

Хронический панкреатит

В.В.Кириянова

СЗГМУ им И.И.Мечникова

- Это хроническое воспалительно-дистрофическое заболевание поджелудочной железы, характеризующееся прогрессирующим течением с замещением ее экзокринной и эндокринной ткани фиброзной тканью с постепенным развитием внешнесекреторной и инкреторной недостаточности.

- В настоящее время выделяют 2 основные причины хронического панкреатита: злоупотребление алкоголем (приводящий к развитию первичного кальцифицирующего хронического панкреатита) и холелитиаз, при котором возникает вторичный обструктивный панкреатит.
- Хронический обструктивный панкреатит возникает также при стенозе большого дуоденального сосочка, который развивается не только при ЖКБ, но и при патологии двенадцатиперстной кишки. Кошачья или сибирская двуустка, паразитирующая в желчных путях, желчном пузыре и протоках поджелудочной железы, может вызвать обструктивный хронический панкреатит.

- Указывается возможность развития хронического лекарственного панкреатита. Среди лекарств, прием которых может вызвать панкреатит, следует назвать глюкокортикоиды, эстрогены и эстрогенсодержащие контрацептивы, антибиотики (особенно группы тетрациклина), мочегонные (тиазидовой группы и фуросемид), нестероидные противовоспалительные средства, сульфаниламиды, иммунодепрессанты, клофелин, циметидин.

- Возможны сосудистые причины развития хронического панкреатита (атеросклероз, системный васкулит). Возникновению хронического панкреатита способствует гиперлипидемия. Обсуждается роль вирусов (группы Коксаки В).
- Хроническое недоедание (потребление белка и жира в сутки соответственно менее 50 и 30г) – основная причина так называемого «трофического панкреатита».

- Известны семейные формы хронического кальцифицирующего панкреатита с аутосомно-доминантным и аутосомно-рецессивным типом наследования. Эти формы заболевания обычно сопровождаются различными ферментопатиями и дефектами развития.
- Хронический кальцифицирующий панкреатит возникает также при нарушении обмена кальция, в частности при гиперпаратиреозе.

Клиника

- Основными синдромами у больных панкреатитом являются болевой синдром, синдром мальдигестии, мальабсорбции, синдром желудочной диспепсии, кишечной диспепсии, астенический синдром, синдром воспалительных изменений ПЖЖ и нарушений внешне и внутрисекреторной функции ПЖЖ.

Диагностика

- - Лабораторные исследования.
- Выявление нарушений экскреторной функции – исследование уровня сывороточной липазы, трипсина, амилазы, диастазы мочи.

- Выявление нарушений инкреторной функции – определение концентрации ферментов в панкреатическом соке, копрологическое исследование, тест толерантности к глюкозе.
- - рентгеновское исследование
- - УЗИ ПЖЖ, печени и желчных путей
- - фиброгастродуоденоскопия
- дуоденография в условиях гипотонии в сочетании с внутривенной холецистографией.

Лечение хронического панкреатита

- 1. Железе обеспечивают «секреторный покой», как за счет диетически мероприятий (голод первые 2 дня обострения, затем диета № 5 по Певзнеру), так и путем подавления кислой секреции желудка, стимулирующей выработку панкреатического сока через выделение секретина и средств, подавляющих активность ферментов ПЖЖ.
- В качестве антисекреторных средств применяют H₂-гистаминоблокаторы (ранитидин, фамотидин) или ингибиторы протонной помпы (омепразол, рабепразол). Эффективно частое дробное введение антацидов (маалокс, альфогель).

- Для непосредственного подавления секреции железы назначают аналог соматостатина – октреотид
- Для подавления активности ферментов ПЖЖ назначают антиферментные препараты контрикал, гордокс, трасилол. Показанием к назначению ингибиторов протеаз является выраженная гиперферментемия (повышение в сыворотке крови уровня амилазы, липазы), сопровождающееся нестихаемой болью в верхней половине живота.

- 2.Купирование болевого синдрома достигается применением холинолитиков (атропин, метацин, платифиллин), спазмолитиков (дротаверин (но-шпа), папаверин), ненаркотических анальгетиков или опиоидных анальгетиков (трамадол, промедол).

- Заместительная ферментная терапия. – Они не только уменьшают проявления секреторной недостаточности, но и снижают панкреатическую секрецию по механизму обратной связи. Это такие препараты, как креон, панцитрат, мезим-форте, панкреатин.

- 4. Моторные нарушения ликвидируют с помощью прокинетиков (мотилиум, цизаприд).
- 5. Для профилактики септических осложнений назначают антибиотики широкого спектра действия (полусинтетические пенициллины или цефалоспорины).

- В фазе ремиссии основным средством стабилизации течения панкреатита является тщательное соблюдение диетического режима. Питание должно быть 5-6 разовым. Пищу рекомендуется обогащать липотропными продуктами (творог, нежирные сорта мяса и рыбы, гречневая и овсяная крупы). Необходимо ограничить поваренную соль.
- Запрещено – алкоголь, жареная пища, мясные и рыбные бульоны, горох, бобы, острые супы, мороженое, кофе, какао, шоколад, щавель, шпинат, редис, грибы, кислые сорта яблок, лимоны, клюква, вишня, смородина, кислые фруктовые соки, газированные напитки, квас, изделия из сдобного теста, соленья, маринады, солености, консервы.

- Очень эффективна фитотерапия. Болеутоляющее действие оказывают – белладонна, мята перечная, чистотел, сушеница болотная, зверобой, тысячелистник, корни синюхи голубой, цветки коровяка скипетровидного, трава девясила высокого, кипрей обыкновенный. Холинолитики (вызывают расслабление сфинктера Одди) – белена черная, дурман обыкновенный, дурман индейский. Ганглиоблокирующие свойства – софора толстоплодная, сферофиза солонцовая.
- При инкреторной недостаточности – лист черники, стручки фасоли, лист грецкого ореха, элеутерококк, дикий цикорий, листья земляники, семена моркови, трава крапивы двудомной, корень лопуха большого, плоды бузины черной (все они снижают уровень сахара в крови).

Физиотерапия хронического панкреатита

Физиотерапия хронического панкреатита

- Противопоказания для ФТ – острые панкреатиты, стенозирующий папиллит, нарушение проходимости панкреатических протоков.
- Задачи лечения – воздействие на воспалительный процесс в железе и других органах пищеварения, улучшение внешне- и внутрисекреторной функции и кровоснабжения железы.

- **Питьевое применение минеральных вод.** Используется хлоридно-сульфатная натрий-кальций-магниевая вода (применяют минеральные воды Боржоми, Славяновскую, Смирновскую, Екатерингофскую, Ессентуки №4 и 7, Московскую, Обуховскую). Воду пьют в подогретом до 37-38С виде. Начинают питье воды с $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ стакана воды 1-2 раза в день и постепенно доводят до 1 стакана 3 раза в день, за 1 час до еды. Курс 21-24 дня на курорте и 28-40 дней в амбулаторных условиях).

- Хлоридно-натриевые ванны.
Концентрация хлорида натрия от 10 г/л до 40 г/л, 15-20 мин, курс 10-15 процедур. **ВООБЩЕ** при хроническом панкреатите показаны купания в реке, озере, море).
- Азотные ванны. Температура воды в ванне 35-36С, концентрация азота в ванне 20-23 мг/л, по 10-15 мин через день, курс 10-15 ванн

- Грязелечение (особенно оно показано больным с недостаточностью внешнесекреторной функции ПЖЖ). Применяют аппликации иловой, торфяной и сапропелевой грязи на левую верхнюю половину живота и сегментарно при температуре 37-38С, через день, курс 8-10 процедур.
- С целью получения сочетанного действия назначают электрофорез грязи. Грязевую лепешку температуры 38-39С накладывают на область левого подреберья и надчревя. Сила тока 15-20мА, время 15-20 мин, через день, курс 9-10 процедур.

- Озокеритотерапия. «озокеритовая грелка» - на область левого подреберья и на надчревную область, при температуре озокерита 36-39С, продолжительностью 30 мин, курс 8-10 процедур.
- Местная криотерапия. Температура криопакета +5-10С, по 5-7 мин с перерывом 5 мин в течение 15-20мин. Количество аппликаций 2-3, ежедневно, курс 5-6 процедур.
- СУФ-облучение в эритемных дозах. Облучение зоны проекции железы с 2-х биодоз до 4-х биодоз с увеличением на $\frac{1}{2}$ биодозы через 2 дня на 3-й, курс 3-5 процедур.

- Транскраниальная электротерапия. Применяют постоянный режим с частотой следования импульсов 100 имп/с, в течение 30-40 мин, ежедневно, курс 10 процедур.
- Низкоинтенсивная УВЧ-терапия при выраженной внешнесекреторной недостаточности. Воздействуют на область левого подреберья, мощность 20мВт, 10 мин, ежедневно, курс 5-6 процедур.

- Электросон. Применяют прямоугольные импульсы длительностью 0,5 мс, частотой 5-10-20 имп/с, амплитудой до 8мА по 30-40-60 мин, ежедневно, курс 10 процедур.

- Инфракрасная лазеротерапия.
Применяют импульсы мощностью 4Вт, частотой 600 Гц, продолжительностью 1-2 мин на поле, суммарно 6-12 мин. Курс 6-8 процедур.

- Гальванизация. Методика поперченная, катод – в области проекции железы, анод – на противоположной стороне, 10-15 мА, 20-30 мин, ежедневно, курс – 15 процедур. С целью обезболивания можно добавлять электрофорез атропина, платифиллина, папаверина, новокаина, контрикала, гордокса, **ОЧЕНЬ ХОРОШО НАШУ МЕТОДИКУ**. Наличие у больного сопутствующего холецистита служит показанием для проведения электрофореза магния.

- Абдоминальная декомпрессия

- ДМВ-терапия – цилиндрический излучатель устанавливают на область левого подреберья или околопупочную область. Мощность 20-40Вт, продолжительность 10-15 мин, через день, курс 8-10 процедур. ДМВ можно рекомендовать больным, у которых имеется значительное снижение количества панкреатического сока и содержания в нем ферментов

- ДМВ-терапия – цилиндрический излучатель устанавливают на область левого подреберья или околопупочную область. Мощность 20-40Вт, продолжительность 10-15 мин, через день, курс 8-10 процедур. ДМВ можно рекомендовать больным, у которых имеется значительное снижение количества панкреатического сока и содержания в нем ферментов

- СМТ- терапию назначают на левое подреберье или околопупочную область. Под работы 1 и 3 или 3 и 4 по 3-5 мин каждым родом, ч.м. 100-70-50Гц, г.м. 0-50%. Силу тока увеличивают до появления ощущения вибрации под электродами. Курс 7-10 процедур, через день. Они меньше, чем ДМВ снижают внешнесекреторную недостаточность, но зато лучше купируют боль.

- Оксигенотерапия. Процедуры проводят при дыхании 30 мин – 15 мин воздухом и 15 мин кислородом. Общая продолжительность ежедневно проводимых процедур 60-120 мин, с несколькими 5-минутными перерывами, курс лечения 10- процедур.

- Очень эффективно проводит *электроакупунктура*. (постоянным током при напряжении до 9В, силе тока 25-500 мкА.).

- Вспомогательную роль играет *климатолечение*. Оно активизирует механизмы саногенеза. Из методик климатолечения при хроническом панкреатите показаны аэро-, гелио- и талассотерапия.
- Аэротерапия повышает функцию внешнего дыхания, что ведет к повышению утилизации кислорода и большему поступлению его в кровь. Это способствует активизации окислительно-восстановительных процессов, нормализации реактивности организма. Больным хроническим панкреатитом показаны солнечные ванны ослабленной радиации. (доза облучения 20 кал

- Больным хроническим панкреатитом показаны солнечные ванны ослабленной радиации. (доза облучения 20 кал допустима при РЭЭТ 17-29С, доза 40 кал – при РЭЭТ до 26С).
Передозировка солнечного облучения, а тем более ожоги, вредны, так как при этом образуется большое количество гистамина и других продуктов клеточного распада.

- ЛФК. В стадии ремиссии больному показаны тренирующий режим ЛФК по РД-II, подвижные игры, малый туризм, плавание в бассейне (температура воды 28-30С в течение 10-15 мин через день, курс 10 процедур).
- Больным с выраженным болевым синдромом, сниженной функцией ПЖЖ показан щадяще-тренирующий режим ЛФК по РД-I.
- Больным хроническим панкреатитом в стадии обострения или затухающего обострения назначают щадящий режим.

- Курортное лечение показано больным в фазе ремиссии или неполной ремиссии. Показаны курорты с питьевыми минеральными водами и лечебными грязями.

Физиопрофилактика.

- Направлена на предупреждение обострения и поддержание нормального состояния ПЖЖ. Для этого используют усиление эндокринной функции железы, активизацию метаболизма (антигипоксические методы), торможение в ЦНС .