

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
Кафедра факультетской терапии

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

доцент Соловьева А.В.

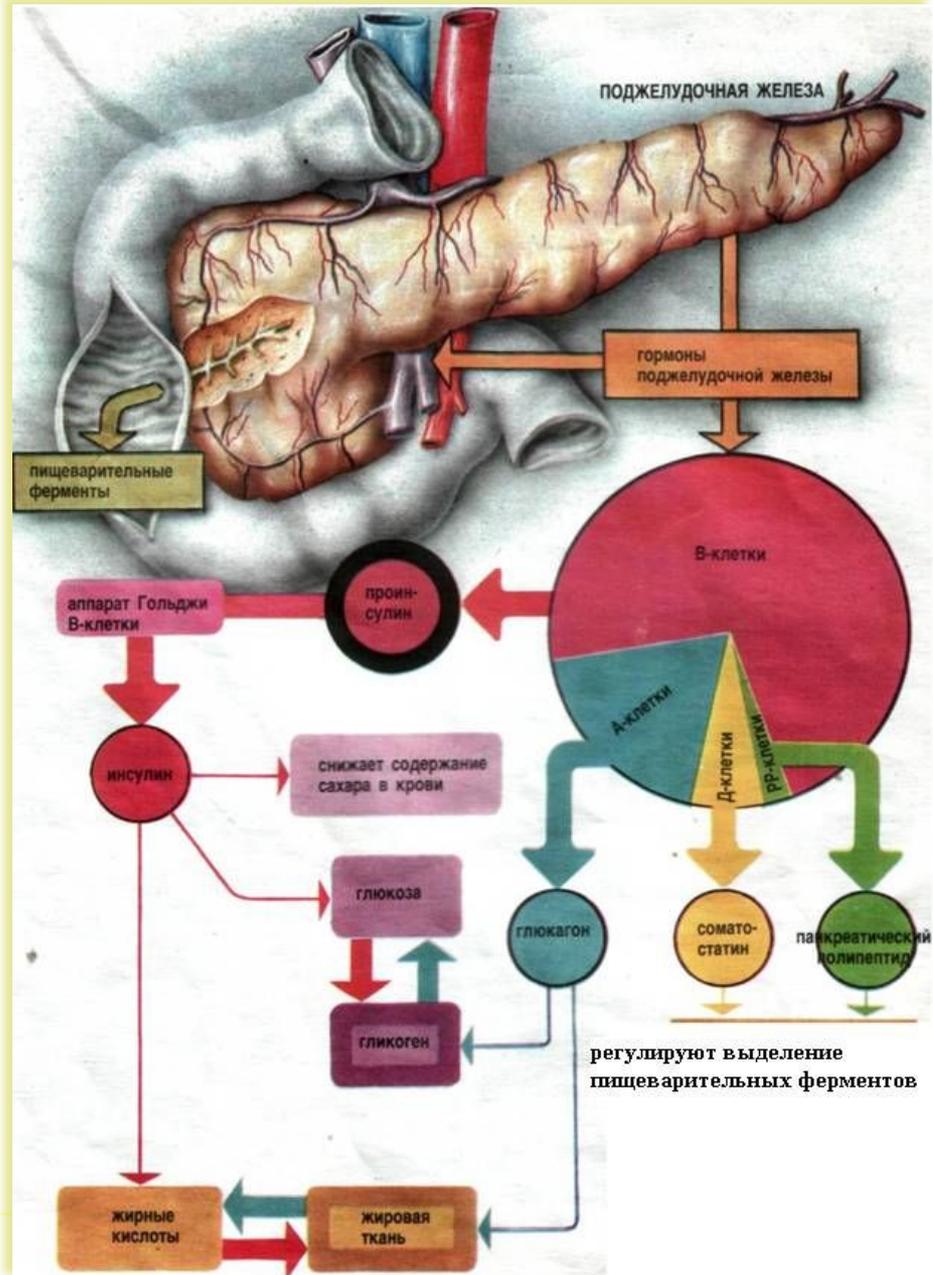


Таблица 1. Ферменты панкреатического секрета

Нутриенты	Гидролазы
Белки	Трипсин Химотрипсин Карбоксипептидазы Эластаза
Липиды	Липазы Колипаза Фосфолипаза Эстераза
Углеводы	α -амилаза
РНК, ДНК, олигонуклеотиды	РНК-азы ДНК-азы Щелочная



Хронический панкреатит (ХП) —

прогрессирующее заболевание ПЖ, которое характеризуется проявлением во время обострения признаков острого воспалительного процесса, постепенным замещением паренхимы органа соединительной тканью и развитием недостаточности экзо- и эндокринной функции железы.



Этиология хронического панкреатита

- Интоксикация алкоголем- 2/3 всех случаев хрон.панкреатита
(ПЖ в 3 раза более чувствительна чем печень)
- Заболевания билиарной системы (ЖКБ) 25-40%.



Этиология хронического панкреатита

- наследственный панкреатит
 - хроническая ишемия поджелудочной железы,
 - аутоиммунные заболевания.
 - аномалии развития холедоха,
 - постхолецистэктомический синдром,
 - спаечная болезнь,
 - глистные инвазии (паразитарный ХП),
 - хронические гепатиты и циррозы печени (гепатопанкреатический синдром),
 - первичный и вторичный склерозирующий холангит (склерозирование терминального отдела общего желчного протока),
 - гемохроматоз («бронзовый диабет»: цирроз, ХП, СД),
 - эпидемический паротит,
 - гиперпаратиреоз (нарушение обмена Са, Р, кальцификаты в ПЖ),
 - папиллит (оддит),
 - папиллостеноз,
 - папиллярный дивертикул ДПК и т.д.
-



Основные механизмы патогенеза хронического панкреатита

- **Механизм повышения давления в протоковой системе.**
- **Механизм отложение белковых преципитатов в мелких протоках**
- **Вирусный механизм (ускорение апоптоза, дистрофия, фиброз)**

ПАТОГЕНЕЗ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

- ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

- СНИЖЕНИЕ СЕКРЕТИНА

- ПОВЫШЕНИЕ ДАВЛЕНИЯ В ДПК
- СПАЗМ СФИНКТЕРА ОДДИ
- СНИЖЕНИЕ СЕКРЕЦИИ БИКАРБОНАТОВ
- СГУЩЕНИЕ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СОКА

- ПРЕЦИПИТАЦИЯ, ОБРАЗОВАНИЕ БЕЛКОВЫХ ПРОБОК, ЗАКУПОРКА ПРОТОКОВ

- ВЫХОД ФЕРМЕНТОВ В ТКАНЬ ПЖ – самопереваривание

- ФЕРМЕНТЕМИЯ – ИЗМЕНЕНИЯ В ДРУГИХ ОРГАНАХ И ТКАНЯХ

Патогенез хронического панкреатита





Марсельско – Римская классификация воспалительных заболеваний поджелудочной железы (1988 г)

- Острый панкреатит
- Хронический панкреатит
 - хронический кальцифицирующий панкреатит
 - хронический обструктивный панкреатит
 - хронический воспалительный
 - Фиброз ПЖ

Классификация хронического

панкреатита

(Ивашкин В.Т. и соавторы, 1990 г.)



По морфологическому признаку:	По клиническим проявлениям	По характеру клинического течения
1. Интерстициально-отечный	1. Болевой.	1. Редко рецидивирующий (обострения не более 1-2 раз в год)
2. Паренхиматозный	2. Гипосекреторный	2. Часто рецидивирующий (обострения 3-4 раза в год)
3. Фиброзно-склеротический (индуративный)	3. Астенический	3. Персистирующий с постоянно присутствующей симптоматикой хронического панкреатита
4. Гиперпластический (псевдотуморозный)	4. Латентный	
5. Кистозный	5. Сочетанный	



Классификация хронического панкреатита

(Ивашкин В.Т. и соавторы, 1990 г.)

По этиологии:	Осложнения
1. Билиарнозависимый	1. Нарушение жёлчеотделения
2. Алкогольный	2. Воспалительные изменения, обусловленные повреждающим действием панкреатических энзимов
3. Дисметаболический	3. Эндокринные нарушения
4. Лекарственный	4. Портальная гипертензия
5. Инфекционный	
6. Идиопатический	

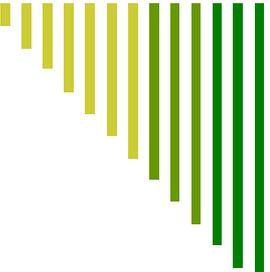


КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- ❖ Болевой синдром;
 - ❖ Синдром внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы;
 - ❖ Синдром инкреторной недостаточности;
 - ❖ Синдром билиарной гипертензии.
-

Болевой синдром

- Локализуется в эпигастрии, правом и левом подреберье, вокруг пупка, опоясывающие
- Иррадиируют в поясницу, спину, левую лопатку, плечо, область сердца
- Постоянные, изнуряющие
- Усиливаются в положении лежа на спине, ослабевают в положении сидя при небольшом наклоне вперед
- Провоцируются погрешностями в диете: приемом алкоголя, жирной, обильной, горячей или холодной пищей



Диспептический синдром

- Поносы: кал кашицеобразный, зловонный, с жирным блеском
- Похудание
- Отвращение к жирной пище, тяжесть после еды, чувство вздутия и распирания, особенно после нарушения диеты и приема алкоголя
- Отрыжка, тошнота, рвота не приносящая облегчения
- Отставание в росте при тяжелых формах
- слабость



Синдром инкреторной недостаточности

- Расстройства углеводного обмена встречаются у 2/3 больных
- У половины из них – клинические признаки сахарного диабета
- Склонность к гипогликемии , потребность в низких дозах инсулина, редкое развитие осложнений



Синдром билиарной гипертензии

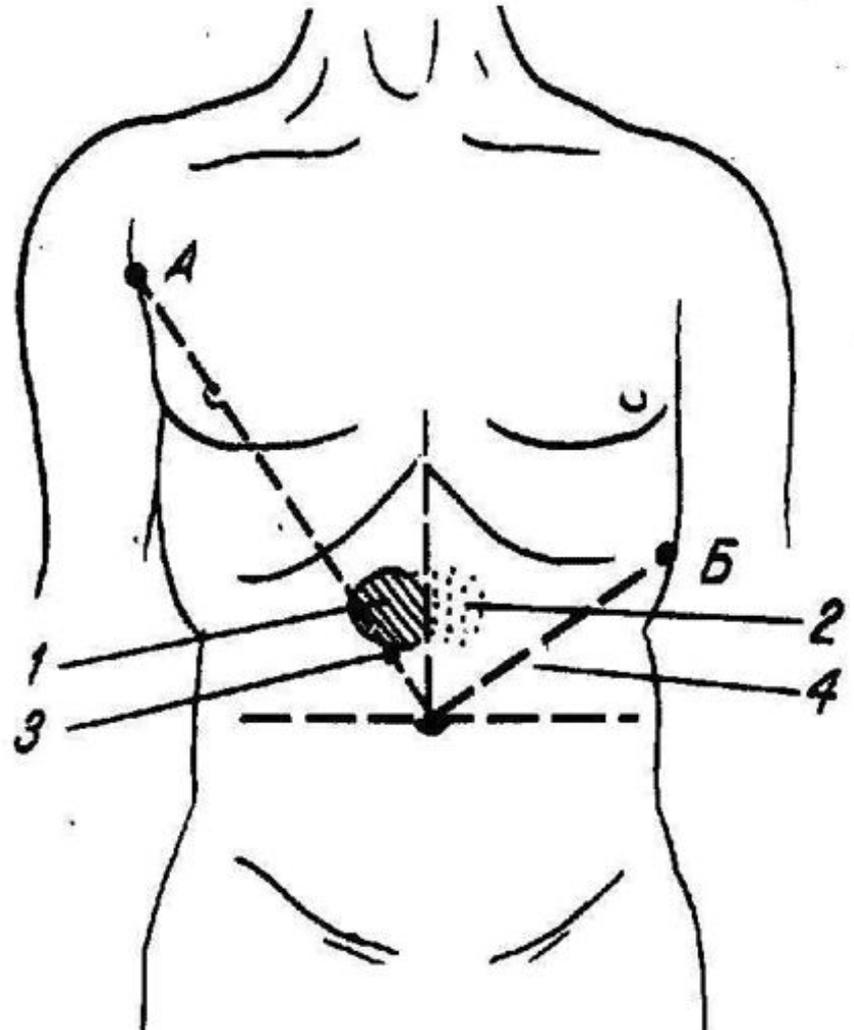
- Механическая желтуха, обусловленная отеком головки ПЖ, закупоркой общего желчного протока камнем или сопутствующим холангитом

Зоны пальпаторной болезненности при панкреатите:

- 1 - зона Шоффара;
- 2 - зона Губергрица - Скульского;
- 3 - точка Дежардена;
- 4 - точка Губергрица.

А - линия, соединяющая пупок с подмышечной впадиной;

Б - линия, соединяющая пупок с серединой реберной дуги.





Лабораторная диагностика

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ

- Общий анализ крови: возможны лейкоцитоз и повышение СОЭ.
- Определение активности амилазы в сыворотке крови и моче, липазы в сыворотке крови, эластазы в сыворотке крови.
- Копрограмма: характерны полифекалия (свыше 400 г/сутки - результаты достоверны при ежедневном взвешивании кала в течение 3 дней), стеаторея (более 9% жиров при содержании в суточном рационе 100 г жиров), креаторея (10 и более мыш. волокон в поле зрения) - признак тяж. панкреатической недостаточности.
- Определение глюкозы плазмы крови.
- Биохимический анализ крови – гипербилирубинемия, ↑ЩФ, маркеры холестаза.



Лабораторная диагностика

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

- Секретин-панкреозиминный тест: исследование дуоденального содержимого: характерно изменение показателей панкреатической секреции (ферментов, гидрокарбонатов, объёма сока) до и после стимуляции секретинном, панкреозиминном (гиперсекреторный тип сокоотделения в начальных стадиях ХП и гипосекреторный — при развитии фиброза железы).



Инструментальная диагностика

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ

- УЗИ: увеличение размеров, неровность контуров, пониженная эхогенность при отёке железы, неоднородность структуры, псевдокисты, кальциноз или расширение протоков железы.

Ультразвуковые признаки ХП

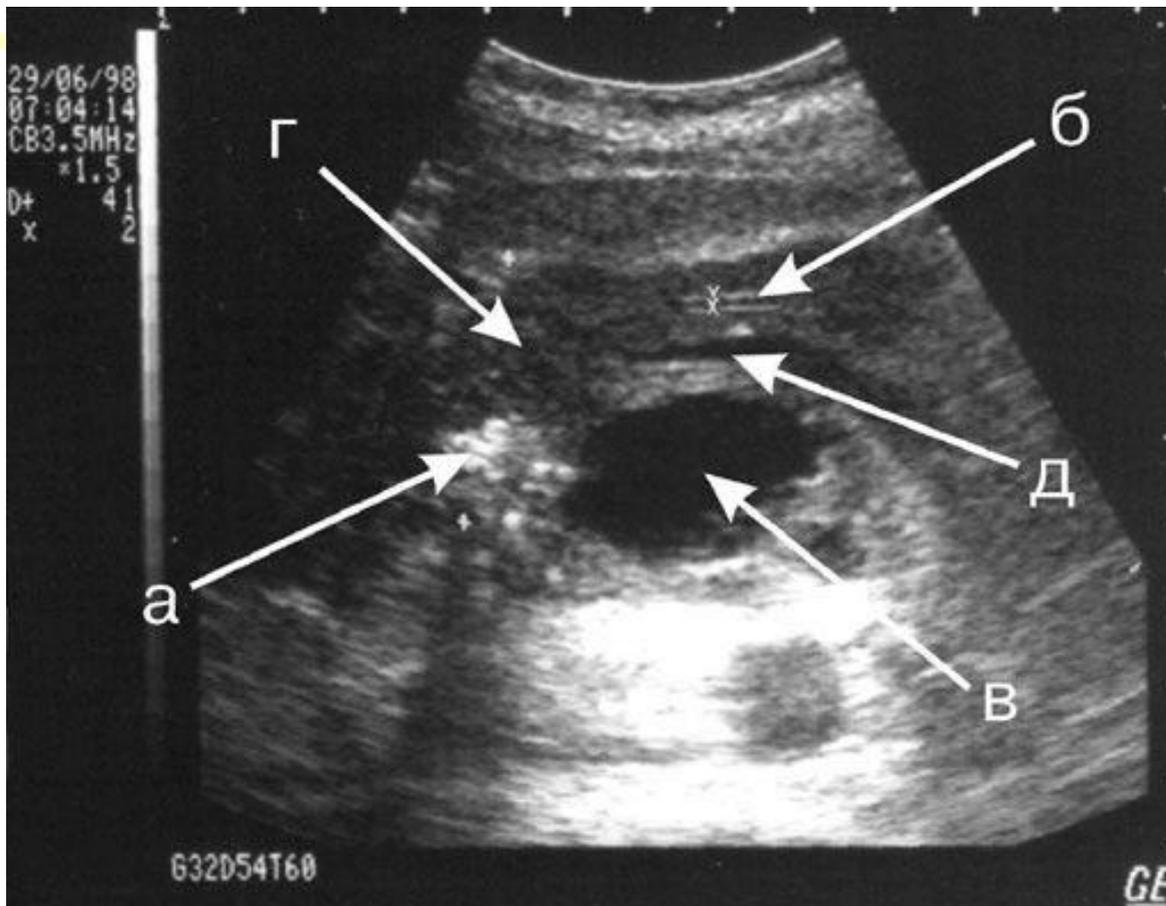


Ранняя

- 1. - Гомогенное диффузное повышение эхогенности паренхимы, сохранение рисунка
- 2. - Картина "булыжной мостовой", которую дают эхосигналы средней интенсивности
- 3. - Средний и плотный эхосигналы, неравномерно распределенные на
- 4. нормальном фоне
- 5.
- 6.

Поздняя

- 1. - Негомогенное распределение эхосигналов с чередованием плотных и кистозных участков
- 2. - Чрезвычайная вариабельность амплитуды и протяженности эхосигналов
- 3. - Изменение размера органа. Иногда лишь частичное увеличение (переднезадние размеры: головка - более 3 см, тело - 2,5 см, хвост более 3 см)
- 4. - Кальцификация тканей железы
- 5. - Конкременты в панкреатическом протоке
- 6. - Кисты
- 7. - Расширение панкреатического протока (более 2,5 мм)
- 8. - Деформация органа (изменение внешнего контура)
- 9. - Повышение плотности ткани ПЖ



Эхограмма хронического панкреатита с преимущественным поражением головки поджелудочной железы:

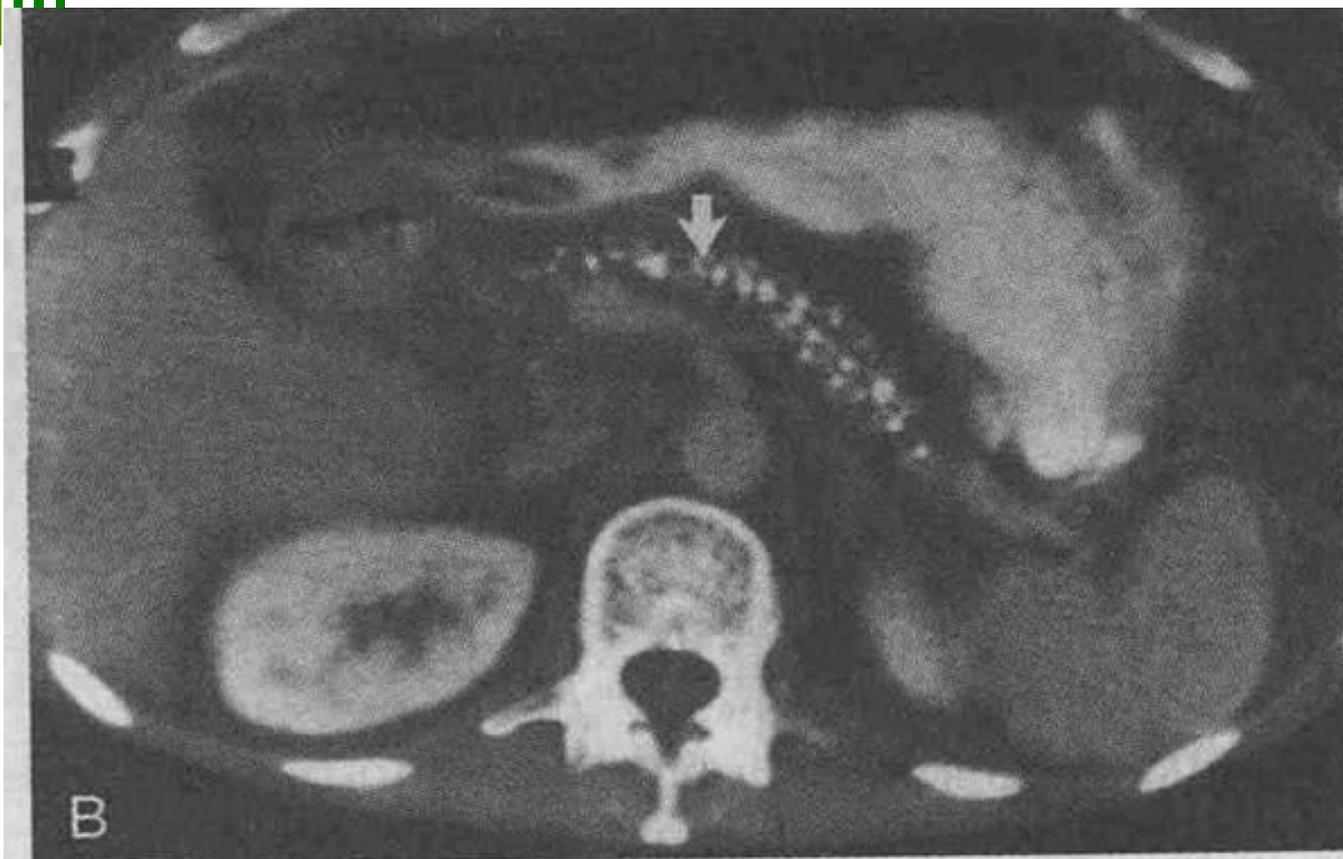
- а) кальцинаты в головке ПЖ;
- б) нерасширенный Вирсунгов проток;
- в) псевдокиста ПЖ;
- г) увеличенная головка ПЖ;
- д) селезеночная вена



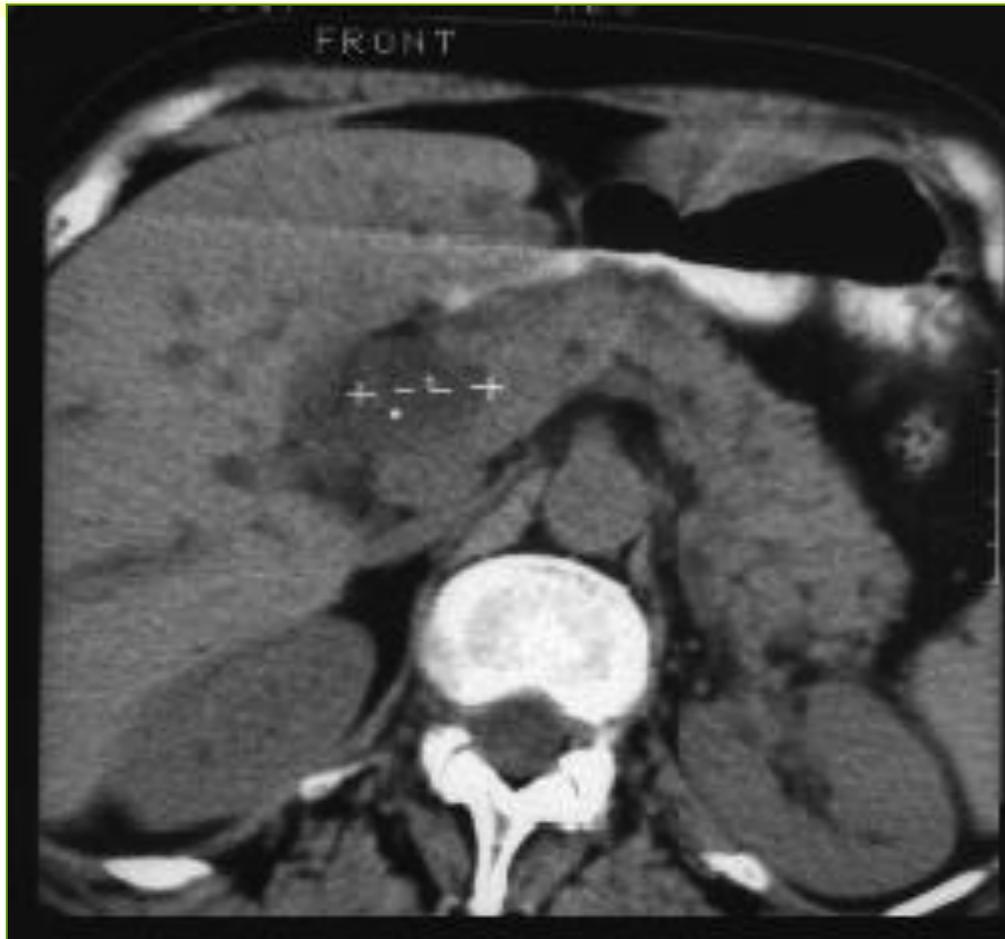
Инструментальная диагностика

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

- Рентгенография:
 - обзорная рентгенография органов брюшной полости - выявление кальцинатов;
 - рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки — для выявления дискинезии, дуоденостаза, изменения положения и формы ДПК;
- КТ
- ФГДС
- Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография РХПГ: выявление изменений в главном панкреатическом протоке: чередование расширений и сужений протока, извилистость и неровность стенок, деформацию боковых ответвлений.
- Ангиография: с целью исключения опухолей, кист.
- Биопсия поджелудочной железы.



Компьютерная томограмма: Хронический кальцифицирующий панкреатит. Множественные кальцинаты в ПЖ



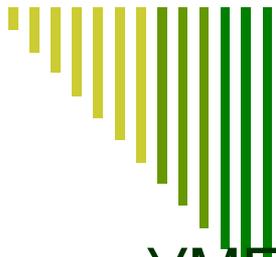
КТ-поджелудочной железы – киста.



Эндоскопическое исследование (ФГДС)

ПОЗВОЛЯЕТ:

- Осуществлять эндоскопический осмотр панкреатического протока
 - Выполнять селективный забор панкреатического сока для ферментного и морфологического исследования;
 - Диагностировать патологию большого дуоденального сосочка;
 - Выявить заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки, являющиеся возможной причиной развития ХП.
-



Лечение

хронического панкреатита

УМЕНЬШЕНИЕ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ СЕКРЕЦИИ

- Подавление желудочной секреции:
ИПП (омепразол, лансопразол, рабепразол, эзомепразол)
блокаторы H₂-рецепторов гистамина (ранитидин, фамотидин).
- Антациды.
- Синтетический аналог соматостатина октреотида (сандостатин)



КУПИРОВАНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА

- Назначают ненаркотические анальгетики или спазмоанальгетики: метамизол натрий(50% раствор анальгина 2 мл или баралгина 5 мл), парацетамол 500 мг 3–4 р/д.
- При выраженном болевом синдроме назначают наркотические анальгетики: трамазолин 800 мг/сут. **Морфин противопоказан**, т. к. вызывает спазм сф. Одди.
- Лечебные мероприятия, направленные на снижение панкреатической секреции, оказывают выраженное обезболивающее действие:
- холиноблокаторы;
- миотропные спазмолитики (дротаверин, мебеверин и др.). Среди миотропных спазмолитиков заслуживает внимание мебеверина гидрохлорид (Дюспаталин)



ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ЭКЗОКРИННОЙ ФУНКЦИИ

- содержание липазы на один прием пищи до 30 000 ЕД, т.к. при панкреатической недостаточности в первую очередь нарушается переваривание жиров;
- наличие оболочки, защищающей ферменты от переваривания желудочным соком, т.к. липаза и трипсин в их составе, быстро теряют активность (при $\text{pH} < 4$ и $\text{pH} < 3$ соответственно), и до попадания в ДПК м. разрушаться до 92% липазы;
- малый размер гранул, наполняющих капсулы, т.к. одновременная эвакуация препарата с пищей происходит при размере его частиц не более 2 мм;
- быстрое освобождение ферментов в верхних отделах тонкой кишки;
- отсутствие желчных кислот в составе препарата.

История ферментных препаратов

I
поколение



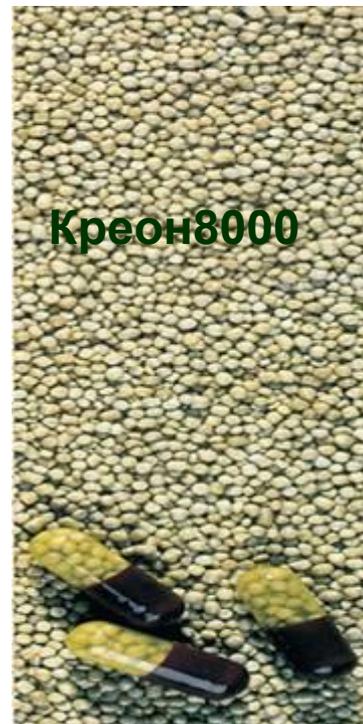
1900 г.

II
поколение



1958 г.

III
поколение



Креон8000

1983 г.

IV
поколение



Креон10000

Креон25000

1991 г.



КЛАССИФИКАЦИЯ ФЕРМЕНТНЫХ ПРЕПАРАТОВ

1. Препараты, содержащие панкреатин (панкреатин, пензитал, мезим форте, панзинорм форте - Н, креон, панцитрат).
 2. Препараты, содержащие панкреатин, компоненты желчи, гемицеллюлазу и другие компоненты (фестал, дигестал, энзистал, панзинорм форте).
 3. Препараты растительного происхождения, содержащие папаин, экстракт рисового грибка и другие компоненты (пепфиз, ораза).
 4. Комбинированные ферменты, содержащие панкреатин в сочетании с растительными энзимами, витаминами (вобэнзим, флогензим).
-



Креон® 25000

Kreon® 25000

панкреатин 300 мг
20 капсул

Для лечения ферментной
недостаточности
при заболеваниях
желудочно-кишечного тракта



SOLVAY
PHARMA



КРЕОН – ферментный препарат в виде минимикросфер



Панкреатин

*Растворимая в кишечнике
оболочка*

*Защита от $pH < 5$
в желудке*

*Быстрое высвобождение
ферментов при $pH > 5$
в кишечнике*

*Оптимальный размер
< 1,25 mm*



Креон

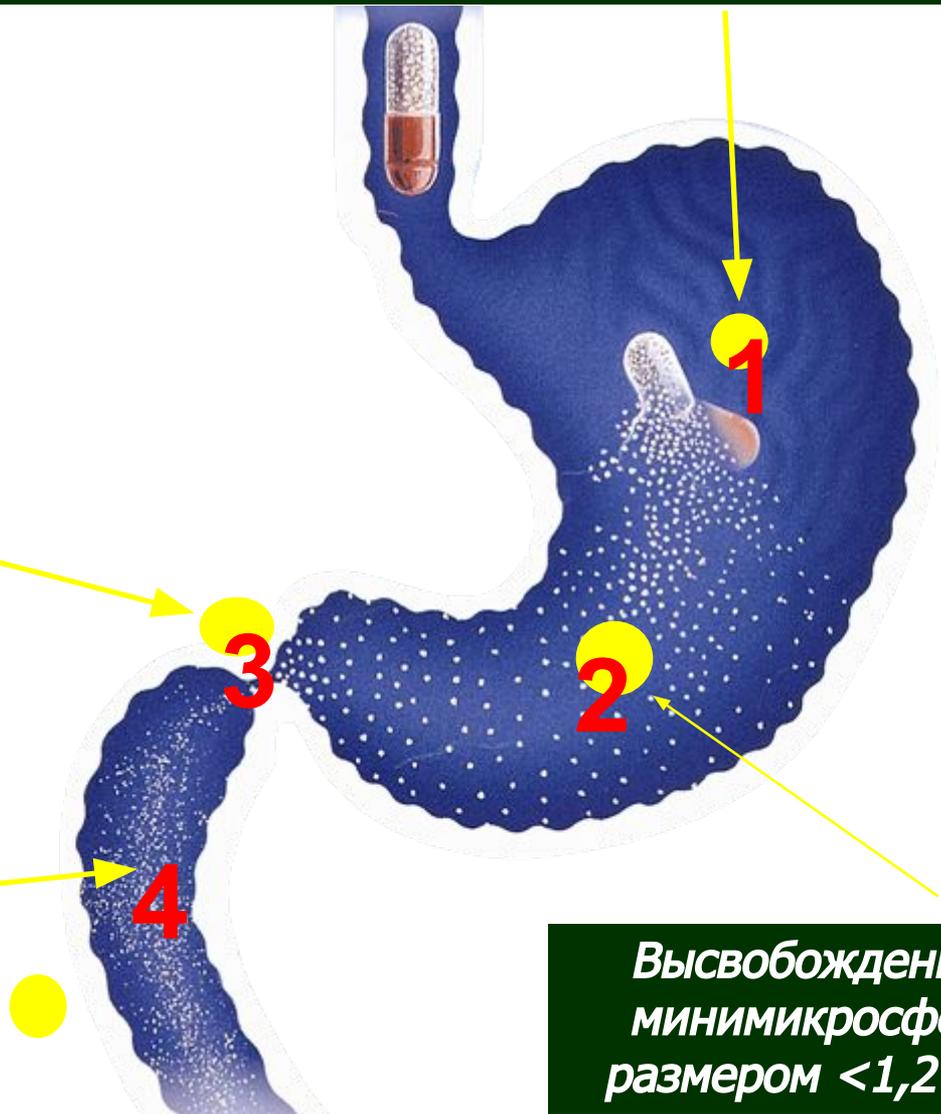
механизм действия

*Растворение желатиновой капсулы (1-2 мин.)
Равномерное распределение минимикросфер*

Одновременное поступление минимикросфер с порциями химуса через привратник

Быстрое и полное высвобождение ферментов при $pH > 5.5$

Высвобождение минимикросфер размером $< 1,2$ мм





ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ЭНДОКРИННОЙ ФУНКЦИИ

- ❖ Пероральные сахароснижающие препараты противопоказаны!
 - ❖ диета № 9
 - ❖ малые дозы инсулина
-



сигареты



наркотики



алкоголь



спорт



правильное питание



свежий воздух



ложимся



электромагнитные поля



хорошее настроение

Правила здорового образа жизни



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ