



Российский университет
дружбы народов

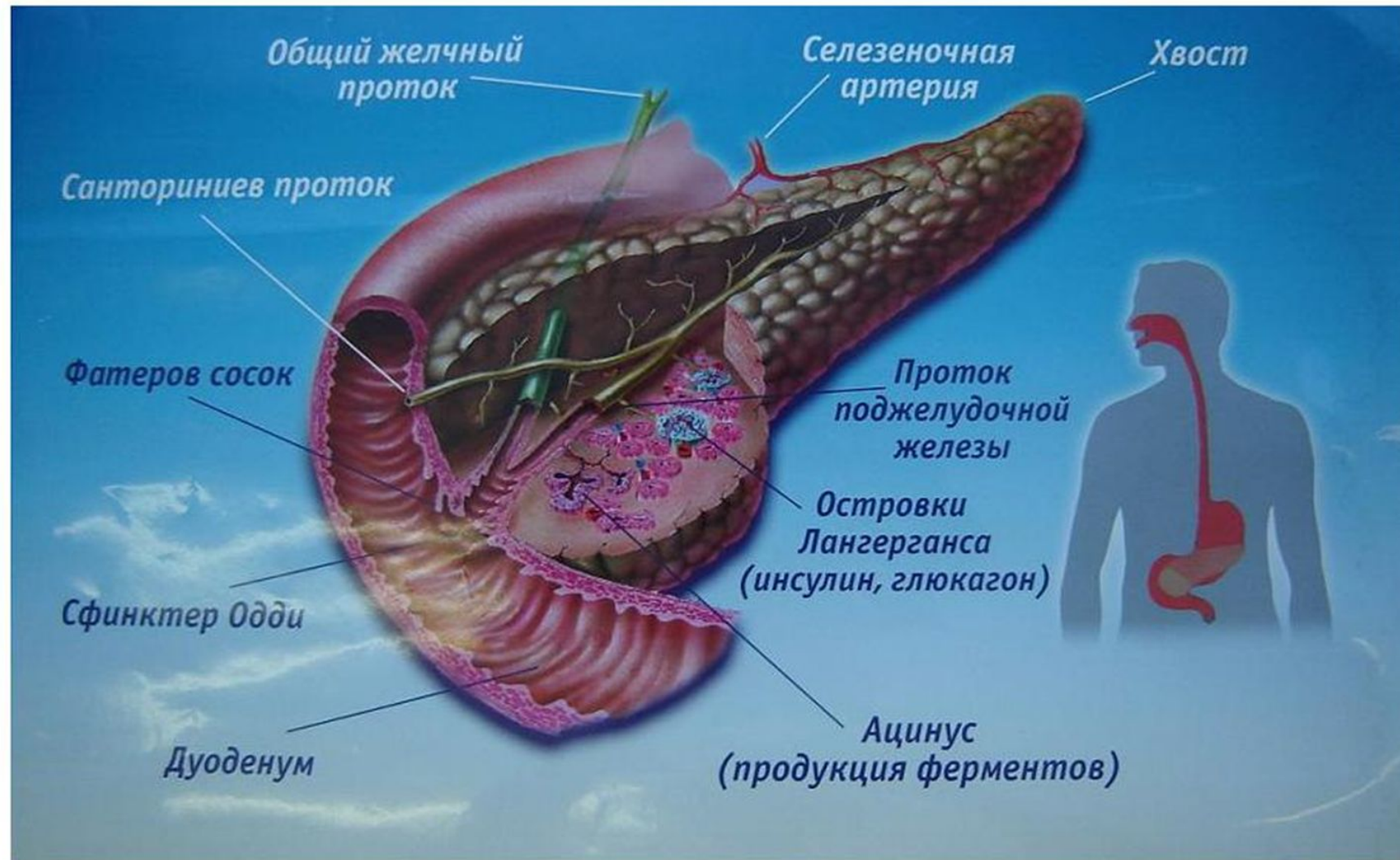


медицинский институт
Кафедра госпитальной хирургии с курсом
детской хирургии

Хронический панкреатит

Выполнил: Галев Эйсса

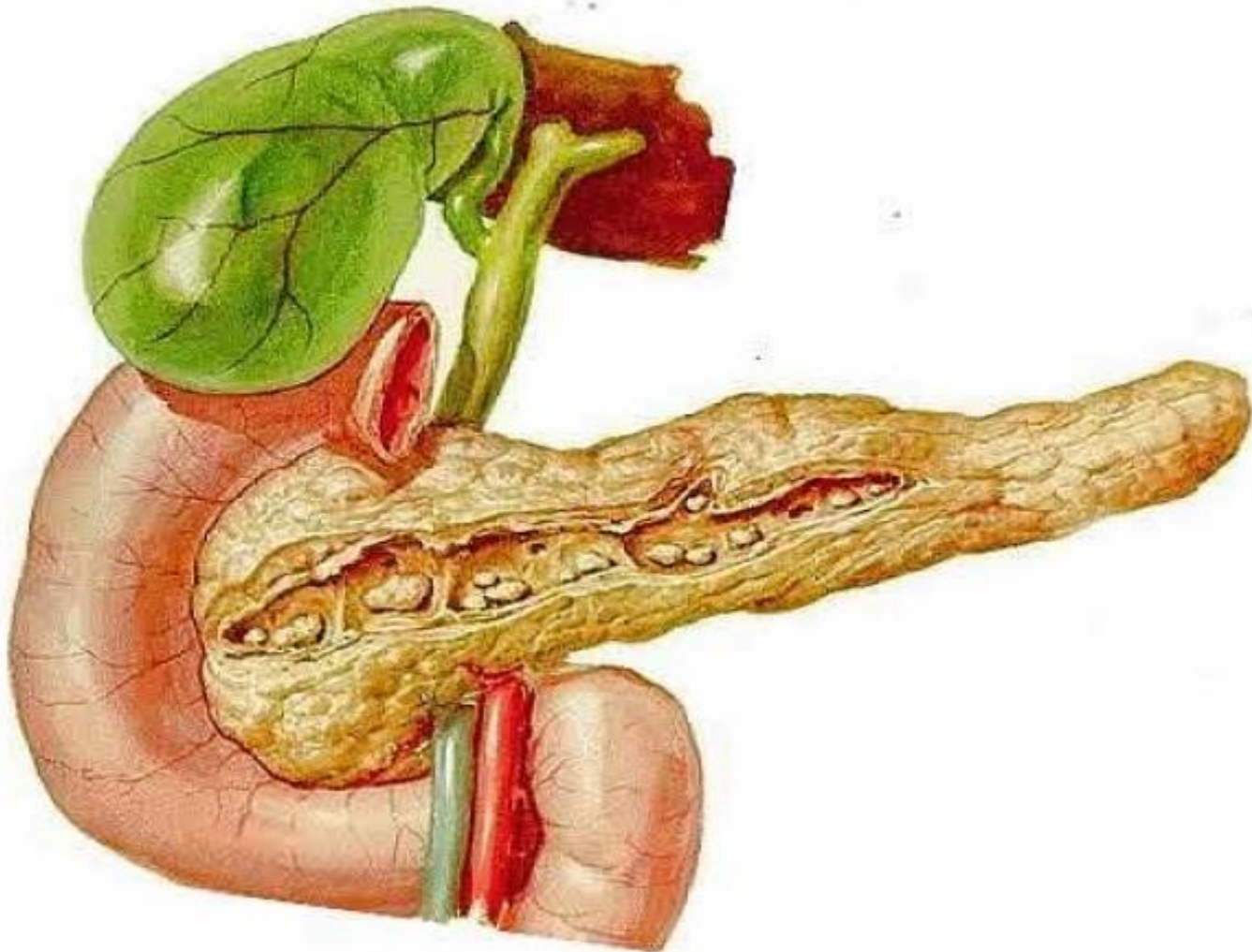
Москва, 2021



Поджелудочная железа



Хронический панкреатит - хроническое воспалительно-дегенеративное заболевание поджелудочной железы, ведущее к фиброзу и склерозу паренхимы органа со снижением его экзокринной и эндокринной функции.



Эпидемиология.

- В структуре заболеваемости органов ЖКТ ХП составляет от 5 до 10%.
- Первичная заболеваемость – 6-7 случаев на 100 тыс. населения в год,
- Общая заболеваемость – 50-70 случаев на 100 тыс. населения.
- Чаще болеют лица 40-60 лет.



Алкоголизм.

**ЖКБ
(холедохолити
аз, стриктура
БДС).**

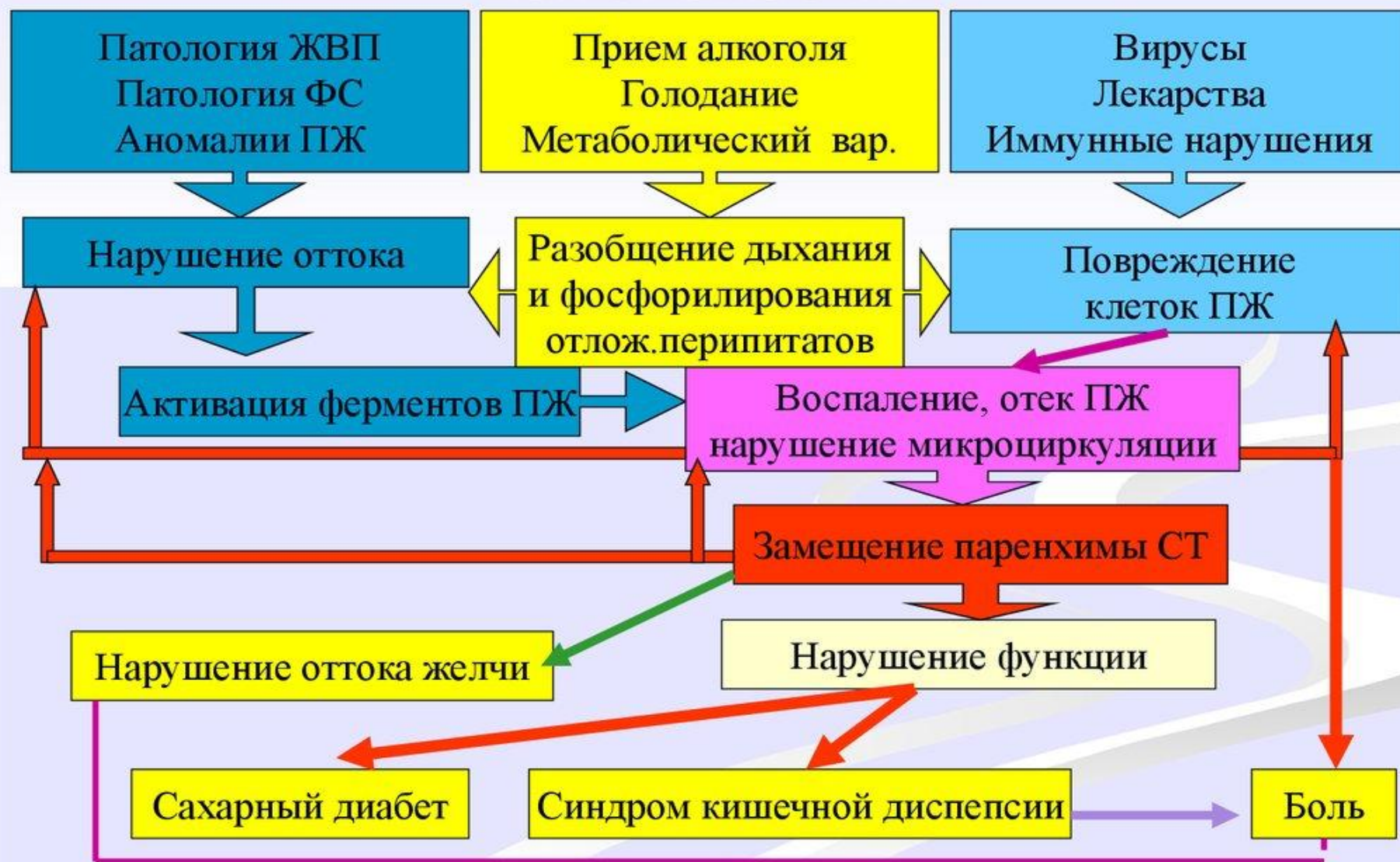
ЭТИОЛОГИЯ

**Острый
панкреатит или
травма ПЖ в
анамнезе.**

**Атеросклероз
сосудов ПЖ.**

**Заболевания
желудка, 12-
перстной кишки
(ЯБ).**

Патогенез ХП



Теории развития хронического алкогольного панкреатита



1. Алкоголь стимулирует секрецию панкреатического сока и меняет его химизм с образованием белковых «пробок», которые блокируют протоки и вызывают повреждение ацинарных клеток.

2. Алкоголь оказывает прямое токсическое воздействие на ацинусы (жировая дегенерация и фиброз)

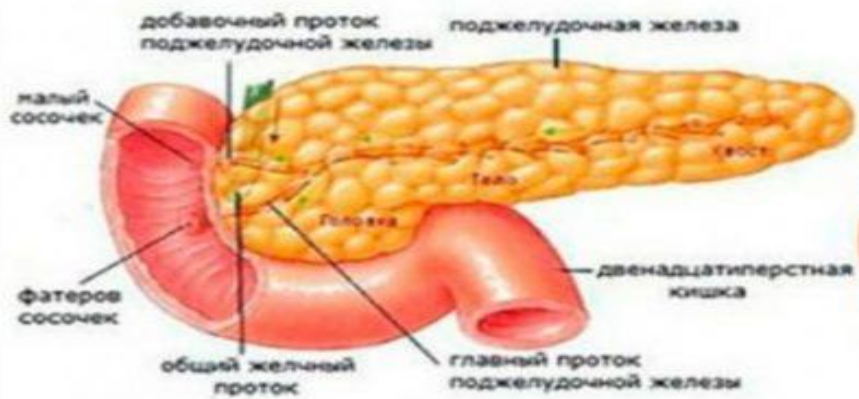
3. Агрессивное влияние алкоголя на слизистую 12-пк и БДС с отеком последнего и нарушением оттока панкреатического сока.

4. Алкоголь нарушает детоксикационную функцию печени (образование свободных радикалов кислорода, которые повреждают ПЖ).



Здоровая поджелудочная

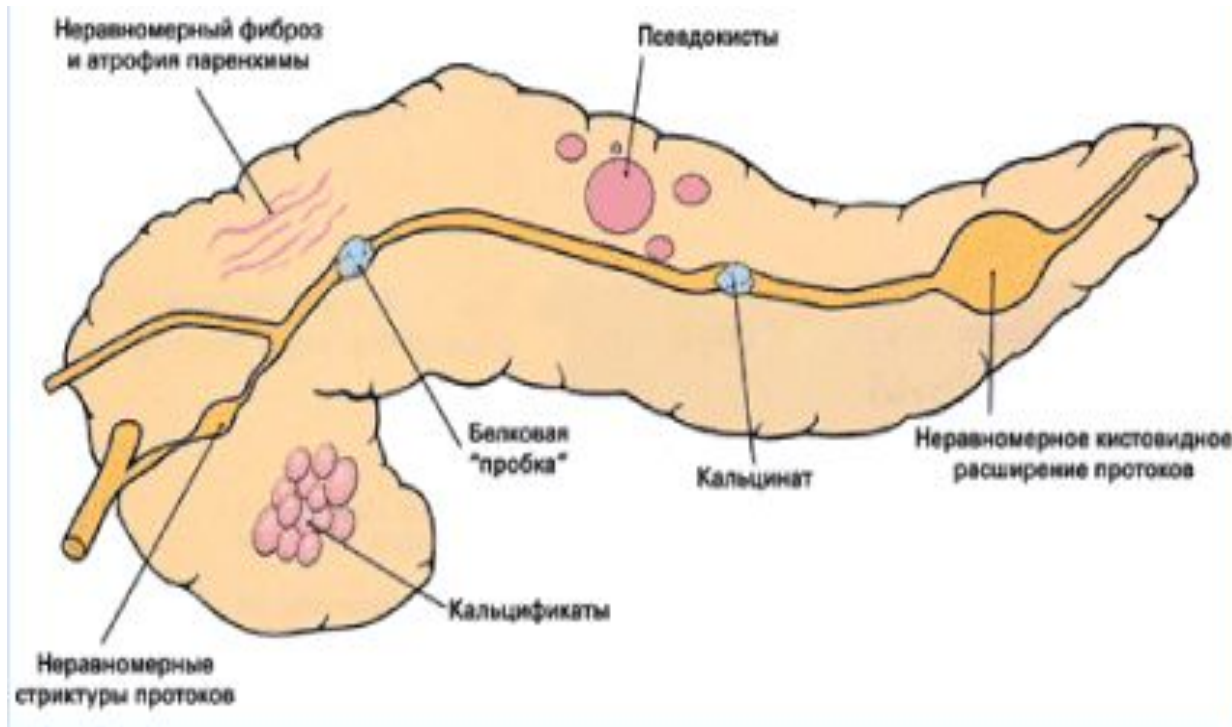
*Хронический
панкреатит*



Классификация

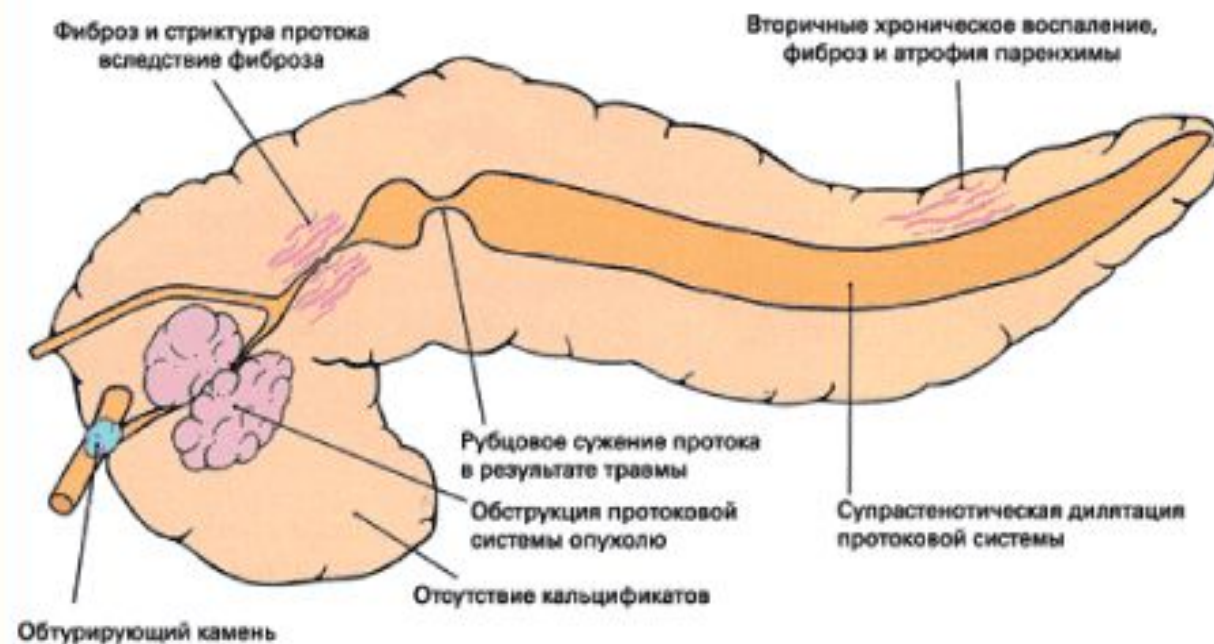
Марсельско-римская классификация (1988 г.) включает три основных типа ХП.

- **Хронический кальцифицирующий панкреатит.**
Наиболее частая причина — алкоголь, а также гиперпаратиреоз, квашиоркор.
- **Хронический обструктивный панкреатит.**
Наблюдается при выраженных сужениях Вирсунгова протока или его ветвей, либо Фатерова соска. Причины развития — желчнокаменная болезнь, травма, опухоль, врожденные аномалии.
- **Хронический паренхиматозно-фиброзный (воспалительный) панкреатит.**



Изменения ПЖ при кальцифицирующем ХП

Изменения ПЖ при обструктивном ХП



Этиологическая классификация ХП(TIGAR-O)

- **T**oxic-Metabolic (алкогольный, никотиновый, гиперкальциемия, ХПН, медикаментозный, токсический)
- **I**diopathic (раннее начало, позднее начало, тропический)
- **G**enetic (наследственный-мутация трипсиногена, дефицит альфа-1-антитрипсина)
- **A**utoimmune (изолированный, синдромный (ассоциированный с синдромом Шегрена, НВЗК, первичным билиарным циррозом печени)
- **R**ecurrent and **S**evere (рецидивирующий и постнекротический тяжелый острый панкреатит, ишемический)
- **O**bststructive (билиарнозависимый, обструкция протока, патология БДС, парапапиллярный дивертикул 12-пк)



Клинические формы ХП

- **Хронический рецидивирующий панкреатит** (наиболее распространенная форма) – характерны периоды обострений с болевыми кризами и периоды ремиссий.
(Кузин М.И.)
- **Хронический болевой панкреатит** – постоянный болевой синдром.
- **Хронический латентный (безболевой) панкреатит** – на первом плане – нарушение экзокринной и эндокринной функции.
- **Псевдотуморозный ХП** – с преимущественным поражением головки ПЖ, по клинике напоминает рак головки ПЖ с механической желтухой.

по морфологическим признакам

- Интерстициально-отечный
- Паренхиматозный
- Фиброзно-склеротический (индуративный)
- Гиперпластический (псевдотуморозный)
- Кистозный

Клиника ХП:

Жалобы:

- **Боль** локализуется в верхней половине живота, иррадиирующая в поясничную область и носящий опоясывающий характер. Обычно возникает после погрешности в диете (приём жирной или острой пищи, а также алкоголя);
- **Диспепсические расстройства:** ухудшение аппетита, тошнота, отрыжки, метеоризм, поносы или запоры. Стул обильный, водянистый, с гнилостным запахом и содержит большое кол-во жира. **Всё это обусловлено недостаточностью экскреторной функции и плохим перевариванием жиров, белков и углеводов.**

Физикальные методы:

Осмотр:

- Похудание;
- Сероватый или желтушный цвет кожи (**желтуха**);
- Осунувшиеся черты лица.

Пальпация:

- Болезненность в эпигастральной области;
- Атрофия мышц в области проекции поджелудочной железы (**симптом Groth**);
- В зоне расположения поджелудочной железы устанавливается наличие плотного поперечно расположенного тяжа;
- При образовании кисты в эпигастральной области пальпируемая опухолевидное образование овальной формы, эластической консистенции, умеренно болезненное.

Клиническое течение хронического панкреатита^{1,2}



**Начальный период
(обострения и ремиссии)**

1 – 5 лет

- Выражен болевой синдром
- Примерно у 15 % боли отсутствуют
- Диспептический синдром носит сопутствующий характер и купируется при лечении в первую очередь



**Стадия экзокринной недостаточности
поджелудочной железы**

5 – 10 лет

- Выражен диспептический синдром
- Гастроэзофагеальный рефлюкс
- Моторные нарушения кишечника
- Мальдигестия



Развитие осложнений

7 – 10 лет

- «Упорный» диспептический синдром
- Изменение характера болевого синдрома (*меняется интенсивность, постоянные, иррадиируют*)

RUCRE140206

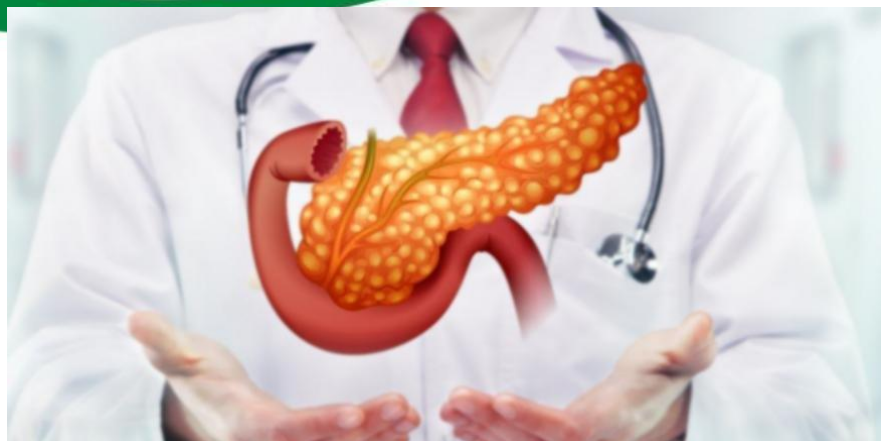
Диагностика ХП:

На основании:

- Клинико-анамнестических данных;
- Результатах лабораторных и инструментальных исследования методов .

рекомендуемые клинические исследования

- ✓ В отличие от острого панкреатита при ХП редко наблюдается повышение уровня ферментов в крови или моче, поэтому если это происходит, можно подозревать формирование псевдокист или панкреатического асцита
- ✓ Стойко повышенный уровень амилазы в крови позволяет сделать предположение о **макроамилаземии** (при этом амилаза образует крупные комплексы с белками плазмы, не фильтрующиеся почками, а в моче наблюдается ее нормальная активность)
- ✓ Или допустить наличие внепанкреатических источников гиперамилаземии



Лабораторная диагностика ХП

- Неосложненный ХП не вызывает выраженных изменений лабораторных показателей
- **При обострении ХП:** повышение активности амилазы, липазы и трипсина в крови и моче, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево.
- При алиментарном истощении, при наличии внутреннего панкреатического свища: анемия, гипо- и диспротеинемия (увеличение глобулинов, уменьшение альбуминов).
- О нарушении эндокринной функции железы свидетельствуют умеренная гипергликемия, снижение концентрации инсулина и глюкагона в крови.

Исследование внешней секреции ПЖ:



Российский университет
дружбы народов

А. Прямое исследование секрета ПЖ

при дуоденальном зондировании или путем интубации вирсунгового протока через БДС. Определяют объем сока, концентрацию бикарбонатов и основных ферментов (амилаза, липаза, трипсин) натощак и после стимуляции.

Б. Непрямые способы.

РАВА-тест : после перорального приема бензилтирозил парааминобензойной кислоты, которая под действием химотрипсина расщепляется до парааминобензойной кислоты - определение в моче.

Изучение концентрации панкреатической эластазы-1 в кале – при транзите по кишечнику остается в неизменной форме (достаточно точный метод).

Исследование внутренней секреции

ПЖ:

Положительный тест на толерантность к глюкозе – выявление гипергликемии через 2 часа после перорального приёма 75 г безводной глюкозы – указывает на нарушение эндокринной функции поджелудочной железы.

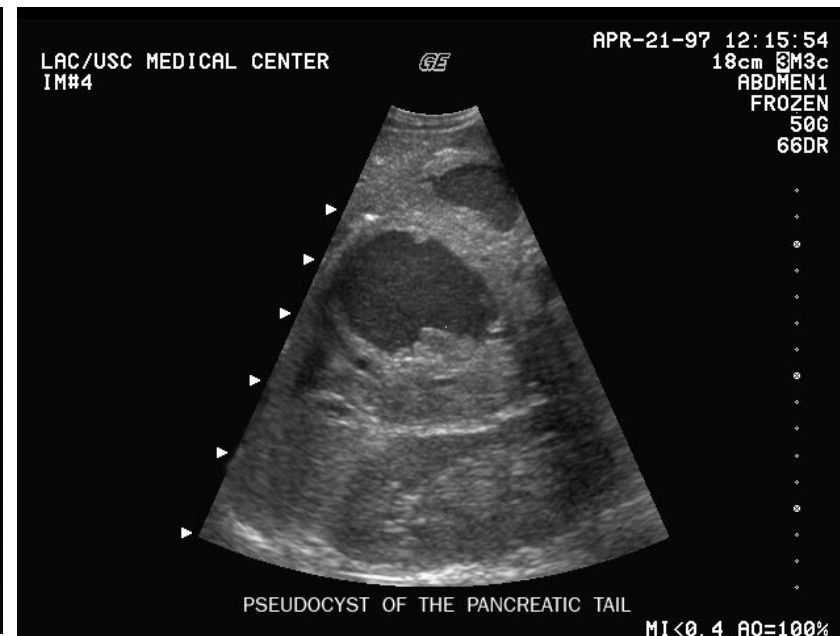
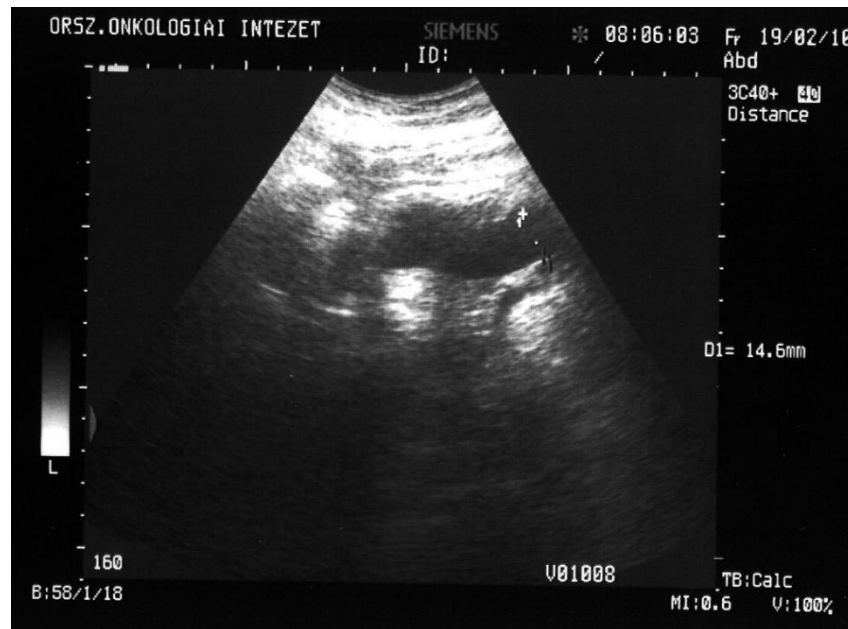
- **Исследование экзокринной функции поджелудочной железы**

Определение содержания жира в кале. Стандартное копрологическое исследование с микроскопией капелек нейтрального жира отличается низкой чувствительностью, поэтому, применяя его для верификации стеатореи и оценки эффективности лечения необходимо проводить анализ 3-кратно и учитывать рацион питания больного.

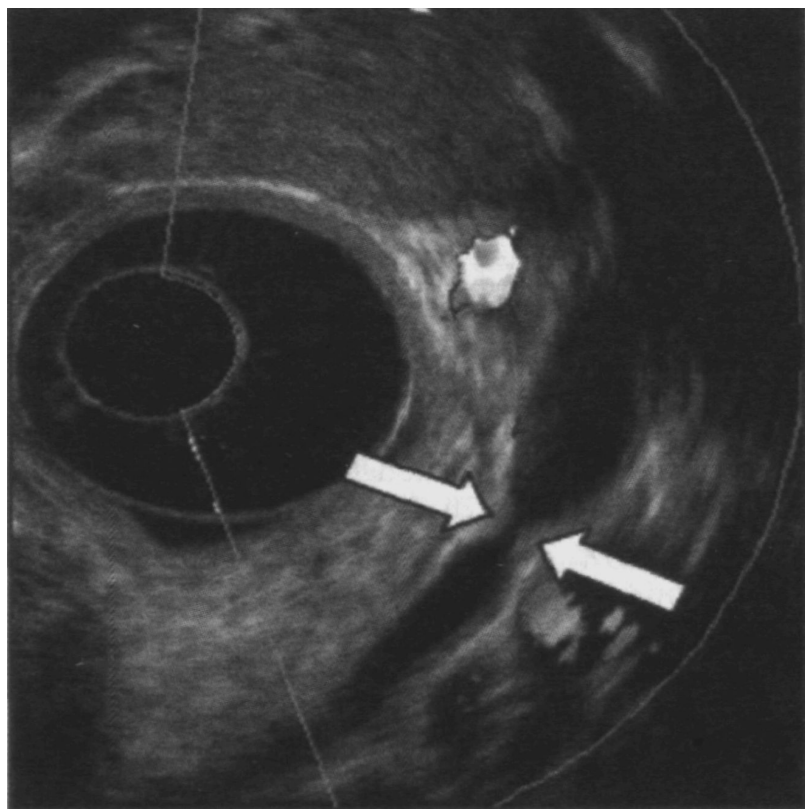
Инструментальные методы диагностики

ХП:

Классическое (трансабдоминальное) УЗИ – первая линия диагностики (размеры ПЖ, эхоструктура, диаметр панкреатического протока, камни в нем), состояние других органов.



Эндоскопическое УЗИ (эндосонография, EUS) – новый высокоинформативный неинвазивный метод диагностики заболеваний ПЖ и желчных протоков (не уступает по информативности КТ и ЭРХПГ). Чувствительность – 85% , специфичность – 67%.

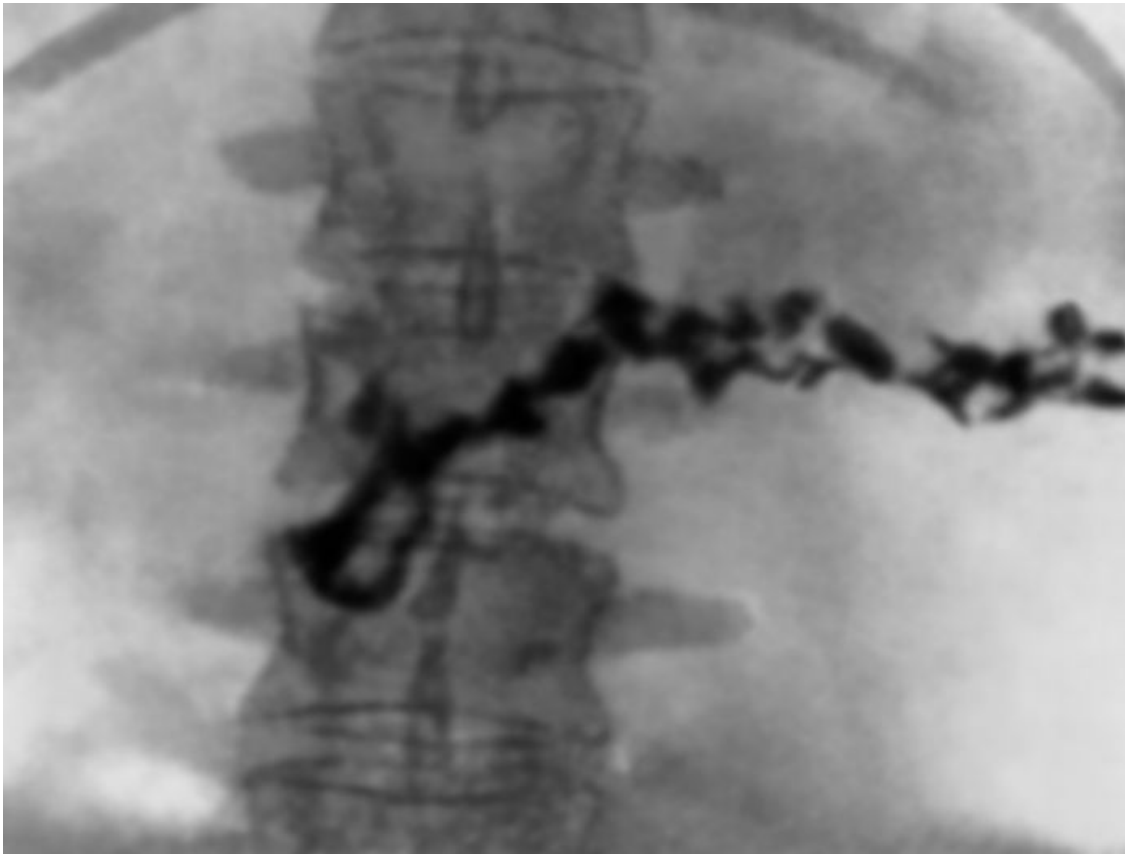


Рентгенологические методы



Российский университет
дружбы народов

***Обзорная рентгенография брюшной полости – редко
(калькулез и кальциноз).***



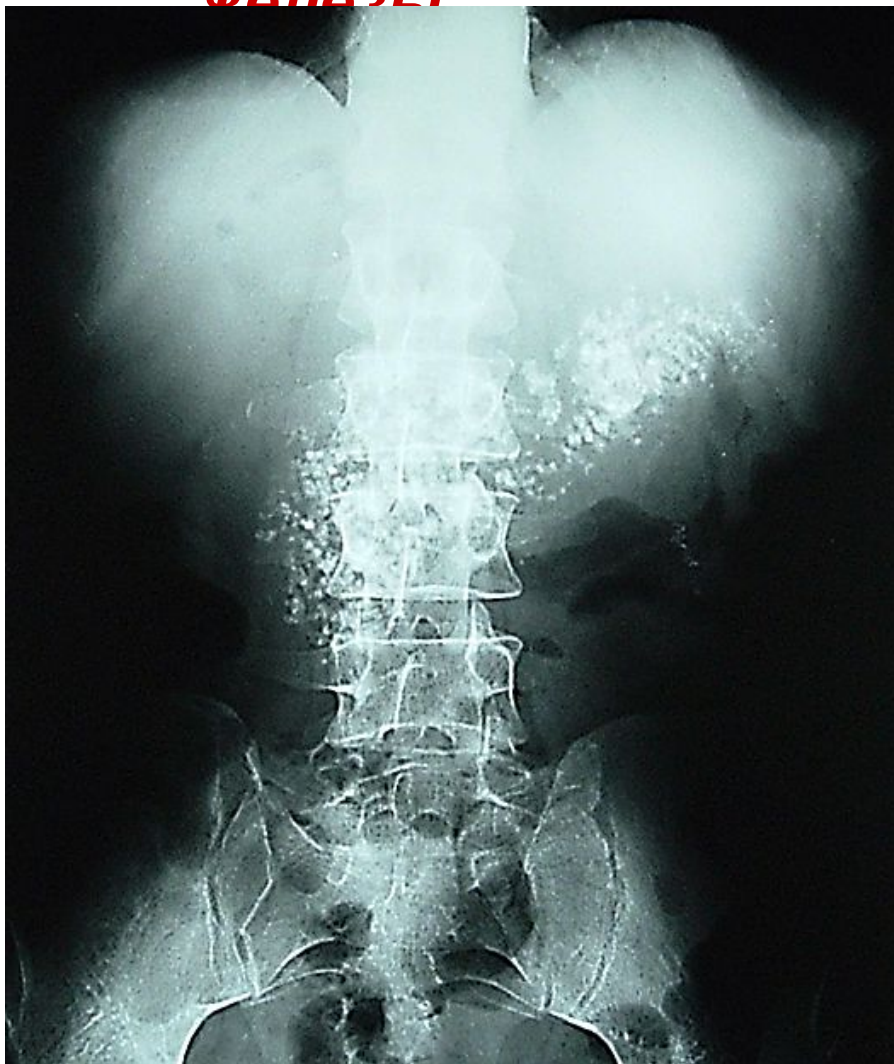
Обзорная рентгенограмма.

Определяются множественные кальцификаты пожелудочной

желёзы



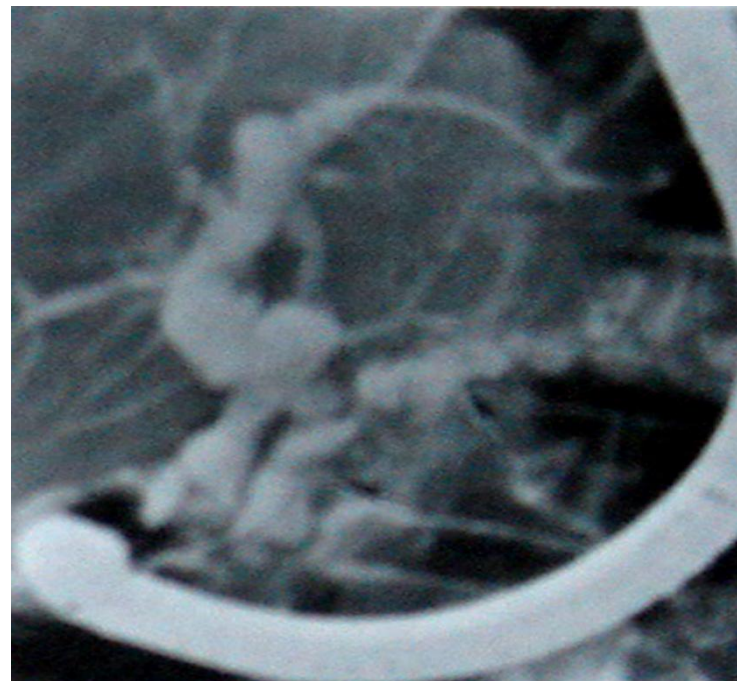
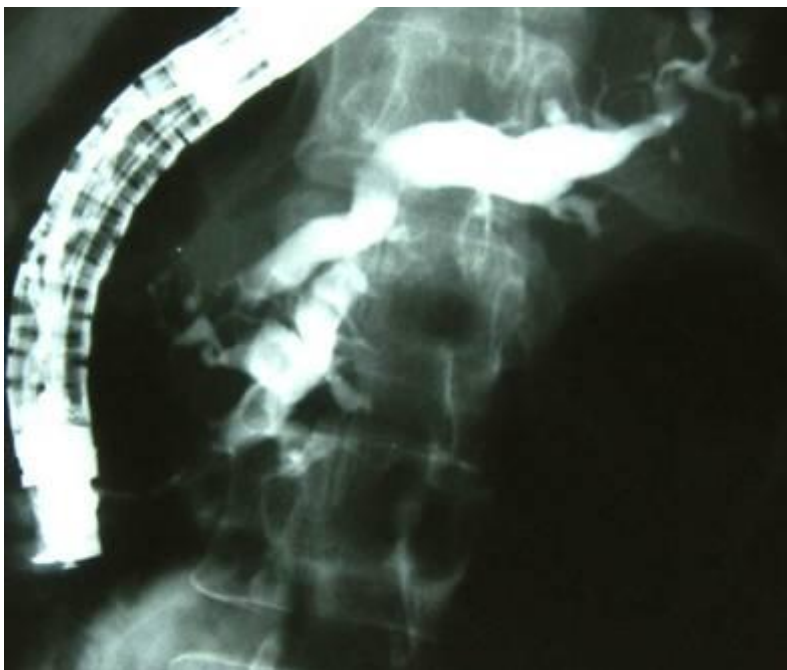
Российский университет
дружбы народов



Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ, ERCP) – оценка состояния вирзунгового протока и его ветвей, желчных протоков.

Методика инвазивная, могут быть осложнения (ОП, перфорация 12-пк).

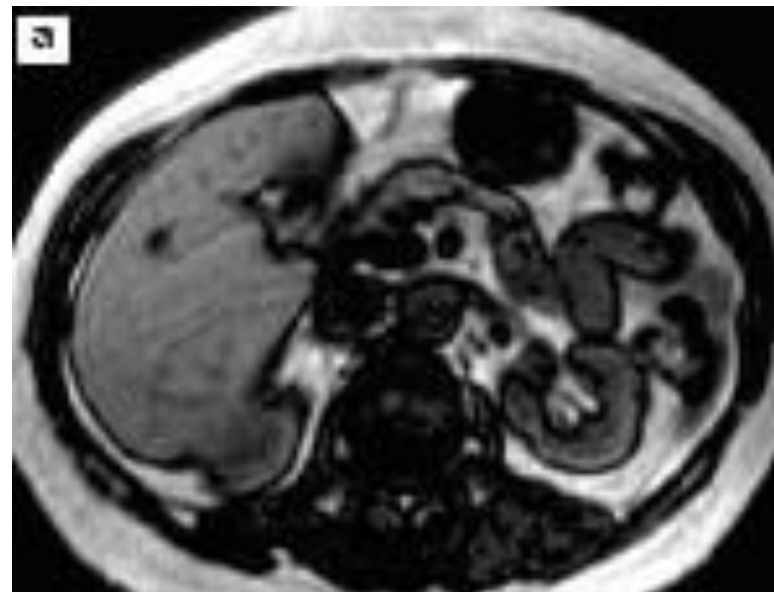
Чувствительность – 66-89% , специфичность – 89-100%.



Компьютерная томография (КТ, СТ) (с контрастным усилением и без).

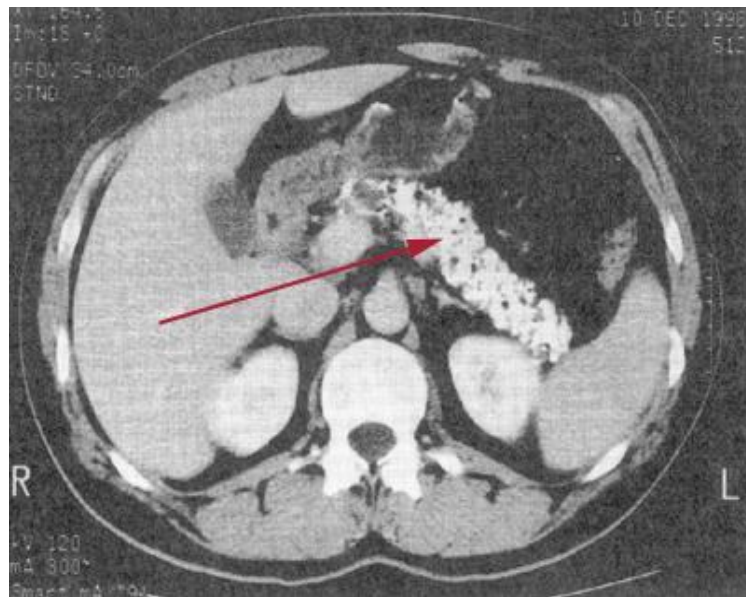


Расширение панкреатического протока с
атрофией ткани вокруг него



Атрофия ПЖ

CT of pancreas

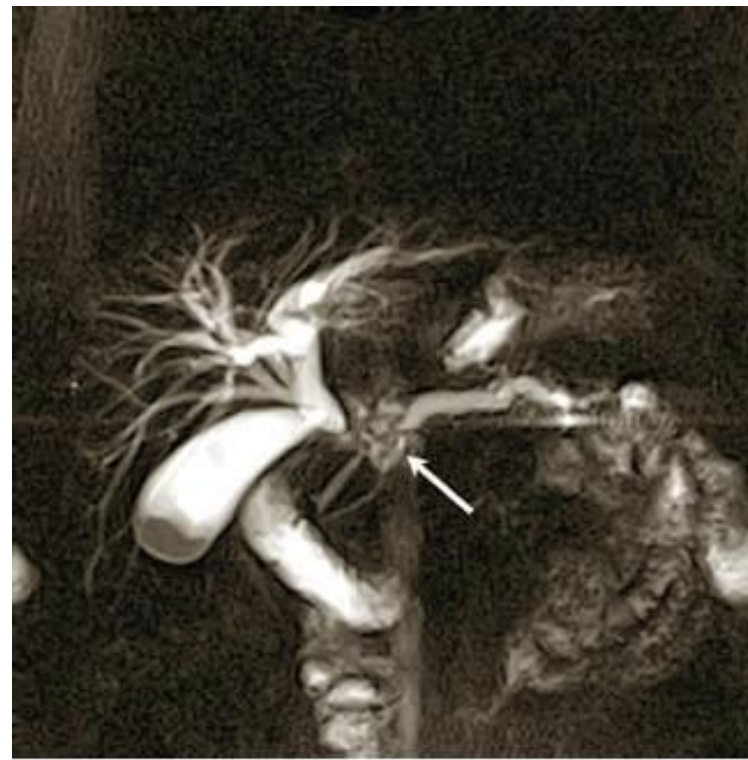
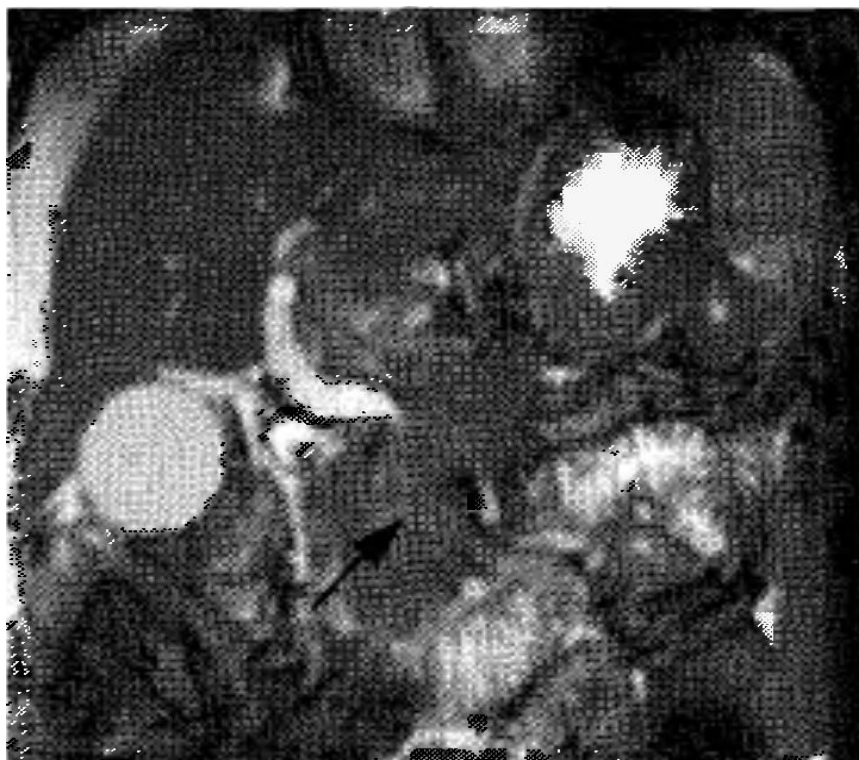


Кальцификация ПЖ



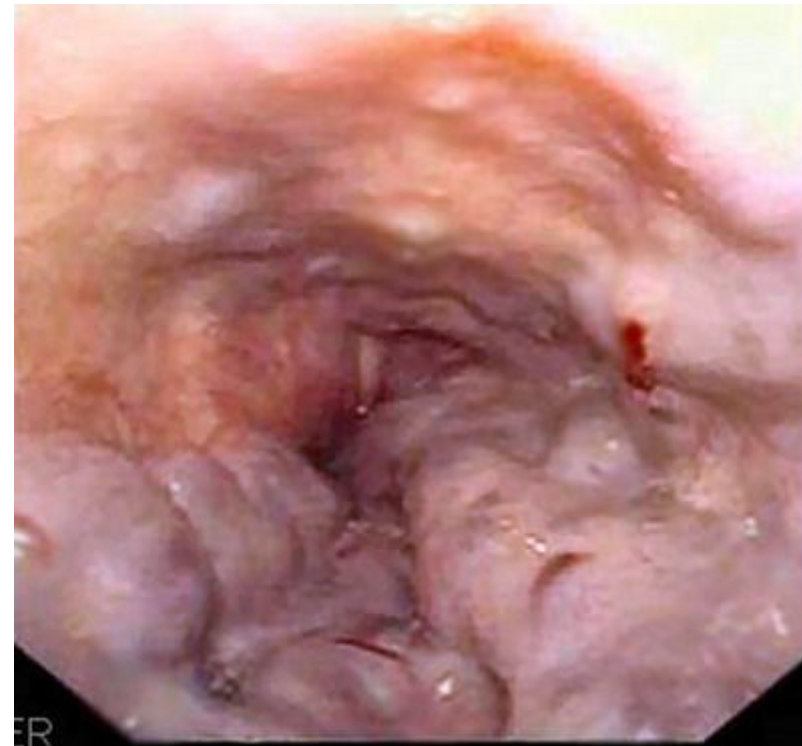
Кисты хвоста ПЖ

Магнитно-резонансная томография (МРТ) –
неинвазивная, высокоинформативная, высокая стоимость
исследования.



ФГДС

вдавление по задней стенке желудка, деформация желудка и 12п.к., эрозии, признаки лимфостаза парапанкреатической клетчатки в виде белесоватого цвета участков лимфоангиоэктазий - симптом "манной крупы"., воспалительные изменения БДС, варикозно расширенные вены пищевода и желудка при портальной гипертензии.





Дифференциальная диагностика ХП:

- Язвенная болезнь
- Хронический энтерит
- Хронический гастрит
- Хронический холецистит
- Рак поджелудочной железы



Критерии	Хронический панкреатит	Рак поджелудочной железы	Муковисцидоз	Хронический энтерит
<i>Начало</i>	Часто после острого панкреатита	Незаметное	С раннего возраста	В ряде случаев после острого энтерита, энтероколита
<i>Преимущественный возраст</i>	Средний, пожилой	Пожилой	Детский (чаще оканчивается летально в первые 5–10 лет жизни), реже встречается в пожилом и среднем возрасте	Средний, пожилой
<i>Преимущественный пол</i>	Несколько чаще у женщин	У мужчин	Нехарактерен	Нехарактерен
<i>Этиология и основные предрасполагающие факторы</i>	Алкоголизм, переедание, прием жирной и острой пищи	Этиология неизвестна, нередко возникает на фоне хронического панкреатита. Имеют значение известные факторы риска заболевания раком	Генетический дефект ферментных систем секреторных клеток экзокринных желез	Систематические нарушения диеты
<i>Боли</i>	Тупые, редко сильные, локализуются в эпигастрии и левом подреберье, нередко – опоясывающие	Разнообразны по характеру	Нехарактерны	Преимущественно в мезогастрин
<i>Аппетит</i>	Снижен	Резко снижен, в ряде случаев извращен (отвращение к мясу)	Нередко повышен	Снижен

**Дифференциальный диагноз при сильной боли
в эпигастральной области**

	Прободение ЯЖ или ЯДПК	Острый панкреатит	Острый холецистит	Расслаивающая аневризма брюшной аорты	Ишемия кишечника (мезентериаль- ный тромбоз и эмболия)
Возникновение боли	Внезапное; боль резкая, очень сильная («кин- жальная»)	Постепенно нарастающая	Постепенно нарастающая	Внезапное, разрыв аневризмы сопровождается обмороком	Внезапное
Локализация боли	Эпигастральная область, боль быстро становится разлитой	Собственно эпигастральная область, правое и левое подреберье	Преимущест- венно правое подреберье, эпигастральная область	Центральные отделы живота	Боль без чет- кой локали- зации
Иррадиация боли	Обычно нет	В спину: боль в проекции органа или опоясывающая	В спину, правое плечо и под правую лопатку	В спину, паховую область	Нет
Рвота	Не характерна	Множественная, не приносящая облегчения	Повторяющаяся	Не характерна	Не характерна

Осложнения хронического панкреатита

- **Основные:**
 - Холестаза:
 - холестатический гепатит,
 - вторичный билиарный цирроз печени
 - Неспецифический реактивный гепатит
 - Воспалительные изменения:
 - парапанкреатит,
 - абсцесс и киста ПЖ,
 - выпотной реактивный плеврит (чаще - левостороний)
 - Вторичный сахарный диабет

Осложнения ХП (2):

- **Встречаются реже:**
 - подпеченочная портальная гипертензия;
 - хроническая дуоденальная непроходимость;
 - гастродуоденальные изъязвления с кровотечением;
 - синдром Мэлори–Вейса: — образование острых линейных разрывов слизистой оболочки брюшного отдела пищевода и кардиального отдела желудка
 - гипогликемические кризы;

Консервативное лечение

Цель консервативного лечения пациентов с ХП направлена на купирование симптомов и предотвращение развития осложнений. При этом существует **6 главных задач**:

- 1) прекращение употребления алкоголя и отказ от курения
- 2) определение причины боли в животе и попытка снижения ее интенсивности
- 3) лечение недостаточности внешнесекреторной функции ПЖ
- 4) выявление и лечение эндокринной недостаточности на ранних стадиях до развития осложнений
- 5) нутритивная поддержка
- 6) скрининг по поводу аденокарциномы ПЖ, особенно при наследственном панкреатите

купирование боли:

- Анальгетики первого выбора: салицилаты, ацетоминофен
- Миотропные спазмолитики (мебеверин (Дюспаталин), галидор, Бекарбон)
- Психотропные препараты
 - нейролептики(Клозапин ,перазин, амисульприд)
 - антидепрессанты(амитриптиллин внутрь 75 – 150 мг в сутки)
 - транквилизаторы(элениум)
- Наркотические анальгетики (промедол)

- Панкреатические ферменты в купировании боли (большие дозы Креона)

Спазмолитики

- Но-шпа (дротаверин)
- Спазган
- Спазмолгон
- Папаверин

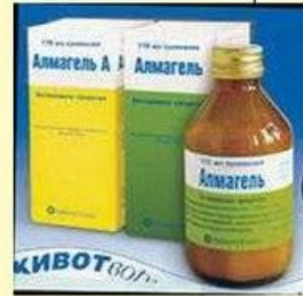


создание функционального покоя ПЖ:

- **Диета: №5п по Певзнеру**
 - В первые несколько дней – возможен голод (при высокой активности)
 - Частое дробное питание
 - Ограничение по жирам и мясным продуктам (исключить алкоголь, табакокурение)
- **Лекарственная терапия:**
 - Ингибиторы желудочной секреции: гистаминовые блокаторы (фамотидин), H_2 -ингибиторы протонной помпы (омепразол, лансопразол)
 - Антациды (альмагель)
 - М-холинолитики (атропин)
 - Антагонисты кальция (галидор)

Антациды

- **Альмагель** 1 – 2 ч.л. (дозировочные) за 30 минут до еды или через 1,5 часа после еды и на ночь



- **Фосфалюгель** 1 – 2 пакетика через 1,5 часа после еды и на ночь



- **Маалокс** 1 – 2 таб. через 1,5 часа после еды и на ночь



- **Гастал** 1 – 2 таб. через 1 – 1,5 часа после еды и на ночь



снижение давления в протоковой системе

ПЖ:

- Соматостатин и октреотид (природный гормон с эффектами ингибирования желудочной и панкреатической секреции, цитопротектор) – 50-100мг п/к через 8-12 час 2-3 дня
- Глюкозо-новокаиновая смесь (уменьшение спазма сфинктера Одди)

- Для профилактики инфекционных осложнений при обострении активно применяются антибиотики широкого спектра действия (цефалоспорины III поколения: цефотаксим, цефтриаксон и цефтазидим)
- С целью восстановления объёма циркулирующей крови и выведения воспалительных токсинов, назначаются инфузионные вливания в больших объёмах. В тяжёлых случаях инфузионную терапию заменяет форсированный диурез

Заместительная ферментная терапия

- Назначение в среднем 40–50 тыс. МЕ липазы на основной прием пищи и 20 тыс. МЕ приводит к нормализации всасывания жиров, значительному повышению массы тела, нормализации уровня ретинол-связывающего белка и преальбумина у большинства пациентов с ХП
- Для лечения мальабсорбции рекомендуется использовать капсулированный панкреатин в форме микрокапсул

В качестве критериев оценки эффективности ферментов ПЖ часто используют клинические показатели: купирование диареи, нормализация диспепсических симптомов.

Большинству пациентов с панкреатогенным СД и неэффективностью соответствующей диеты требуется назначение инсулина



Хирургическое лечение

Показания:

1. Стойкий болевой синдром при отсутствии эффекта от консервативного лечения
2. Вторичный ХП, обусловленный ЖКБ, ЯБ, дуоденостазом
3. Кальциноз поджелудочной железы и вирсунголитиаз с нарушением проходимости и расширением вирсунгова протока
4. Механическая желтуха при тубулярном стенозе терминального отдела холедоха.
5. Псевдокисты диаметром >6 см
6. Регионарная портальная гипертензия с рецидивирующими желудочными кровотечениями
7. Дуоденальная непроходимость
8. Сегментарная портальная гипертензия
9. Абсцессы поджелудочной железы
10. Панкреатические свищи более 3 мес
11. Невозможность до операции исключить наличие злокачественной опухоли.

Операции на поджелудочной железе:

При расширении протоковой системы ПЖ – наложение продольного панкреатоеюноанастомоза (Пюстау-2); или каудальная панкреатоеюностомия (Пюстау-1, Дюваля).

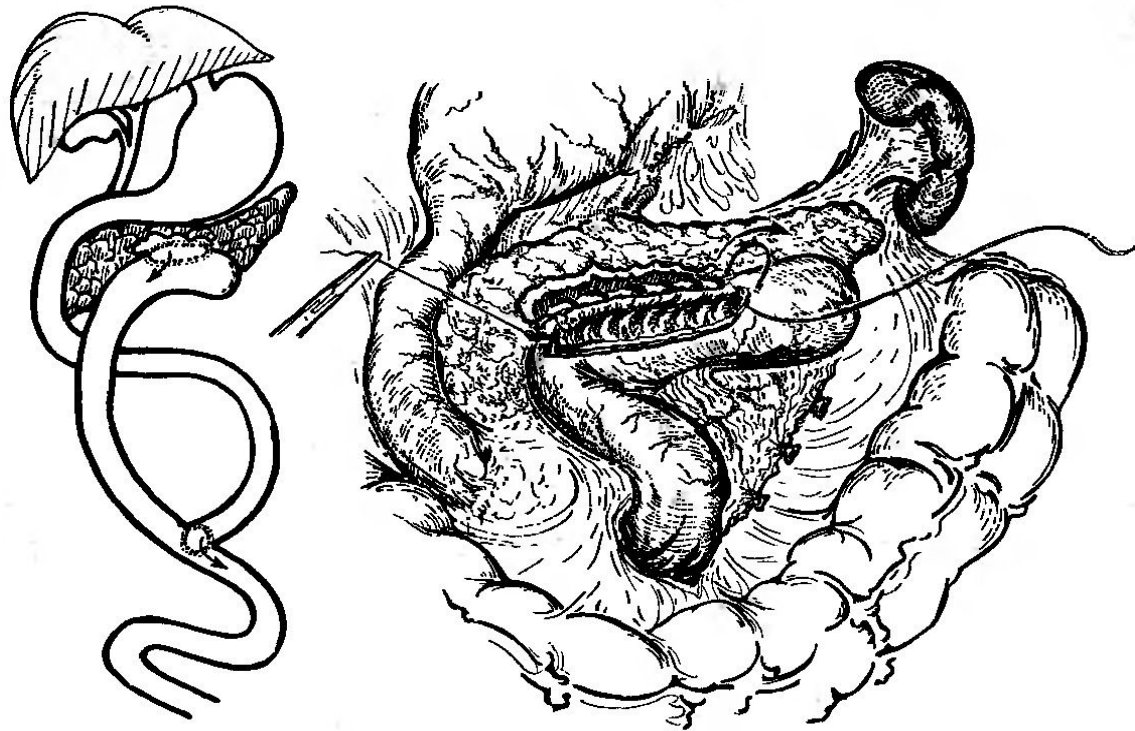
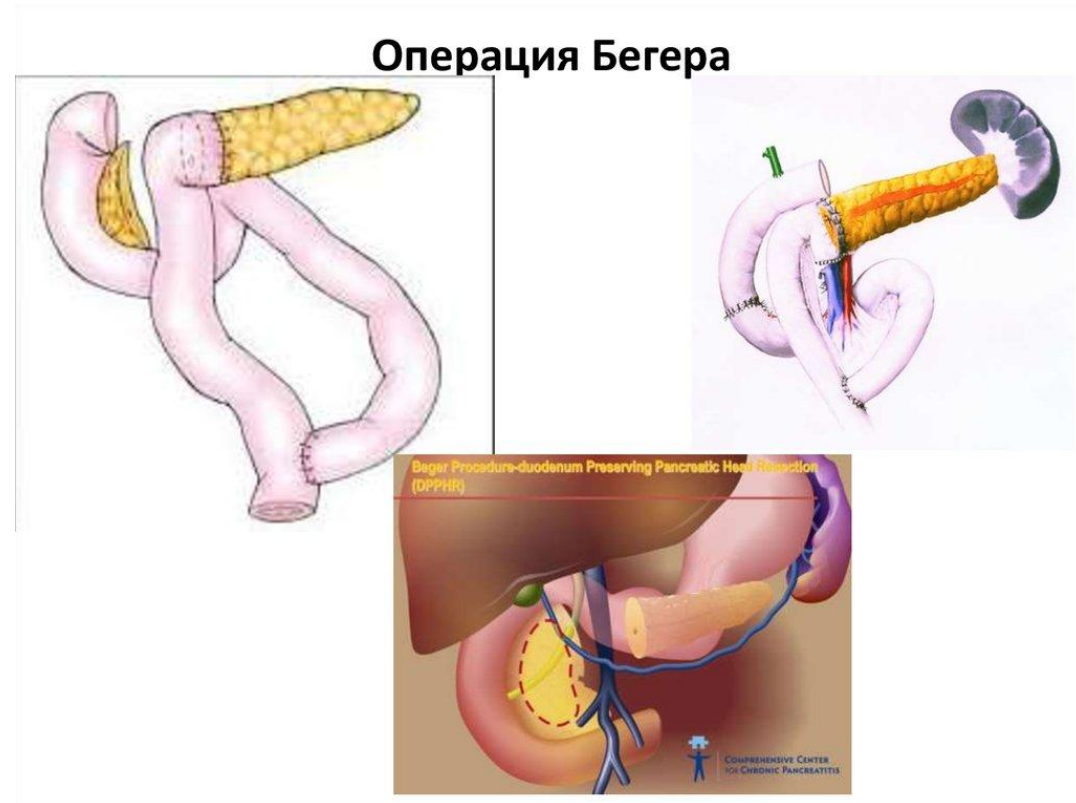
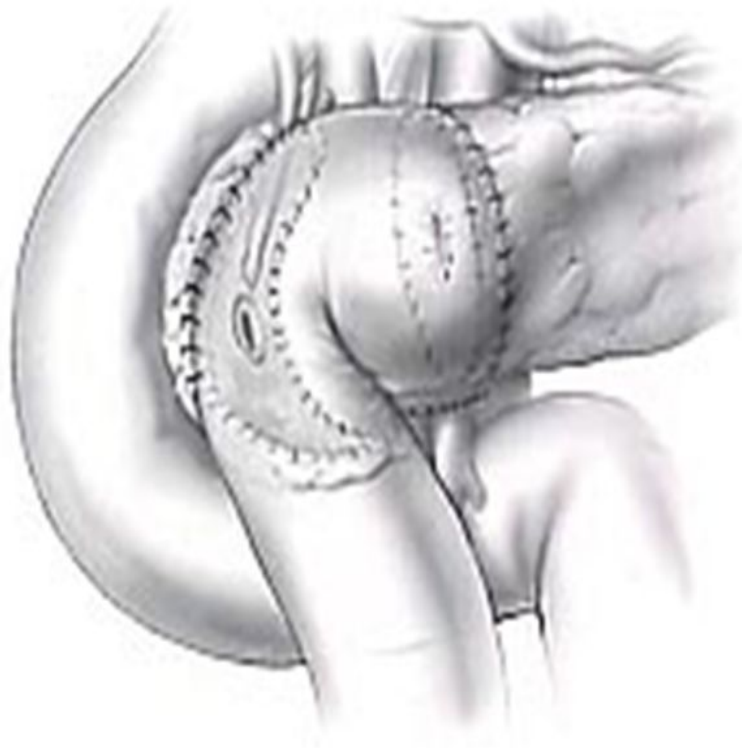


Рис. 18-4. Продольная панкреатоеюностомия (схема операции). После широкого рассечения главного панкреатического протока его сшивают с изолированной по Ру петлём тощей кишки.

Изолированная субтотальная резекция головки поджелудочной железы- операция Бегера

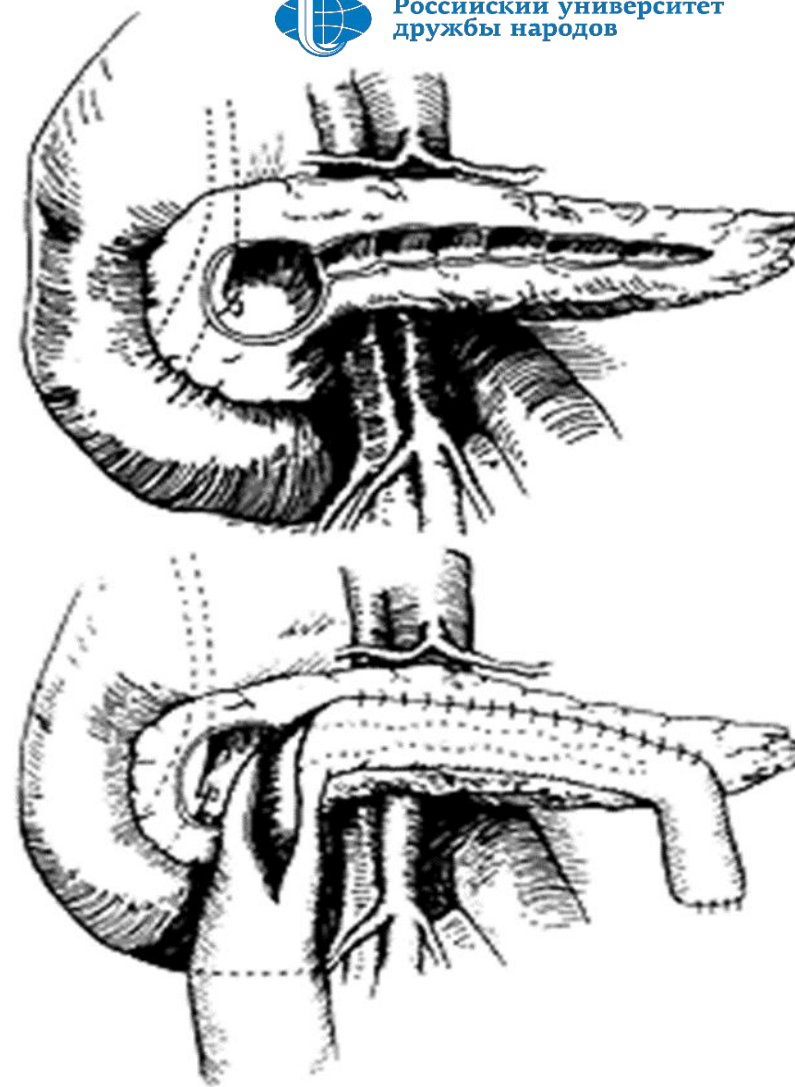
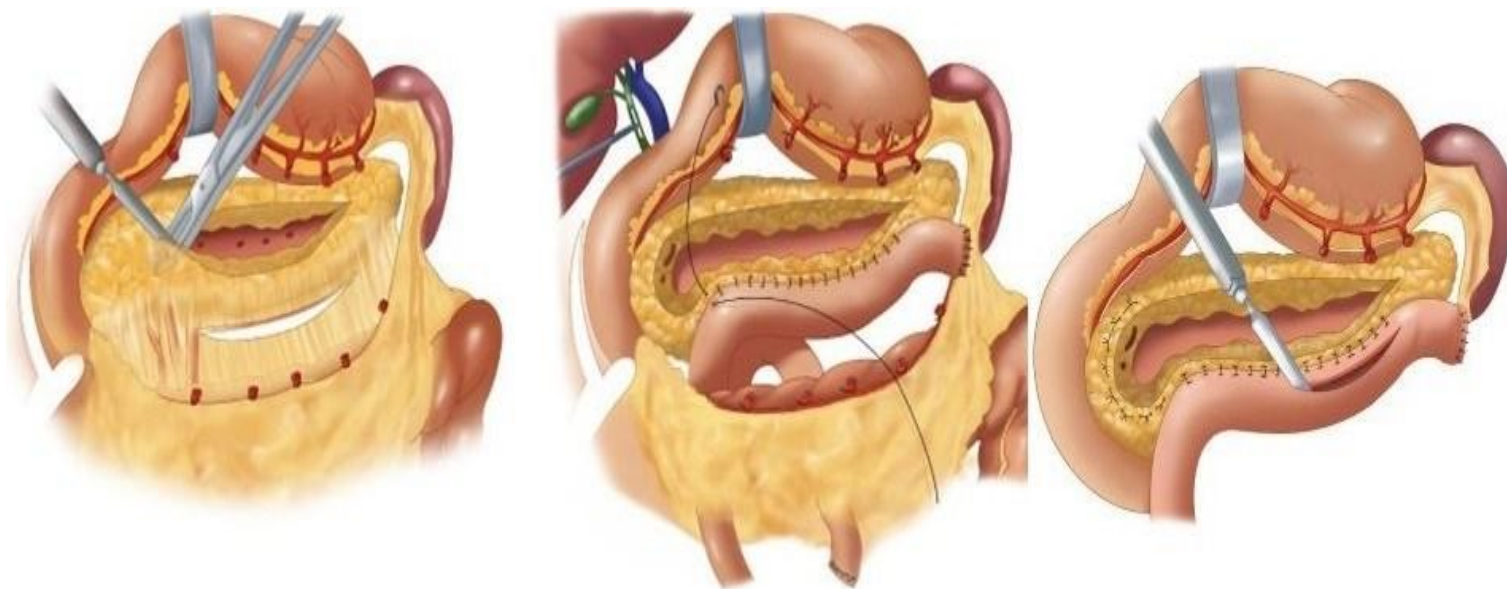
с термино-терминальным панкреато-еюноанастомозом (при нормальном диаметре вирсунгова протока)





Частичная резекция головки поджелудочной железы (операция Фрея) с продольным панкреато-еюноанастомозом на отключённой по Ру петле.

При одинаковой эффективности, в сравнении с операцией Бегера, эта операция технически проще, при её выполнении интраоперационные осложнения возникают



Панкреато-дуоденальная резекция

Стеноз 12-перстной кишки обычно ликвидируют после резекции головки поджелудочной железы. При регионарной портальной гипертензии выполняют спленэктомию.



до операции



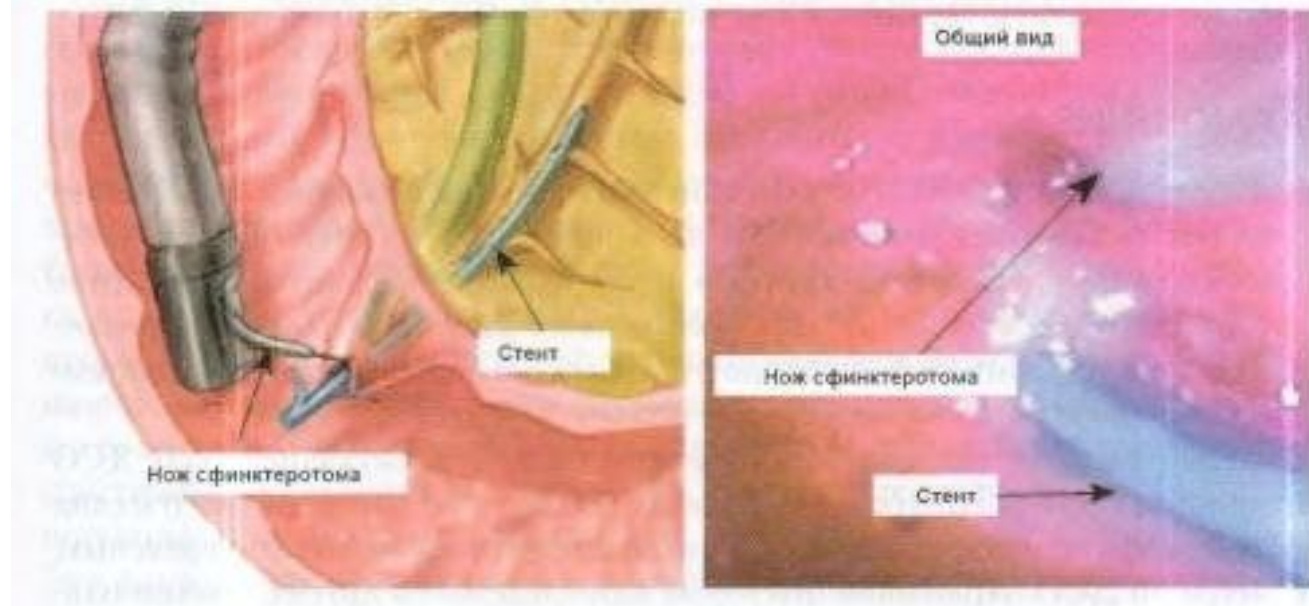
после операции

Эндоскопическое лечение

- У больных ХП с внутрипротоковыми камнями поджелудочной железы рекомендуется выполнение экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии в сочетании с эндоскопическим лечением
- Эндоскопическое лечение рекомендуется у пациентов с болью и дилатацией ГПП
- Эндоскопическое лечение рекомендуется в качестве временной меры для эффективного лечения холестаза, желтухи или холангита у пациентов с ХП.
- Эндоскопическое лечение показано при псевдокистах ПЖ с наличием клинических проявлений, а также при осложненных негеморрагических псевдокистах



Рис. 11.1. Схема панкреатической сфинктеротомии



- **Панкреато-дуоденальная резекция**

<https://youtu.be/QHORUObP8Pg>

- **операция Бегера с помощью робота "Да Винчи"**

<https://youtu.be/5k4TP3IqUhI>

Спасибо за внимание

