

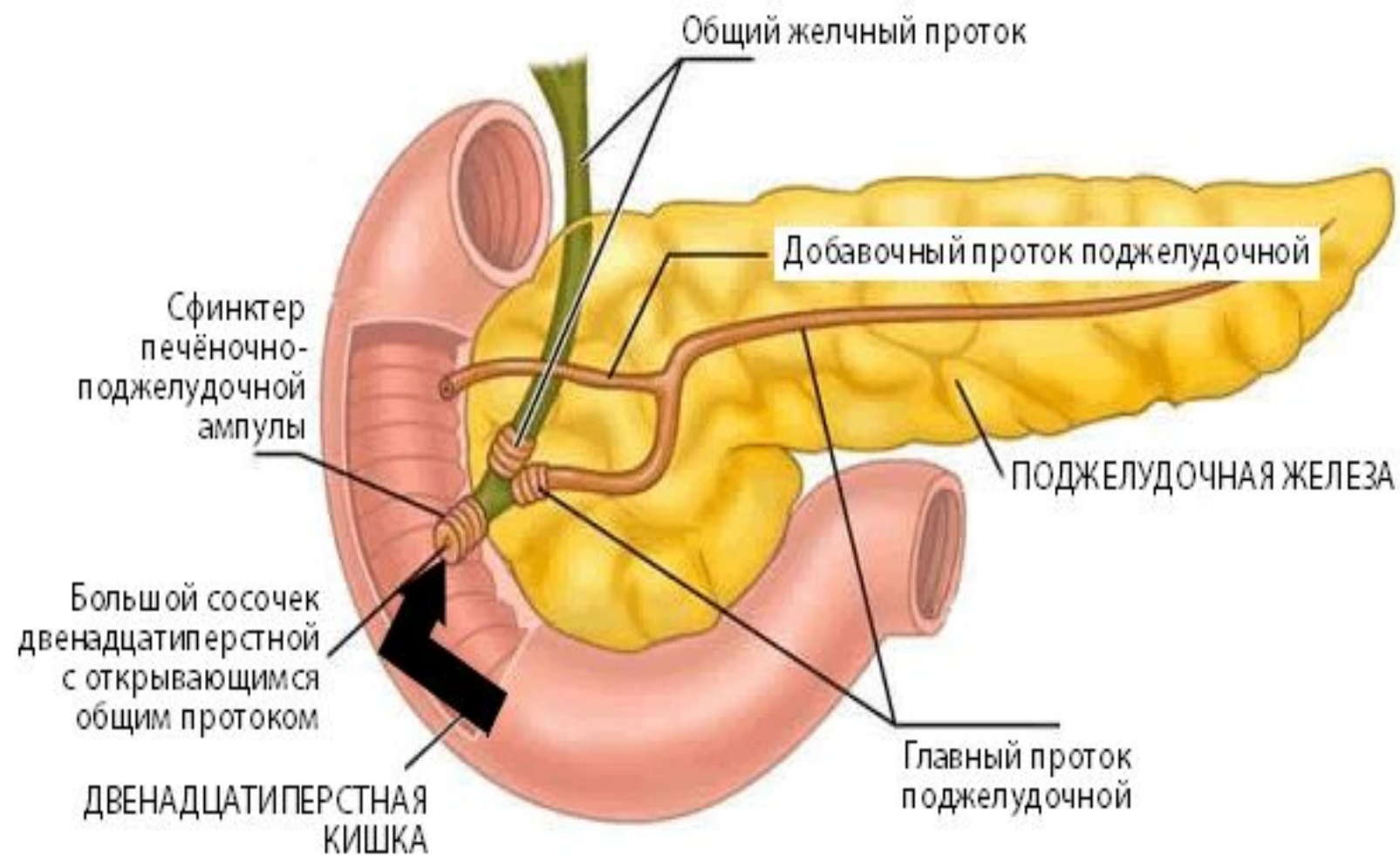
ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ



Актуальность

Распространенность хронического панкреатита по данным вскрытий составляет от 0,01 до 5,4%, в среднем 0,3—0,4%. Частота выявления хронического панкреатита составляет 3,5—4 на 100 000 населения в год. Заболевание обычно начинается в среднем возрасте (35—50 лет).

Хронический панкреатит (ХП) — длительное воспалительное заболевание поджелудочной железы, проявляющееся необратимыми морфологическими изменениями, которые вызывают боль и/или стойкое снижение функции





Лекарственные препараты



Алкоголь

обычно заболевают лица, принимающие в день 150—200 мл чистого алкоголя в среднем в течение 10 лет и более

Нормальная поджелудочная железа



Врожденные аномалии ПЖ



Желчнокаменная болезнь

Наследственность

Гиперпаратиреозидизм



Хронический панкреатит



Вирусы

Патогенез

1. Обструкция главного панкреатического протока при конкрементах, воспалительном стенозе или опухолях
2. При алкогольном панкреатите повреждение поджелудочной железы связано с повышением **содержания белка в панкреатическом секрете**, что приводит к возникновению белковых пробок и обструкции мелких протоков железы

Патогенез

3. Изменение тонуса сфинктера Одди: его спазм вызывает внутрипротоковую гипертензию, а релаксация способствует рефлюксу дуоденального содержимого и внутрипротоковой активации панкреатических ферментов.
4. **Кальцификация** поджелудочной железы возникает как при алкогольном, так и при неалкогольном панкреатите чаще всего после травматического повреждения при гиперкальциемии, опухолях островковых клеток.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

```
graph TD; A[ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ] --> B[Поражение экзокринной части поджелудочной железы]; A --> C[Поражение эндокринной части поджелудочной железы];
```

**Поражение экзокринной части
поджелудочной железы**

Нарушения переваривания пищи

возникают проявления
недостаточности липазы, которые
проявляются нарушением
всасывания жиров,
жирорастворимых витаминов А, D, Е
и К

**Поражение эндокринной части
поджелудочной железы**

сахарный диабет

- нарушение толерантности в глюкозе
- гипогликемические реакции на
инсулин
- кетоацидоз

Классификация хронического панкреатита /Ивашкин В.Т., 1990 г./

1. по этиологии

- Билиарнозависимый
- Алкогольный
- Дисметаболический
- Инфекционный
- Лекарственный
- Идиопатический

2. по характеру клинического течения

- Редко рецидивирующий
- Часто рецидивирующий
- С постоянно присутствующей симптоматикой

3. по морфологическим признакам

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

4. по клиническим проявлениям

- Болевой
- Гипосекреторный
- Астеноневротический
- Латентный
- Сочетанный

Клиническая картина:

- **Боли** в эпигастральной области после приема пищи, иррадиирующие в спину, которые могут продолжаться в течение многих часов или нескольких дней
- **Симптомы** диспепсии (тошнота, рвота)
- Потеря массы тела (у 30—52% пациентов)
- **Желтуха** (у 16—33% пациентов)
- **Портальная гипертензия** (редко)



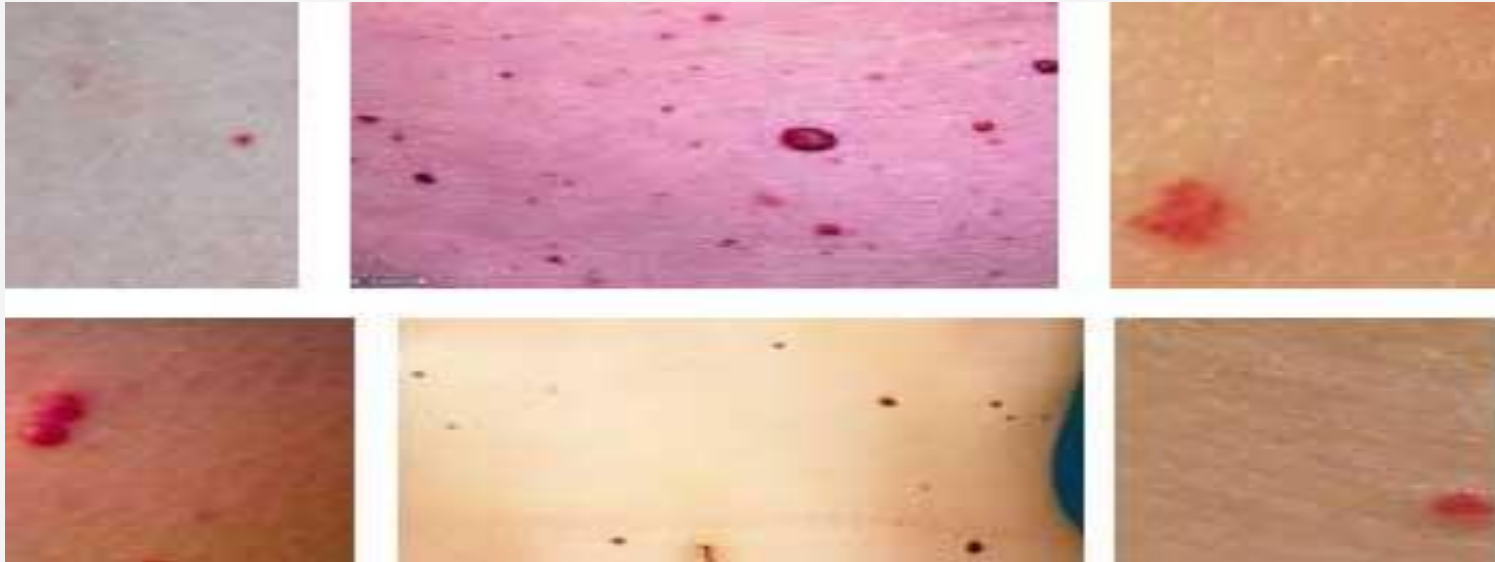
Клиническая картина

- **Синдром недостаточности внешнесекреторной функции** (при уменьшении объема функционирующей паренхимы до 10% от нормы появляются признаки мальабсорбции — полифекалия, жирный стул, потеря массы тела).

Клиническая картина

- **Сахарный диабет** развивается у 10-30% больных ХП, чаще – нарушение толерантности к глюкозе (жажда, полиурия, кожный зуд, склонность к инфекционным процессам)

Физикальные данные



На коже живота, груди, иногда в области спины можно видеть четко отграниченные ярко-красные пятна - симптом «красных капелек»;
атрофия подкожно-жировой клетчатки в зоне, соответствующей проекции поджелудочной железы на переднюю брюшную стенку – симптом Гротта

при преходящей или стойкой компрессии общего желчного протока, кожа и слизистые оболочки *приобретают желтушную окраску;*

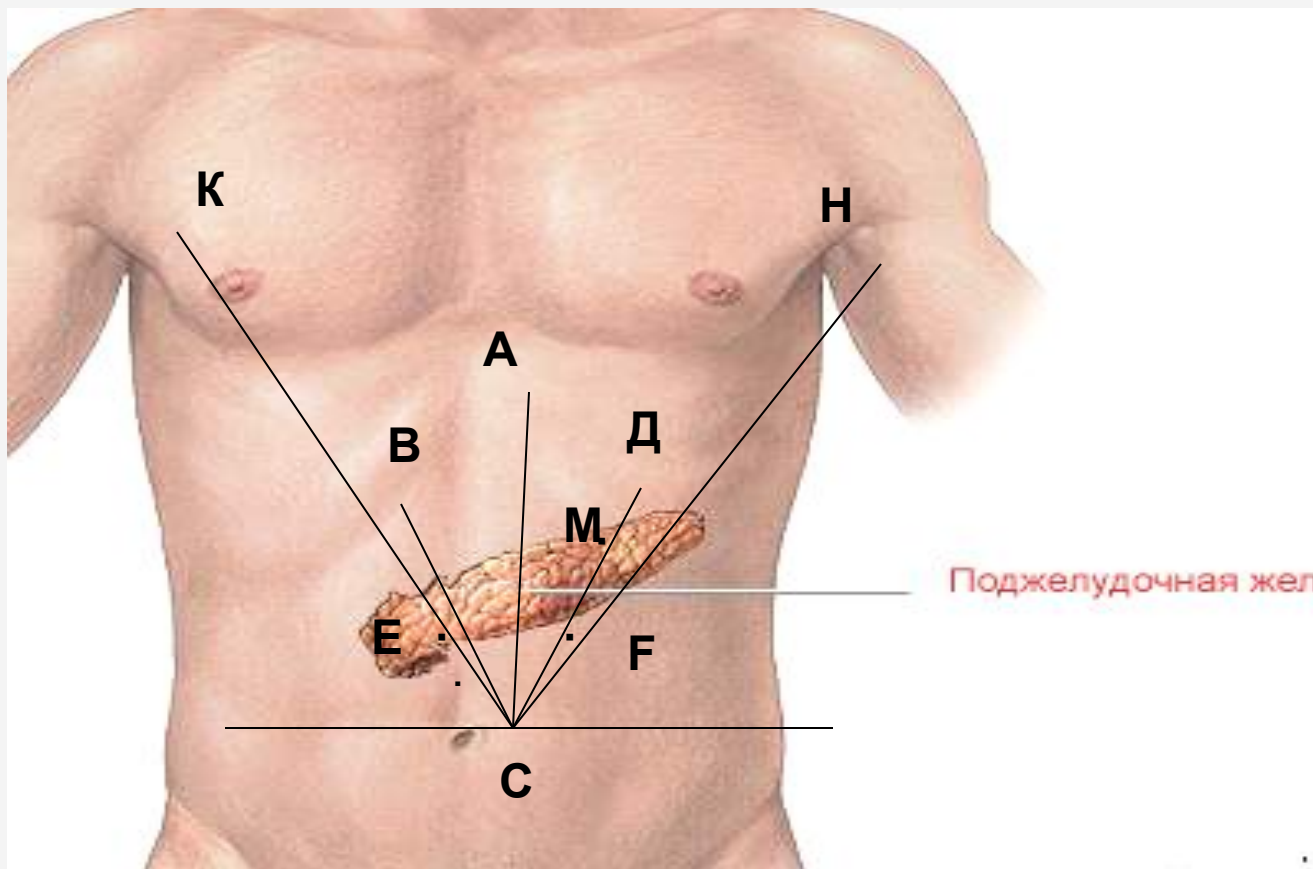
□ - в случае развития анемии (встречается не чаще чем у 30-40% больных ХП) как проявления нарушения всасывания витамина В12 кожные покровы и слизистые имеют бледный оттенок;

□ - *снижение тургора и влажности кожи,* кожные покровы приобретают грязно-серый оттенок, появляются участки пигментации на лице и конечностях;

□ - *язык может быть обложенным, сухим со сглаженными сосочками;*

□ -*метеоризм (присоединение кишечной диспепсии, гипотонии кишечника);*

Болевые точки и зоны при ХП



▽ ABC – зона Шоффара

▽ ADC – зона Губергрица-Скульского

- E – т. Дежардена – на 6 см выше от пупка по линии СК
- F – т. Губергрица – на 6 см выше от пупка по линии СН
- M – т. Мейо-Робсона на границе наружной и средней трети линии, соединяющей пупок с серединой левой реберной дуги

Примеры формулировки диагноза

- Хронический панкреатит, билиарнозависимый, редко рецидивирующего течения, фаза обострения (интерстициально-отечный), осложненный механической желтухой.
- Хронический панкреатит, алкогольной этиологии, часто рецидивирующего течения, фаза обострения (с преимущественным поражением хвоста, кистозный, осложненный портальной гипертензией).

Лабораторная диагностика

ОАК, ОАМ

Биохимический анализ крови:

билирубин, ЛДГ₃, холестерин, щелочная фосфатаза, АСТ, АЛТ

Определение **амилазы** крови, мочи, сывороточной **липазы**, сывороточного **трипсина** и концентрации **ингибитора трипсина**.

Исследование сахара крови и мочи

Оценка внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы.

1. **Копрологическое** исследование (серый оттенок, зловонный запах, полифекалия, жирный вид, стеаторея)
2. **Функциональные тесты:**
 - прямые тесты секреции ПЖ. Проводят сбор и исследование сока ПЖ или дуоденального содержимого после стимуляции секреции ПЖ экзогенными гормонами или гормоноподобными пептидами (**секретин-панкреозиминный тест**);

Лабораторная диагностика

(продолжение)

- 1.непрямые тесты** - исследование дуоденального содержимого после пищевой стимуляции (тест Лунда); проводят без канюлирования протока ПЖ
- 2.пероральные тесты** - ведения зонда (бентираминовый тест - ПАБК – тест);
- 3.дыхательные тесты с субстратом**, меченным радиоизотопами),
- 4.метод определения панкреатических ферментов в кале (трипсин, химотрипсин, эластаза, липаза).** Чувствительность и специфичность эластазного теста у больных с экзокринной ПН тяжелой и средней степени приближаются к таковым секретин – панкреозиминового теста. При легкой степени - чувствительность метода - 63%.

Оценка внутрисекреторной недостаточности (инкреторная):

проведение теста толерантности к глюкозе

(после

взятия крови натощак исследуемый принимает 50 г глюкозы, с последующим исследованием крови каждые 30 минут в течение 2 часов);

определение эластазы 1 кала, фермента, выделяемого поджелудочной железой, который не подвержен разложению во время прохождения по кишечнику, в связи, с чем его содержание в кале хорошо коррелирует с выделением в двенадцатиперстную кишку.

Дополнительные методы исследования:

□ с целью выявления опухолей поджелудочной железы – исследование маркеров опухоли (**СА 19-9, РЭА**);

□ функциональные пробы поджелудочной железы могут использоваться для диагностики хронического панкреатита в случае, когда метод визуализации не является определяющим: оценка показателей лабораторных методов исследования — **секретин-панкреозиминный тест (церулеиновый), бентираминовый тест (ПАБК-тест)**;

□ рекомендованным методом обнаружения ранних изменений ХП является **эндосонография (EUS)** ввиду самой высокой диагностической эффективности (при наличии в клинике эндосонографии).

Методы визуализации в диагностике хронического панкреатита

- Рентгенография области ПЖ
- Трансабдоминальное УЗИ (расширение протоков, псевдокисты, кальцификация, расширение общего желчного протока, воротной, селезеночной вены, асцит)
- Эндоскопическое УЗИ
- ЭРХПГ (изменение структуры протоков, псевдокисты)
- Компьютерная томография (с внутривенным контрастированием)
- Сцинтиграфия с введением гранулоцитов, меченных ^{99m}Tc или ^{111}In

Диагностические критерии хронического панкреатита по данным УЗИ брюшной

- уменьшенный размер либо локальное увеличение некоторых отделов поджелудочной железы
- гетерогенное повышение эхогенности ткани органа за счет участков воспалительного отека, фиброза и кальцификатов
- неровные, с зазубринами контуры поджелудочной железы
- неравномерное расширение главного панкреатического протока, уплотнение и деформация его стенок
- деформация верхней брыжеечной и нижней полой вен

УЗИ поджелудочной железы



Киста поджелудочной железы



Киста ПЖ

КТ поджелудочной железы



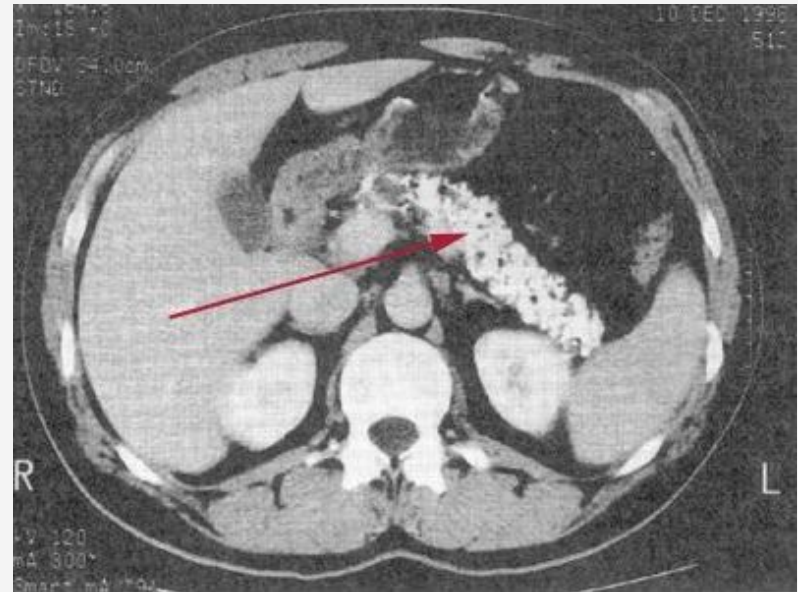
КТ поджелудочной железы

№1



Нормальная поджелудочная железа

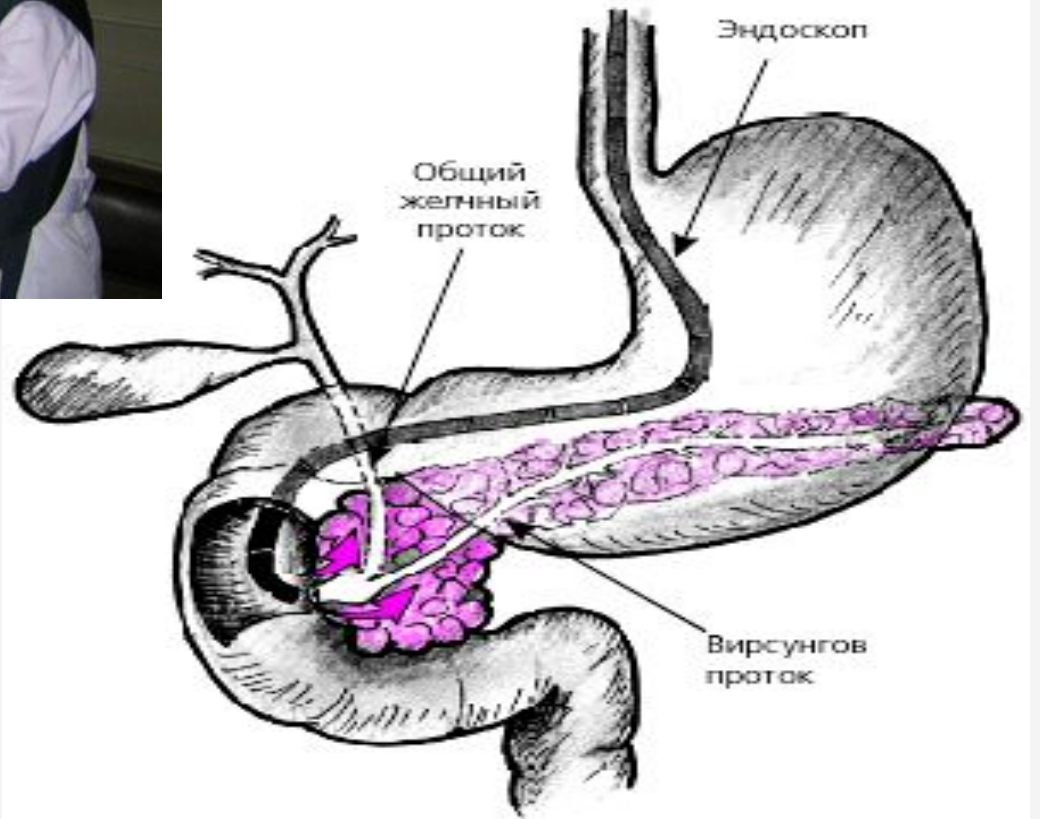
№2

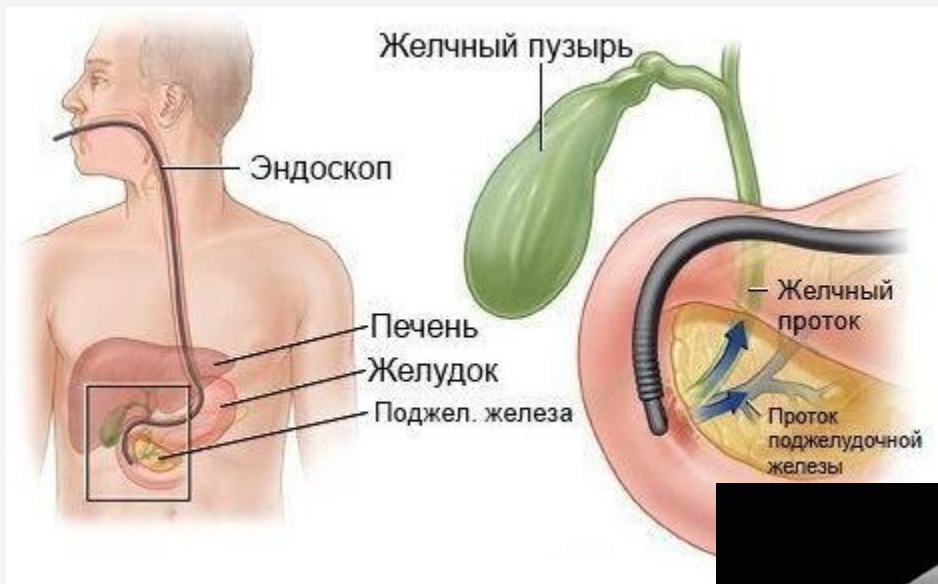


Кальцинаты

ЭРПХГ

эзофагогастродуоденоскопия с эндоскопической панкреатохолангиографией – проводится для уточнение состояния протоков ПЖ и желчных протоков. Позволяет выявить: стенозы в протоках, определить локализацию обструктивного процесса, обнаружить структурные изменения мелких протоков и интрадуктулярные кальцинаты и белковые «пробки».

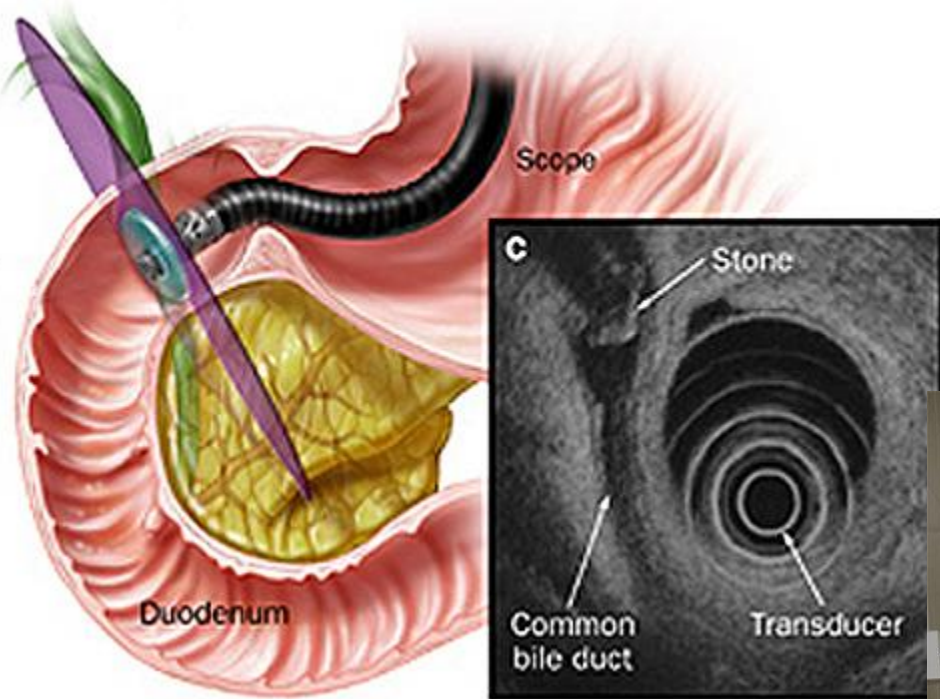


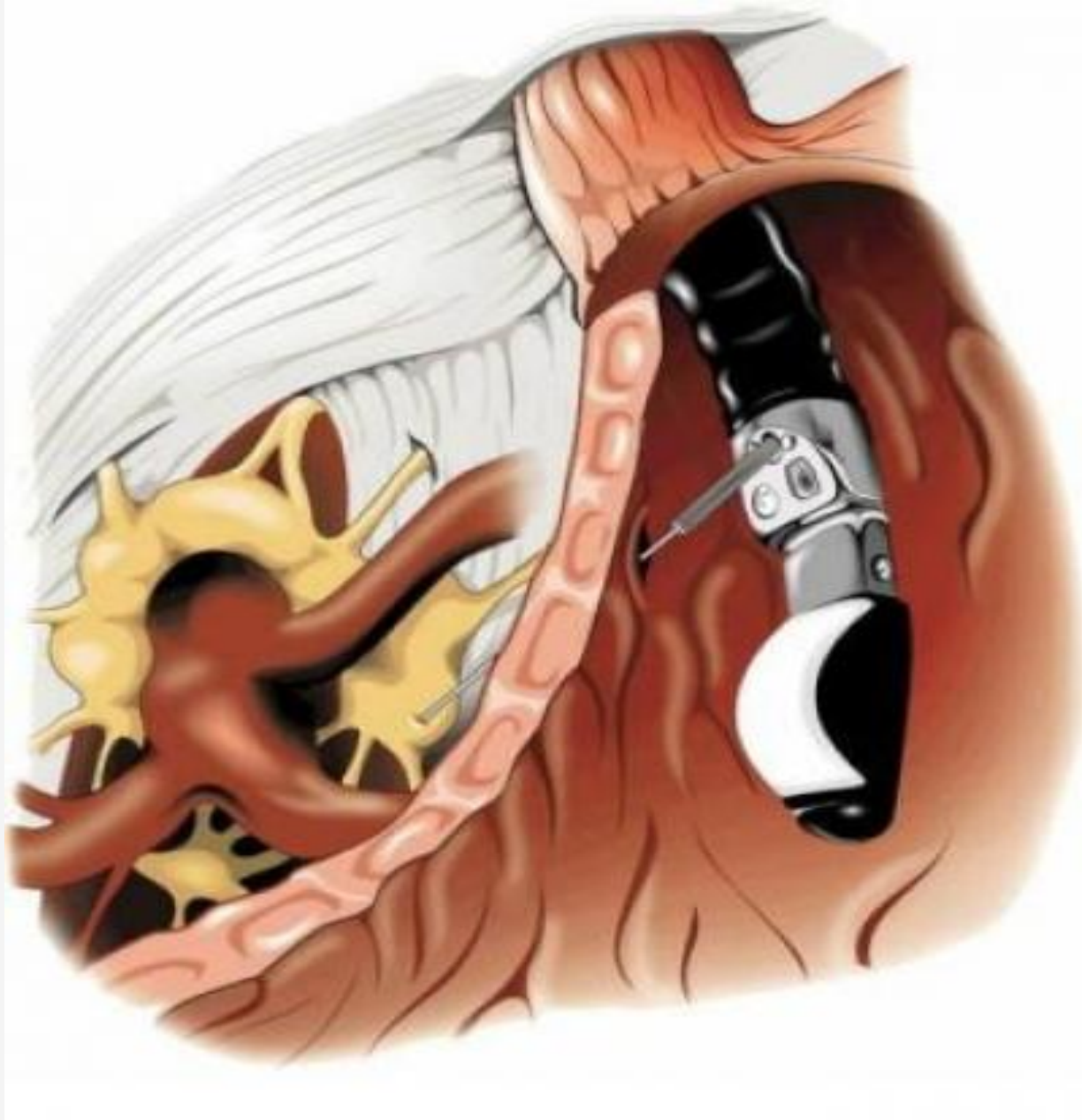


Эндосонография поджелудочной железы

Эндосонография выполняется датчиком, смонтированным на дистальном конце эндоскопа и располагается непосредственно вблизи исследуемого органа внутри человеческого организма, что позволяет выявлять минимальные патологические изменения размерами до 1 мм. Выявление небольших опухолей поджелудочной железы, желчного пузыря, внепеченочных желчных протоков и папиллярной области.

Эндосонография поджелудочной железы





Немедикаментозное лечение

1. Отказ от употребления алкоголя рекомендуется для уменьшения боли при хроническом панкреатите
2. Отказ от курения умеренно эффективен для снижения частоты приступов боли при хроническом панкреатите
3. При обострении ХП с выраженным болевым синдромом и высокой ферментемией рекомендуется голод в течение 1-3 дней, прием 1-1,5 л щелочного питья.

Лечебное питание

4. Основой лечебного питания служит стол N 5 (по Певзнеру).

Согласно

ему вся пища должна подвергаться механической и химической обработке, быть низкокалорийной (1800-2200 ккал/сутки), приниматься небольшими -порциями не менее 5-6 раз в сутки.

5. В период стихания обострения пищевой рацион расширяется (2-ой вариант стола N5), за счет повышения содержания белка (до 120 г в сутки), более щадящих способов обработки продуктов. Энергетическая ценность суточного рациона повышается до 2500-2800 ккал.

Основные принципы диеты:

- избегать избыточного приема пищи, особенно в вечернее и ночное время;
- избегать больших интервалов (более 6 часов) между приемами пищи;
- обязательно включать в пищевой рацион жидкую пищу.

Купирование болевого синдрома. Поэтапное купирование болевого синдрома:

Миотропные спазмолитики:

- дротаверин 2% — 2–4 мл в/м или в/в
- мебеверин 200 мг х 2 раза в сутки

Нестероидные противовоспалительные средства:

- парацетамол – разовая доза 500 мг, макс. суточная доза 2000мг, при отсутствии патологии печени;
- кетопрофен 2,0 в/м или Трамадол 5% - 2 мл в/м.

С целью потенцирования действия анальгетиков возможен прием:

- сульпирида 100-300 мг/сутки в первой половине дня;
- медазепам 5 мг 2-3 раза в день, постепенно повышая дозу до 30 мг/сут (при необходимости - до 40 мг/сут).

Антисекреторная терапия:

Ингибиторы протонной помпы (ИПП) назначаются в инъекционной форме курсами до 10 дней. ИПП подавляют цитотоксическое действие и хемотаксис естественных киллеров полиморфноядерных лейкоцитов, что говорит о дополнительном протективном влиянии ИПП при панкреатитах.

Рекомендуемая дозировка: пантопразол 40 мг в/в х 2 раза в сутки, эзомепразол 20 мг в/в стр х 2 раза в сутки.

или блокаторы H₂-рецепторов гистамина, 6-10 дней:

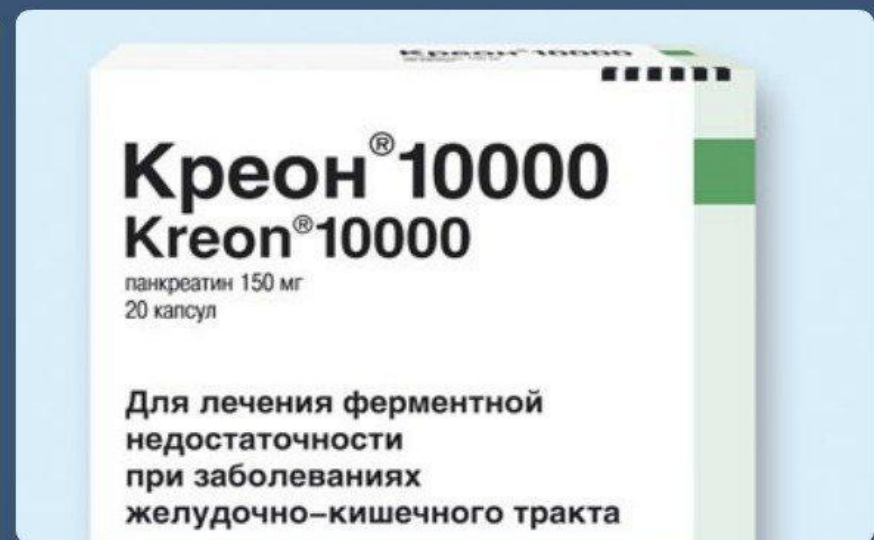
Фамотидин по 40-60 мг х 2 раза в сутки в/в.

Длительная терапия при ХП (продолжение)

Купирование внешнесекреторной панкреатической недостаточности:

препараты экстрактов поджелудочной железы (креон) антациды за 30 мин до и через 1 ч после еды или антисекреторных препаратов (H₂-блокаторы, ингибиторы протонной помпы) при метеоризме - адсорбенты (симетикон, диметикон) или использовать комбинированные ферментные препараты, содержащие адсорбирующие вещества (панкреофлат).

4. при тяжелой стеаторее - жирорастворимые витамины (А, D, Е, К), витамины группы В.



Ферментные препараты
для лечения
панкреатита

■ **Купирование внутрисекреторной панкреатической**

недостаточности:

- **Октреотид** – мощный ингибитор нейроэндокринных гормонов желудочно-кишечного тракта, угнетает стимулированную секрецию ПЖ. В дозе 50–100 мкг (0,05–0,1 мг) 2-3 раза в день п/к, также приводит к уменьшению болевого синдрома.

Витаминотерапия

В группе больных с тяжелой стеатореѐй дополнительно назначают жирорастворимые витамины (А, D, Е, К), а также группы В.

- **Хирургическое вмешательство:**

Показания к хирургическому лечению является не купируемая боль, которая не может быть устранена путем медикаментозной терапии.

Осложнения хронического панкреатита

- Холестаз (желтушный и безжелтушный)
- Реактивный гепатит
- *Инфекционные осложнения:*
 - воспалительные инфильтраты
 - гнойный холангит
 - септические состояния
 - реактивный плеврит, пневмония
- *Редкие осложнения:*
 - подпеченочная форма портальной гипертензии
 - хроническая дуоденальная непроходимость
 - эрозивный эзофагит
 - гастродуоденальные изъязвления с кровотечением
 - синдром Мэллори-Вейсса
 - гипогликемические кризы
 - абдоминальный ишемический синдром

Спасибо за внимание!