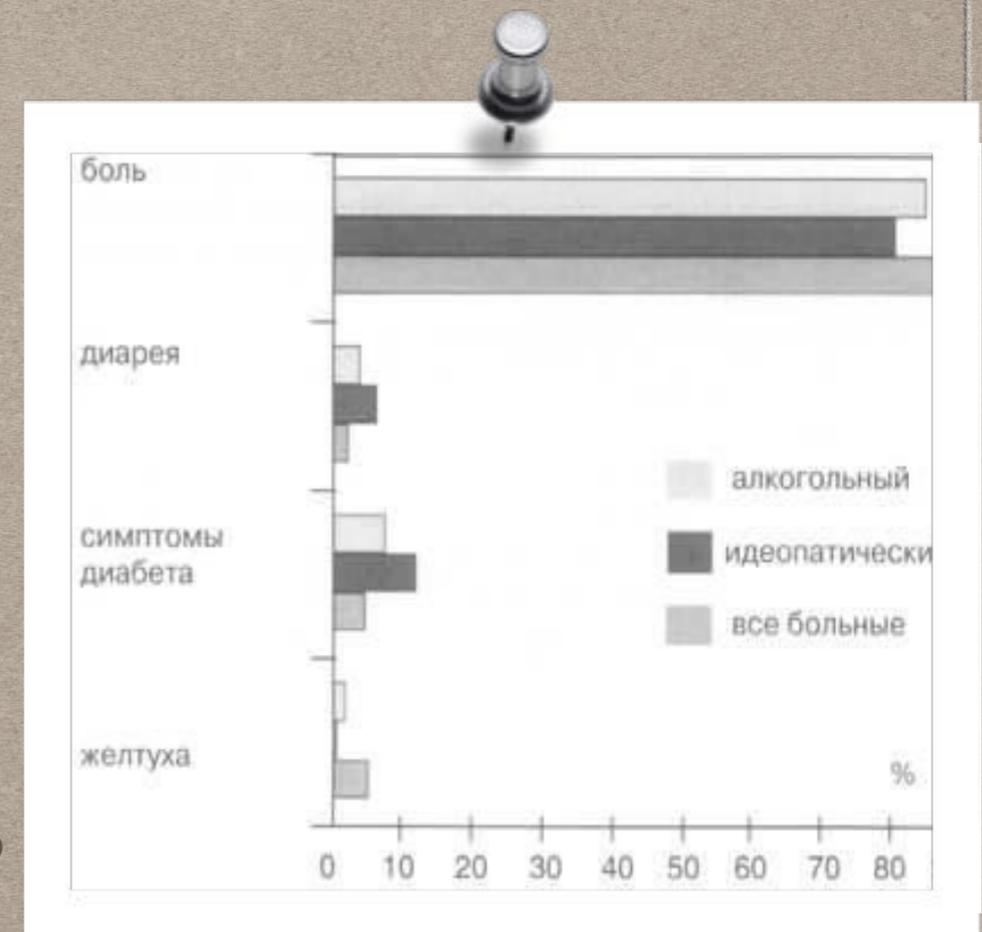
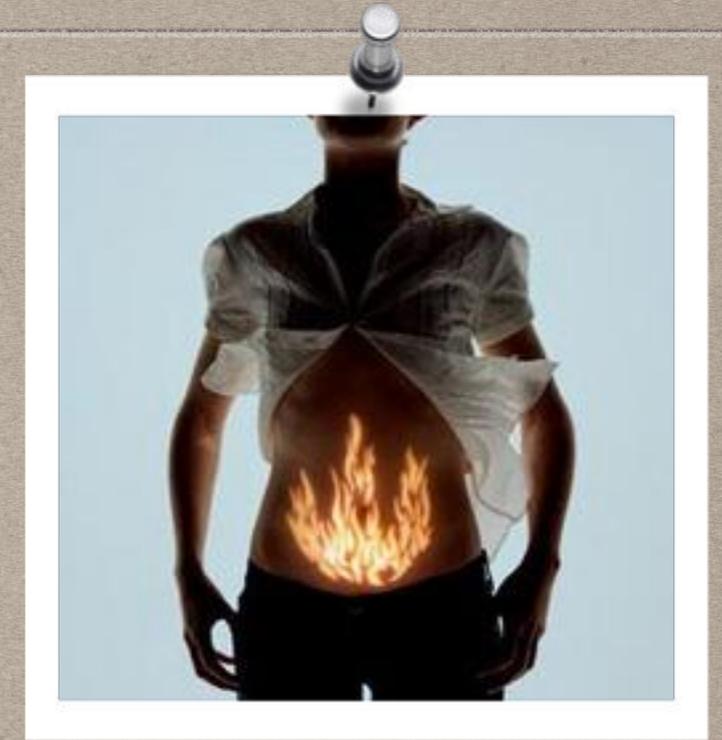
Патогенез

В основе развития ХП лежит первичное деструктивное поражение ацинусов, обусловленное внутриклеточной активацией ферментов ПЖ. При ферментативном панкреатите образуются очаги некроза и асептического воспаления.



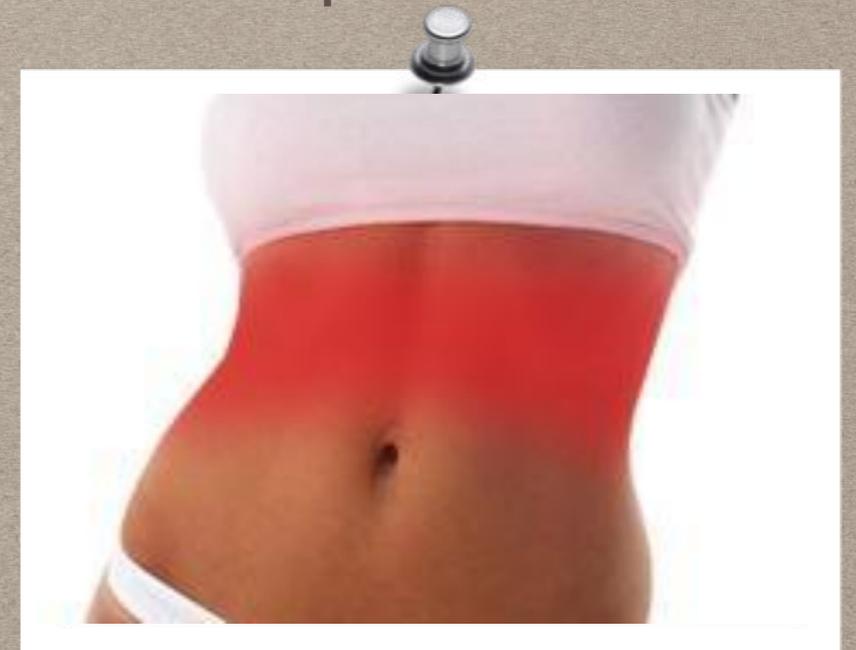
Клиника

1. Боли 95%
2. Слабость 86%
3. Кишечная диспепсия 64%
4. Запоры 51%
5. Похудание 50 %
6. Желудочная диспепсия 24%
7. Панкреатогенный диабет 21%



Характеристика болевого синдрома при ХП

1. Приступообразные боли, возникающие после приема алкоголя, жирной, жареной, копченой пищи, в верхних отделах живота, иррадирующие в спину, опоясывающие
2. Постоянные, ноющие боли, усиливающиеся после погрешности в питании
3. Сочетание 1 и 2 вариантов

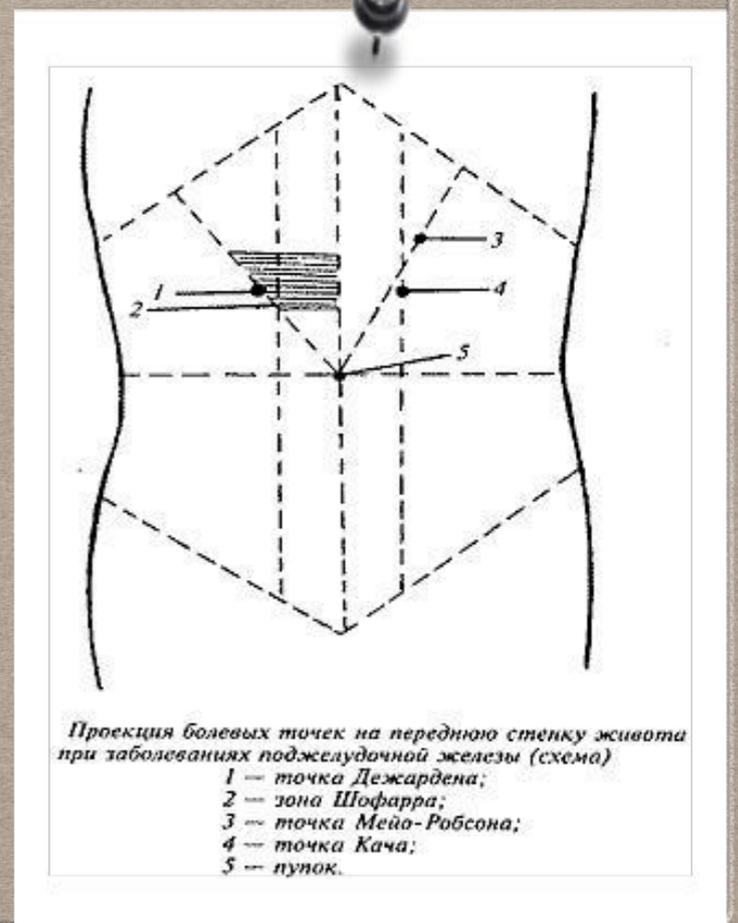


Диагностика



Физикальные признаки ХП

- «Рубиновые» капельки
- Признак Кача
- Признак Грота
- Болезненность при пальпации:
 - в точке Дежардена
 - в точке Мейо – Робсона
- Симптом «поворота»



Лабораторная диагностика

Основная задача лабораторной диагностики гиперферментных панкреатитов – выявление феномена «отклонения» ферментов в кровь, который является маркером повреждения ацинарных клеток. Это связано с тем, что деструкция ацинарных клеток происходит на фоне фиброза поджелудочной железы, то есть, к атаке активность амилазы, как и других панкреатических ферментов, является низкой, а во время атаки происходит рост, однако норму не превышает. Нормальная ферментность при панкреонекрозе свидетельствует о тотальном поражении поджелудочной железы и о неблагоприятном прогнозе.

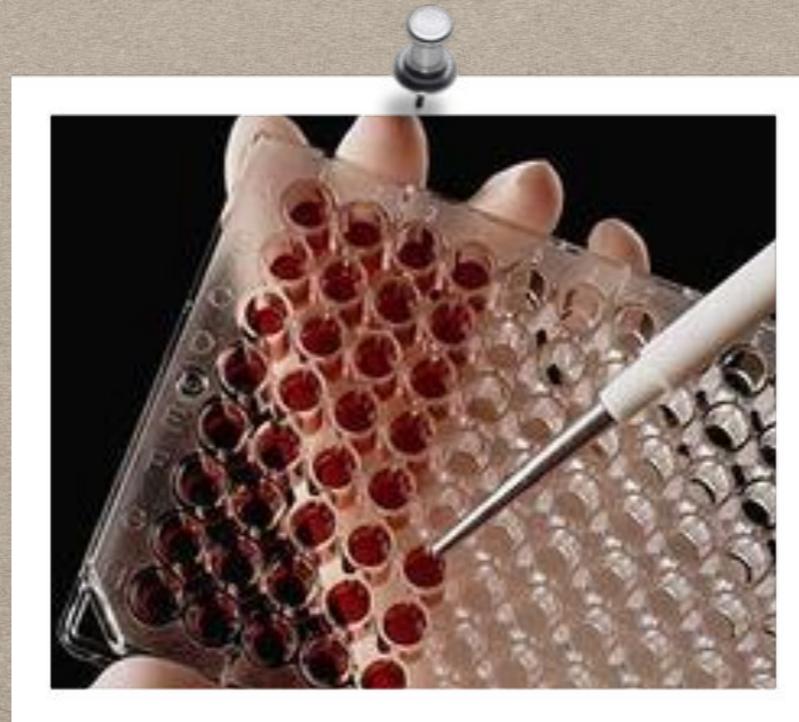
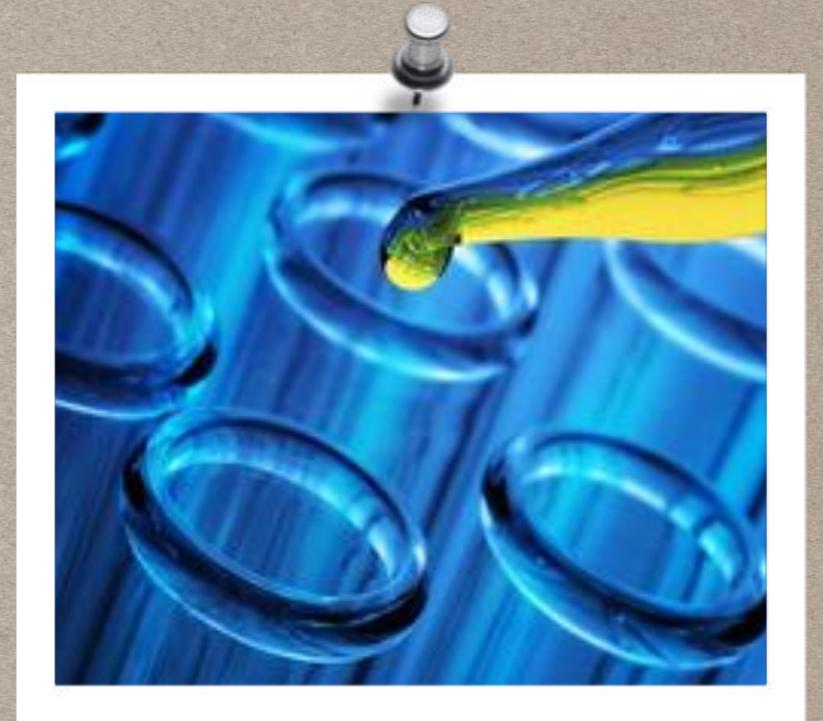
Кроме выявления «отклонения» ферментов в кровь для диагностики применяют тесты для определения этиологии панкреатита, гистологические, цитологические, генетические исследования.



Лабораторные исследования:

Однократно:

- общий анализ крови
- общий анализ мочи
- общий билирубин и фракции
- АСТ, АЛТ
- ЩФ
- Амилаза крови
- Липаза крови
- Сахар крови
- Общий белок
- Копрограмма



При наличии показаний:

- снижение уровня панкреатической изоамилазы;
- липаза, фосфолипаза крови – повышение активности;
- трипсин (иммунореактивный) крови – значительное повышение активности;
- инсулин, С-пептид (иммунореактивный) крови – снижение уровня;
- СРБ – повышение активности.

Инструментальные и другие методы диагностики

1. УЗИ поджелудочной железы, увеличение размеров ПЖ, увеличение акустической плотности, расширение вирсунгова протока, неровность контура протоков, выявление псевдокист;
2. КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства – можно выявить зону некроза.

При наличии показаний:

- ^{13}C -амилазный дыхательные тесты – для определения внешнесекреторной функции ПЖ;
- обзорное рентгенологическое исследование брюшной полости – позволяет выявить кальцификацию ПЖ или внутрипротоковые конкременты;
- ЭРХПГ – выявление изменений протока ПЖ и его ветвей (прерывистое расширение протоков – «цепь озер»);
- МРТ и холангиопанкреатография;
- тонкоигольная биопсия или аспирация ткани из участков панкреонекроза.

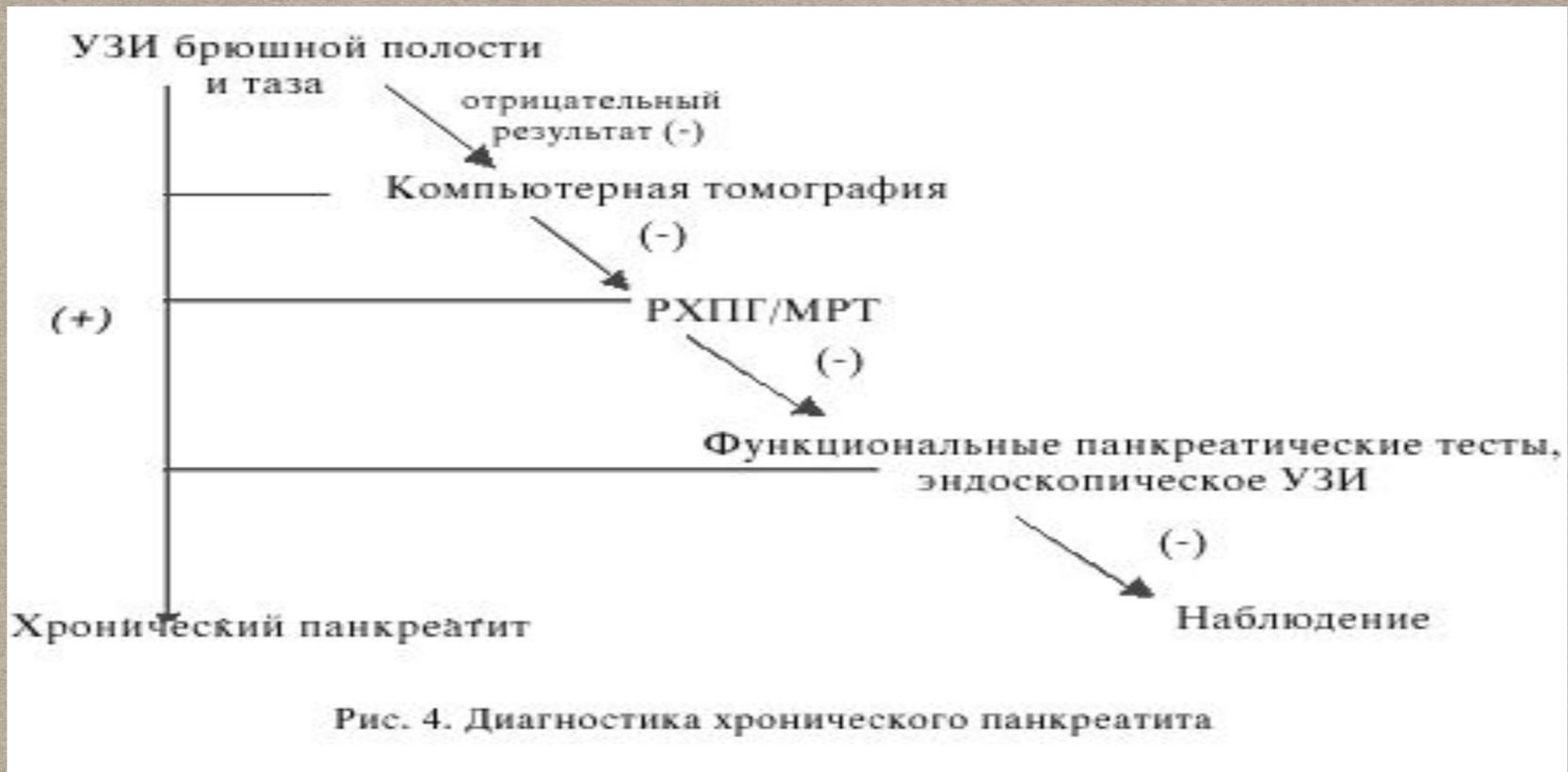


Рис. 4. Диагностика хронического панкреатита

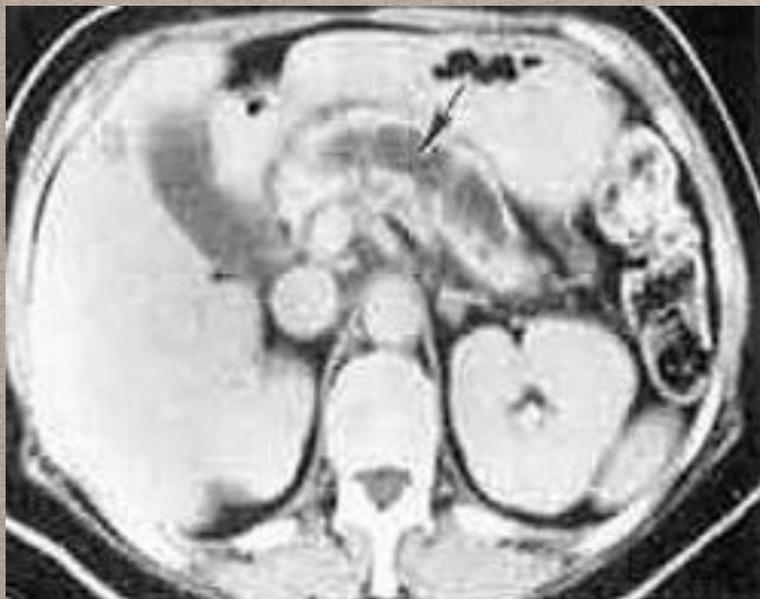


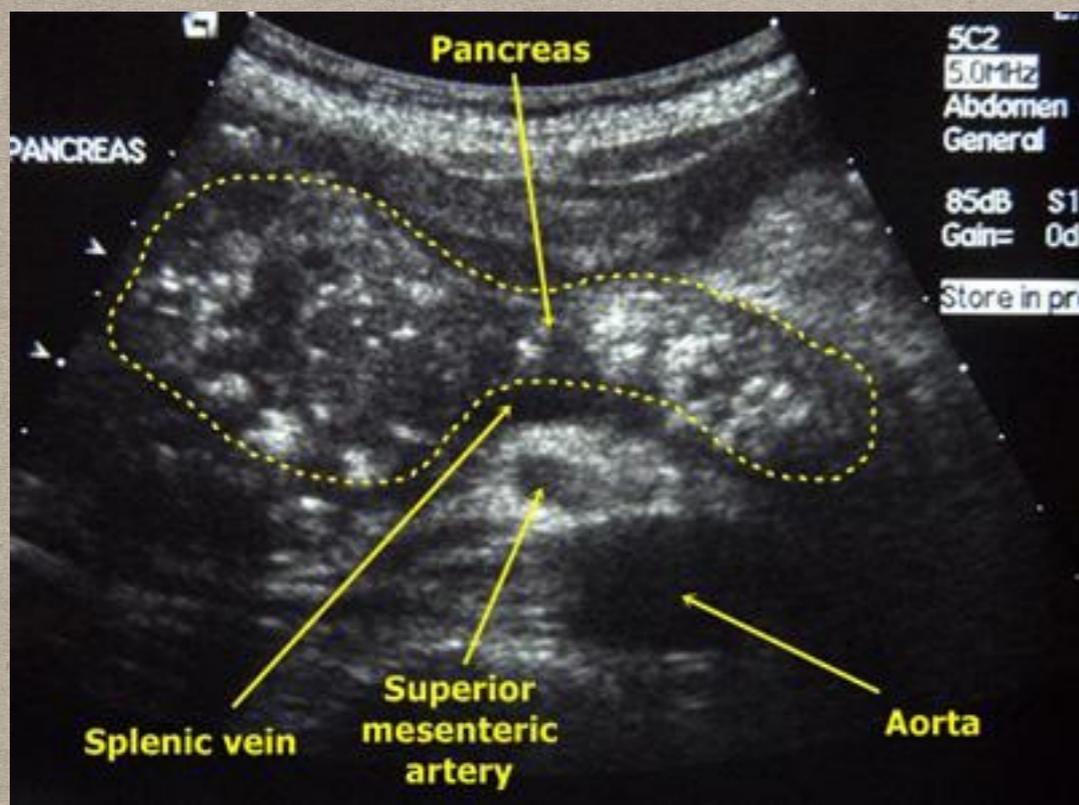
Рис 2. Компьютерная томография при хроническом панкреатите



Рис. 3. РХПГ при хроническом панкреатите (Изменения по типу "жемчужной нити")

На обзорном рентгенографическом снимке органов брюшной полости стрелками обозначены контуры поджелудочной железы с кальцификатами, что часто обнаруживается при алкогольном панкреатите





ЭРХПГ, помогающую выявить косвенные признаки повреждения поджелудочной железы по изменению протоково-выводной системы железы.



ПАНКРЕАТИТ

Что делать?



Лечение

Основано на нескольких основных принципах:

1. Соблюдение диеты
2. Устранение боли
3. Коррекция нарушенных функций поджелудочной железы.
4. Лечение обострений хронического панкреатита производят в стационаре, под наблюдением врача.

Диета

Больным хроническим панкреатитом рекомендуется исключить из рациона питания алкоголь, жирные, жаренные, соленые и перченые блюда, копчености, свежий белый хлеб, газированные напитки, кофе, шоколад, грибные супы.

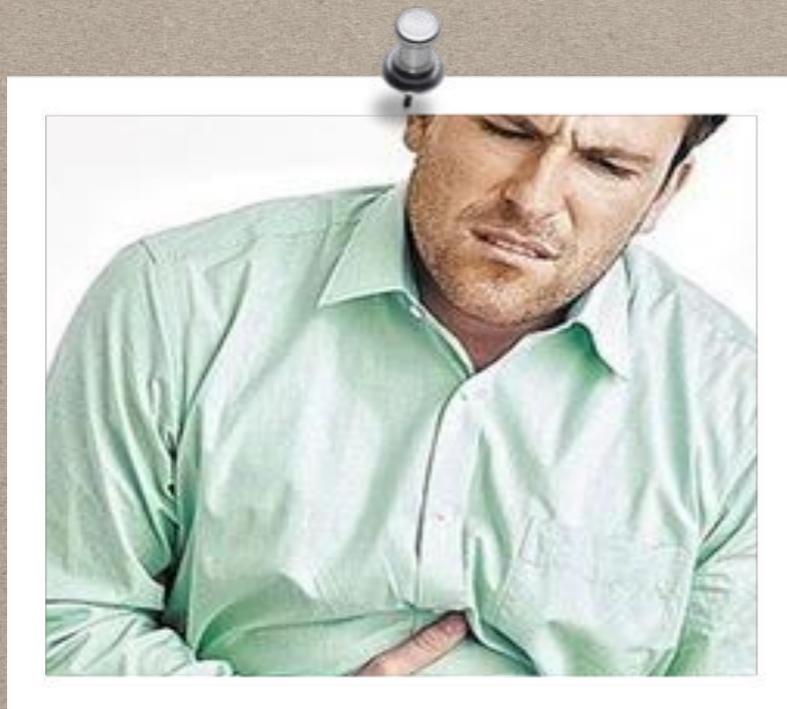
Разрешается употреблять в пищу овощные супы, отварные овощи, каши, нежирные сорта рыбы и мяса, отварные макаронные изделия, фрукты, чай. Питание при хроническом панкреатите осуществляется небольшими порциями, 5-6 раз в день. В первые дни обострения хронического панкреатита рекомендуется дробное питание небольшими порциями каждые 3 часа.



Боль

Соблюдение диеты, ограничение употребления в пищу жиров и других трудноперевариваемых продуктов нередко само по себе приносит уменьшение боли.

При выраженной боли, сопровождающей хронический панкреатит, могут быть назначены ненаркотические анальгетики (аспирин, диклофенак и др.). Данные препараты снижают воспаление в области поджелудочной железы, приводя к уменьшению боли.



Группы ферментных препаратов

- экстракты слизистой оболочки желудка – действующее вещество пепсин (абомин, пепсидил);
- панкреатические энзимы, в состав которых входят амилаза, липаза и трипсин (креон, пангрол, мезим-форте, панкреатин, ликреаза);
- Комбинированные препараты, содержащие помимо панкреатина компоненты желчи и др. (фестал, дигестал, энзистал)
- комбинированные ферменты, содержащие животные ферменты в сочетании с растительными энзимами (вобэнзим, комбицин)
- собственно растительные энзимы
- ферменты, которые содержат лактазу (лактраза).



Подавление секреции поджелудочной железы

Снижение кислотопродукции:

- голод
- эвакуация желудочного содержимого постоянным зондом
- блокаторы H₂-рецепторов к гистамину
- ингибиторы протонного насоса
- антациды
- соматостатин

Ликвидация моторных нарушений

- Прокинетики
- Спазмолитики
- М-холинолитики



Лечение:

Схема 1:

Препарат	Доза, кратность введения	Способ введения
Метронидазол	500 мг 2-3 р/день	В/в, капельно
Цефотаксим	2,0 г 2 р/день	В/м
Пирензепин	2,0 г 2 р/день	В/м
ИПП омепразол, рабепразол, лансопразол, эзомепразол, пантопразол	20 мг 1-2 р/день 30 мг 1 р/день 40 мг 1 р/день	Внутрь Внутрь Внутрь
Препараты с достаточным содержанием липазы	2 капсулы 3-4 р/день	Внутрь
Комбинированный антацид	15 мл 3-4 р/день	Внутрь

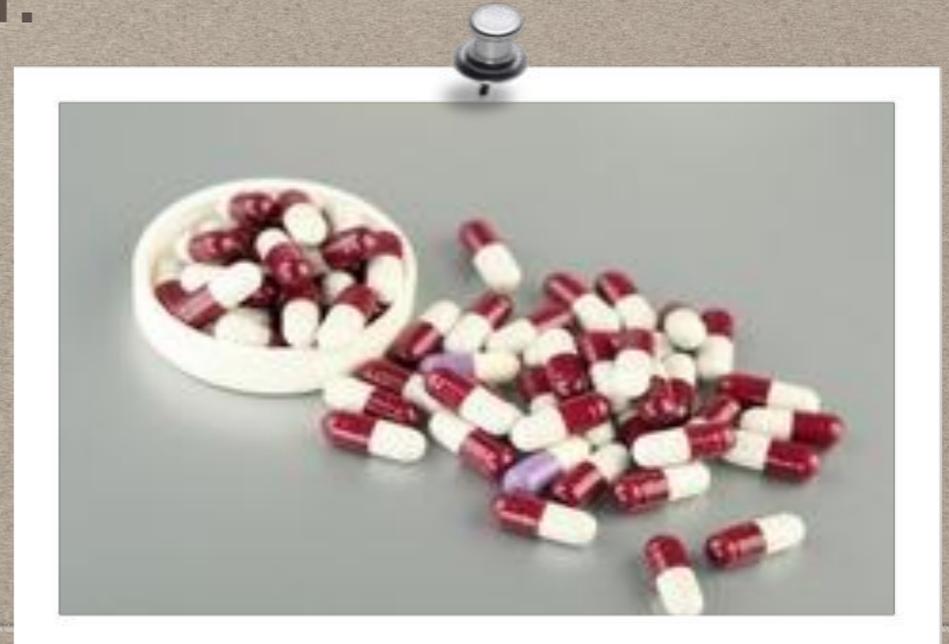
Лечение:

Схема 2:

Препарат	Доза, кратность введения	Способ введения
Меропенем	0,5-1,0 г каждые 8 час	В/в
Инъекционные формы ИПП: омепразол, эзомепразол, пантопразол Затем энтеральные ИПП омепразол, рабепразол или лансопразол или эзомепразол, пантопразол	40 мг 2 р/день 20 мг 1-2 р/день 30 мг 1 р/день 40 мг 1 р/день	В/в Внутрь Внутрь Внутрь
Пирензепин	2,0 г 2 р/день	В/м
Препараты с достаточным содержанием липазы	1-2 капсулы 3-4 р/день	Внутрь

Подбор дозы липазы осуществляется следующим образом:

1. стеаторея – нет, эластаза-1 в кале – в норме → -10-15-20 тыс. ЕД липазы в сутки;
2. стеаторея – нет, эластаза-1 в кале 100-200 мкг/г → 20-40 тыс. ЕД липазы сутки;
3. есть стеаторея, эластаза-1 в кале >200 мкг/г более 40 тыс. ЕД липазы в сутки.



При тяжелой внешнесекреторной недостаточности ПЖ:

витамин К – 10 мг/сут +

витамин А – до 25 000 МЕ/сут +

витамин D – 400-4 000 МЕ/сут внутрь (при необходимости – в/м введение 1 р/месяц) +

витамин E – 10 мг/сут в/м

или поливитаминные комплексы (А11А) – курсами по 1-1,5 месяца.

При **энтеропанкреатическом синдроме** – кишечные антисептики, пре- и пробиотики.

При **симптомах отека ПЖ и уклонении ферментов в кровь** (интенсивные боли + сонографические признаки: сочетание увеличения размеров ПЖ со снижением эхогенности), а также при кровотечениях на почве ДВС-синдрома – ингибиторы протеаз (апротинин 20-100 тыс. аТрЕ или 50-200 тыс. КИЕ в сутки в/в капельно на физиологическом растворе).

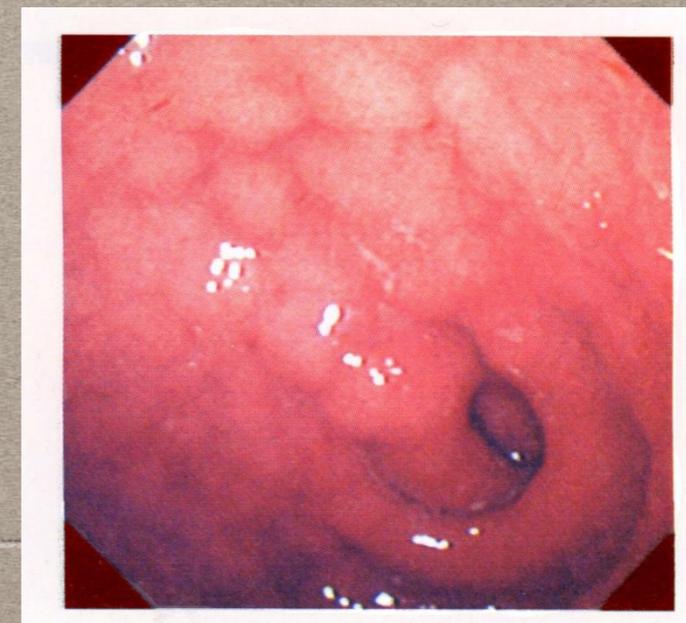
Ингибиторы протеаз эффективны только в первые трое суток панкреатической атаки.

При некупируемом болевом синдроме, неэффективности интенсивного лечения панкреатической атаки – 5-фторурацил 2,5% или 5% раствор для инфузий – 5,0 на 100,0 физиологического раствора № 5-10.



Эндоскопическое лечение

1. **при ХП** – папиллосфинктеротомия, извлечение камней из вирсунгова протока (обычно после предшествующей литотрипсии), стентирование вирсунгова протока;
2. **при кистах, псевдокистах ПЖ** –цистогастростомия, цистодуоденостомия, цистоеюностомия;
3. ударноволновая литотрипсия при **кальцинатах и кальцификатах ПЖ.**



Другие методы лечения

1. **новокаиновые блокады** (паранефральная, через круглую связку печени, сакроспинальная, эпидуральная и др.), блокада или алкоголизация солнечного сплетения – при тяжелом болевом синдроме;
2. **рентгентерапия, искусственная гипотермия области ПЖ** – при упорном болевом синдроме, неэффективности медикаментозного лечения;
3. **парэнтеральное, энтеральное питание** – как кратковременная мера в комплексе купирования панкреатической атаки и болевого синдрома;
4. **экстракорпоральные методы** – при системных осложнениях, выраженной интоксикации

Хирургическое лечение

1. **при ХП** – резекция ПЖ (при отсутствии расширения панкреатических протоков) или дренирующие операции, торакоскопическая симптоспланхнэктомия – для купирования болевого синдрома, не поддающегося медикаментозному лечению;
2. **при кистах, псевдокистах ПЖ** – резекция ПЖ, цистогастростомия, цистоеюностомия, продольная панкреатоцистоеюностомия, марсупиализация кисты (сальниковой сумки).

