

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

профессор кафедры
факультетской терапии КемГМУ,
д.м.н. Репникова Р.В.

План лекции:

- Понятие о хроническом панкреатите
- Классификация
- Клиника
- Принципы диагностики, критерии диагноза
- Лечение



Прекрасна, как ангел
небесный,
Как демон коварна и зла...

1788 г

первое описание хронического
алкогольного панкреатита

Хронический панкреатит

ОПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЕЗНИ ХП

- **Хронический панкреатит** - это воспалительно-дистрофическое заболевание экзокринной паренхимы поджелудочной железы с постепенным исходом в склероз с развитием экзо- и эндокринной недостаточности

Этиология:

- **Алкоголизм** (преимущественно у мужчин) 20-25%. Каждый эпизод острого панкреатита на фоне ХП - неблагоприятный фактор.
- **Заболевания билиарной системы** (чаще ЖКБ, паразитозы (описторхоз) - 25-40%.
- **Хирургические операции** (холецистэктомия, резекция желудка)
- **Язвенная болезнь** (особенно язва ДПК)
- **Инфекция** (вирус гепатита В)
- **Лекарства**: мочегонные (гипотиазид, фуросемид). Азатиоприн, 6-меркаптопурин, сульфасалазин, метронидазол, нитрофураны, стероиды
- **Химические вещества** в виде растворителей (хлор, фтор)
- **Гиперлипидемия**
- **Идиопатические**

КЛАССИФИКАЦИЯ

- **По клинической картине:**

- рецидивирующая форма

- болевая

- латентная

- псевдотуморозная

- фиброзно-склерозирующая

Частота симптомов хронического панкреатита

Симптомы	Частота встречаемости
Боль	80-90%
Стеаторея (экзокринная недостаточность)	5-15%
Панкреатогенный сахарный диабет	3-10%
Желтуха (из-за холедохостеноза)	1-5%

Клиническое течение хронического панкреатита

I этап (чаще-до 10 лет)

- чередование обострений и ремиссий
- обострения проявляются болью
- диспепсия не выражена

абдоминальная

боль



диспепсия

Осложненный вариант

II- этап (чаще после 10 лет)

- желудочная диспепсия
- кишечная диспепсия
- болевой синдром не выражен

Патогенез болевого синдрома при ХП

- Давление увеличенной ПЖЖ на солнечное сплетение
- Воспаление нервных окончаний ПЖЖ
- Воспаление нервных окончаний близлежащих органов
- Повышение давления в протоках ПЖЖ

Хронический панкреатит

«Боль есть величайшее
из всех зол»

Эпикур

Болевой синдром при хр. панкреатите

- Доминирующий
- Ранний – появляется в начальной стадии ХП
- Трудно купируется

В развернутой стадии ХП
болевого синдром
регистрируется у 80-90%
больных



Болевой абдоминальный синдром



1. Рецидивирующий болевой синдром с различной степенью интенсивности и продолжительности боли в период обострений
2. Постоянный монотонный болевой синдром, усиливающийся в период обострений
3. Отсутствие болей (15-20% больных)



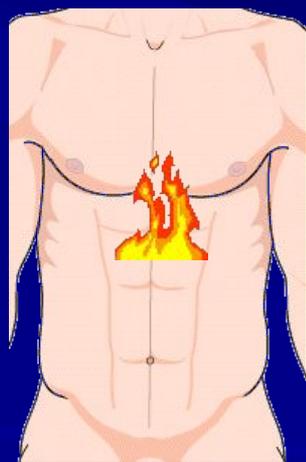
Характеристика болевого синдрома

- боль имеет интермитирующий продолжительный характер (часы, сутки);
- боль возникает через 1,5-2 часа (6-72 часа) после обильной, жирной или острой пищи;
- боль приступообразно возникает в начале еды и усиливается через 20-30 минут;
- мучительная постоянная боль, плохо поддающаяся терапии

Локализация болевого синдрома при хроническом панкреатите



поражение
головки



поражение тела



поражение хвоста



парез поперечно-
ободочной кишки

Симптоматика синдрома внешнесекреторной недостаточности

красные капельки

гиперпигментация



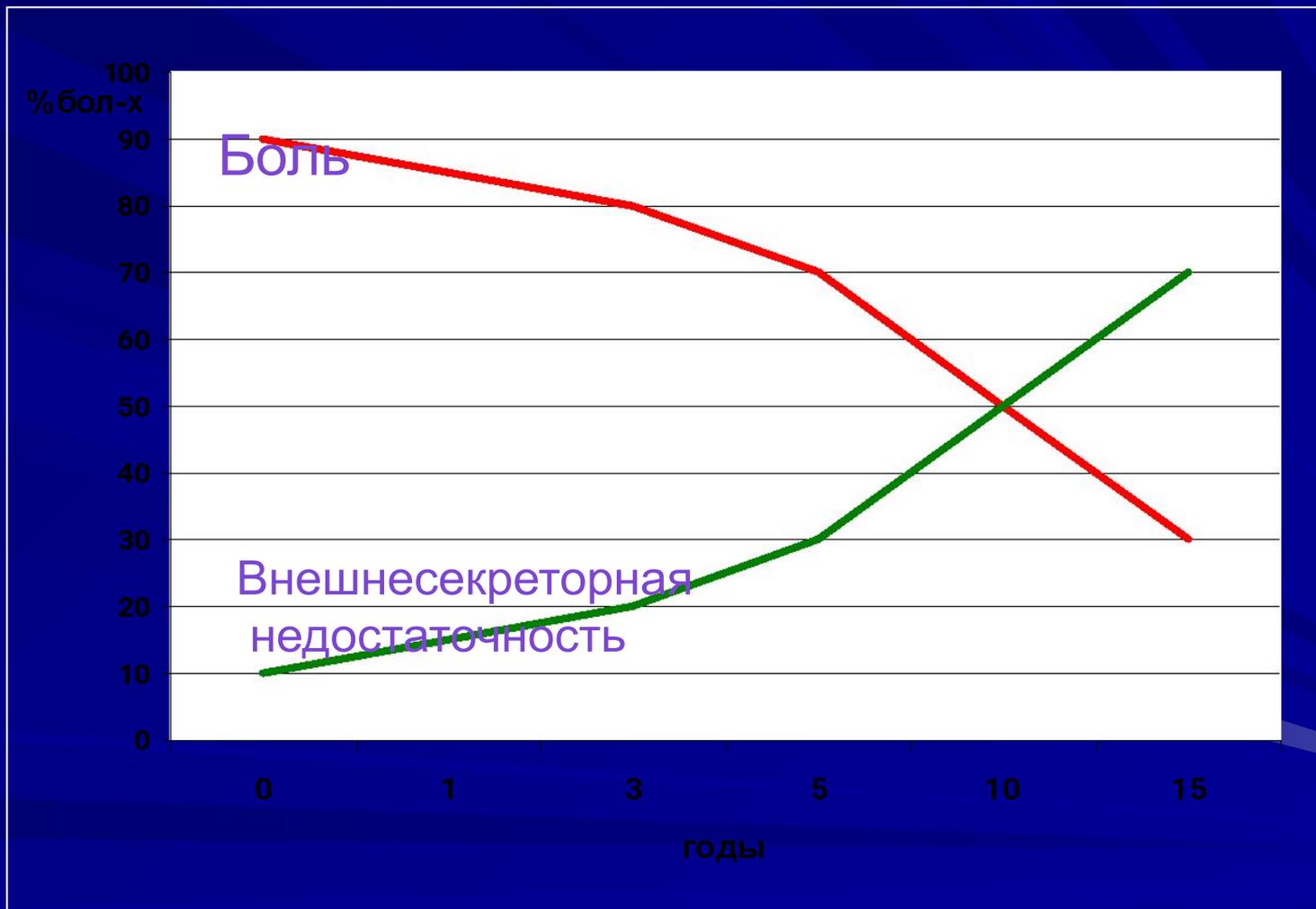
снижение массы
тела

атрофия жировой
ткани

- полифекалия
- стеаторея
- диарея
- пищевая аллергия
- повышенное слюноотделение
- отрыжка воздухом или пищей
- отвращение к жирной пище
- тошнота, рвота,
- снижение аппетита
- похудание



Динамика развития симптомов ХП



Механизмы развития внешнесекреторной недостаточности

I. Абсолютная панкреатическая недостаточность

- уменьшение объема функционирующей поджелудочной железы
снижение выработки ферментов

II. Относительная панкреатическая недостаточность

- Падение интрадуоденального уровня рН ниже 5,5
инактивация ферментов (снижение активности) →
- Моторные расстройства 12-перстной кишки →
нарушение смешивания ферментов с пищевым химусом
- Избыточный бактериальный рост в тонкой кишке →
разрушение ферментов
- Дефицит желчи и энтерокиназы →
нарушение активации липазы и трипсиногена

Рецидивизирующая форма (50-60%)

- боли приступообразные, интенсивные, напоминают рецидив острого панкреатита
- диспепсия в период обострения
- может быть повышение температуры тела (субфебрильная)
- амилаза крови и мочи значительно повышена
- УЗИ: контуры и размеры ПЖЖ могут быть не изменены или умеренно увеличены

Болевая форма ХП (25%)

- боли постоянные, длительные (месяцы), могут быть тупые, сверлящие.
- диспепсия (неустойчивый стул, метеоризм, похудание)
- нормальная температура тела, реже-субфебрильная
- амилаза крови и мочи несколько повышена
- УЗИ: ПЖЖ уплотнена, участки фиброза, возможны камни в протоках

Псевдотуморозная форма ХП (5%)

- воспаление носит гиперпластический характер, может захватывать всю железу
- боль тупая, жгучая, постоянная, иногда интенсивная
- диспепсический с-м выражен
- потеря веса значительная
- желтуха механическая часто
- амилаза крови и мочи снижена
- УЗИ: ПЖЖ увеличение головки, деформация контура, расширение протоков

Фиброзно-склерозирующая форма (14-15%)

- анамнез длительный, более 15 лет
- боли частые, интенсивные, усиливаются после еды
- внешнесекреторная недостаточность
- внутрисекреторная недостаточность
- подпеченочная портальная гипертензия при поражении хвоста ПЖЖ
- желтуха при поражении головки ПЖЖ
- амилаза крови и мочи низкая
- УЗИ: ПЖЖ уменьшена, уплотнена, контуры неровные, может быть расширение протоков, кальцинаты

Латентная форма (5-6%)

- боли отсутствуют или слабо выражены
- Синдром внешнесекреторной недостаточности является ведущим (панкреатические поносы, синдром мальдигестии, мальабсорбции)
- синдром внутрисекреторной недостаточности у 30-50% больных
- амилаза крови и мочи снижена
- УЗИ: ПЖЖ уменьшена в размерах, уплотнена, кальцинаты

Диагностика ХП:

- **Анамнез и физикальное обследование:**

Боли иррадиируют в позвоночник, характер боли - опоясывающие, полупоясом; связь с погрешностью в диете, питанием, алкоголем.

Стул кашицеобразный, обильный, жирный.
Поражение хвоста ПЖЖ - развитие сахарного диабета.

Пальпаторно: болезненность в проекции ПЖЖ, в зоне Шоффара, Губергрица-Скульского, точках (передней и задней) Мейо-Робсона.

Диагностика ХП:

Определение активности воспаления в ПЖЖ:

- Амилаза крови и мочи. Повышение амилазы в течение 1 недели в крови; в моче в течение 8-10 дней от начала болезни.
- Диастазная, сахарная кривая с двойной нагрузкой
- Липазный тест (ИФА)- липаза остается повышенной в более долгие сроки
- Повышение трипсина
- ОАК: лейкоцитоз, сдвиг влево, в б/х повышение показателей активности воспаления).
- Секретин-панкреозиминный тест (изменение показателей панкреатической секреции): при внешнесекреторной недостаточности снижается выработка ферментов, а бикарбонаты и объем сока в норме или повышены.
- Повышение Jg-M и Jg-G
- Повышение комплиментарной активности крови

Диагностика ХП:

Выявление внешнесекреторной недостаточности:

- Копрограмма: наличие нейтрального жира при нормальном питании - это поздний признак, когда 70% панкреоцитов уже погибло.
- Если дважды при исследовании кала есть нейтральный жир, то страдает внешнесекреторная функция. Далее - креаторея (в зависимости от количества ++ зависит степень креатореи). Полифекалия.

Диагностика ХП:

Выявление внутрисекреторной недостаточности:

Симптомы СД, гипергликемия, изменение гликемической кривой. СД - если дважды происходит повышение тощакового сахара выше 8,2 ммоль/л, тест толерантности к глюкозе. Ds: Хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью. Вторичный панкреатогенный СД (протекает как СД 1 типа, но кетоацидоза нет, коррегируется инсулином).

Диагностика ХП:

Изменение плотности, конфигурации ПЖЖ и её размеров:

- *Начинают с УЗИ: информативность 85%*
 - 1 признаки:** увеличение ПЖЖ, расширение Вирсунгова протока более 3 мм; дилатация холедоха более 7 мм; кисты и камни (чем больше этих признаков, тем более достоверен диагноз).
 - 2 признаки:** менее достоверные - снижение эхогенности, неоднородность структуры ПЖЖ.

продолжение:

- *КТ (15-20%)* для пациентов после прохождения УЗИ (увеличение органа, кальцинаты, расширение протоков, очаги инфекции на КТ)
- Это «золотой» стандарт диагностики заболеваний ПЖЖ.

продолжение:

- РХПГ (при продолженном стенозе холедоха с желтухой).
- Это «золотой стандарт диагностики изменения протоков ПЖЖ.

продолжение:

- Обзорная Rg-графия (кальцинаты)
- Дуоденография в условиях гипотонии (увеличение головки ПЖЖ)

Диагностика ХП:

Выявление изменений в ДПК
(Фатеров сосочек) и желчных
протоках:

- дуоденоскопия
- в/в холеграфия

Диагностика ХП:

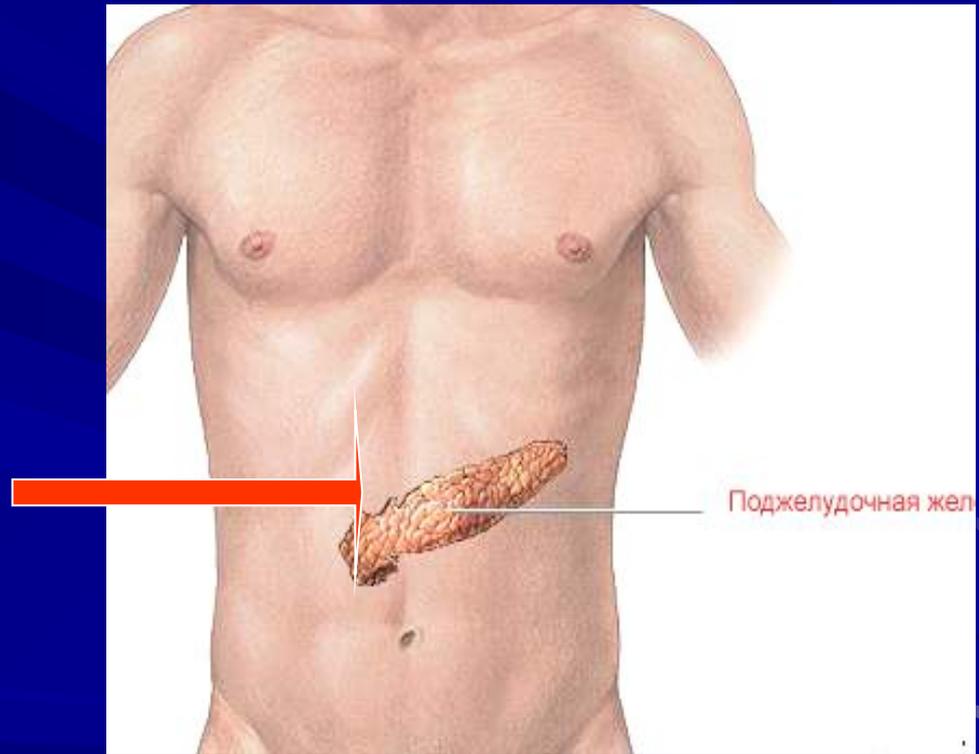
Выявление опухоли ПЖЖ:

- КТ
- Ангиография
- Прицельная биопсия
- Маркёры опухолей
(СА 19.9 и альфа-фетопротеин)

Хронический панкреатит

цели лечения:

- Обеспечить функциональный покой поджелудочной железы (ПЖ)
- Купировать боль
- Компенсировать экзокринную функцию поджелудочной железы



ЛЕЧЕНИЕ ХП:

Диета:

- При выраженном обострении в первые 1-3 дня: холод, голод и покой
- Начальная терапия заключается в назначении полноценного питания (5-6 раз в день) с ограничением раздражающих и экстрактивных компонентов, полным исключением курения и употребления алкоголя.

При болевом синдроме:

- При интенсивной боли показано периодическое или курсовое назначение ненаркотических анальгетиков, например парацетамола 1000 мг 3 раза в день, при неэффективности следует отдавать предпочтение трамадолу (800 мг/сут).
- Длительность постоянной терапии парацетамолом — не более 3 мес. с контролем состояния больного, биохимических показателей крови. За этот, а скорее всего значительно меньший период времени боль должна прекратиться или беспокоить существенно реже, когда будет возможен прием парацетамола по требованию.
- В том случае, если наблюдается усиление боли после приема пищи, анальгетики нужно принимать за 30 мин до еды для минимизации усиления болевых ощущений после приема пищи.
- Если у пациента нет указанной зависимости, анальгетики следует принимать после еды для уменьшения риска повреждения слизистой оболочки желудка.
- При невыраженном болевом синдроме – спазмолитическая терапия (мебеверина гидрохлорид (дюспаталин, спарекс, ниаспам), метеоспазмили др.)

- Как только больного начали кормить, то назначается ферментная терапия как можно в большей дозе, в течение 1 месяца, затем по мере стихания процесса – терапия «по требованию».

Ферментная терапия

- Применение только микротаблетированного или минимикросферического панкреатина в высоких дозах в комбинации с антисекреторными препаратами для купирования панкреатической боли.
- Назначаются только «чистые» панкреатические ферменты (пангрол, креон, микразим и др.).

- Пациент должен получать не менее 25–40 тыс. ед. липазы на основной прием пищи и 10–25 тыс. ед. на промежуточный прием.
- Эффективность заместительной ферментной терапии более высока при назначении ферментов во время или сразу после еды

- Средства для снижения функциональной активности поджелудочной железы: антациды (альмагель, фосфалюгель), H₂-блокаторы (ранитидин, фамотидин), ИПП (омез, контролок, некسيوم)
- При выраженном обострении – октреотид п/к 3-5 дней

- Антидепрессанты уменьшают проявления сопутствующей депрессии и могут уменьшить выраженность боли и потенцировать эффект анальгетиков.
- Данные препараты могут изменять чувствительность центральной нервной ткани и висцеральных нервов, чья роль предполагается в развитии боли при ХП.

- Назначение антиоксидантов может быть полезным для профилактики приступов боли при ХП
- Показано их пероральное применение в качестве дополнительной терапии (селен, бета-каротин, аскорбиновая кислота, токоферол и метионин) для предотвращения болевых приступов

- При хроническом панкреатите развивается синдром мальабсорбции → дистрофия эпителия кишечника → вторичные воспалительные изменения в кишечнике). Коррекция дисбактериоза (пробиолог, бактистатин и др.).

КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ:

- купирование болевого абдоминального синдрома, синдромов желудочной и кишечной диспепсии, симптомов интоксикации.
- нормализация лабораторных показателей синдромов внешне- и внутрисекреторной недостаточности поджелудочной железы и ультразвуковой картины поджелудочной железы.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!