

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

Основные черты морфогенеза хронического панкреатита

1. Прогрессирующая атрофия железистой ткани
2. Распространение фиброза и замещение соединительной тканью клеточных элементов паренхимы поджелудочной железы

Группы причин в патогенезе хронического панкреатита

- Механические факторы
- Нейро-гуморальные факторы
- Токсико-аллергические факторы

Клиническая симптоматика хронического панкреатита

- Болевой синдром
- Растройства пищеварения
- Клинические симптомы нарушения функции инсулярного аппарата
- Синдром билиарной гипертензии
- Кисты и свищи поджелудочной железы
- Сегментарная портальная гипертензия
- Дуоденальный стеноз

Диагностика хронического панкреатита

- Функциональные исследования (внешней и внутрисекреторной функции)
- Рентгенологические методы
- Эндоскопические методы
- Ультразвуковое исследование
- Сцинтиграфическое исследование
- Компьютерная томография

Консервативное лечение хронического панкреатита в фазе обострения (Холод, голод и покой)

1. Борьба с болевым синдромом
2. Устранение спазма сфинктера Одди создание оттока панкреатического сока
3. Антиферментная терапия(ингибиторы протеаз)
4. Десенсибилизирующее лечение
5. Антациды и H_2 – блокаторы
6. Витамины
7. Щадящая диета

Классификация острого панкреатита(1992г. Атланта)

1. **Отёчная форма(интерстициальный) панкреатит**
2. **Стерильный панкреонекроз**
3. **Инфицированный панкреонекроз**
4. **Панкреатогенный абсцесс**
5. **Псевдокиста(инфицированная псевдокиста)**

Классификация

*По морфологическим
признакам:*

Интерстициально-отечный.

Паренхиматозный.

Фиброзно-склеротический
(индуративный).

Гиперпластический
(псевдотуморозный).

Кистозный.

*По клиническим
проявлениям:*

Болевой вариант.

Гипосекреторный.

Астено-невротический
(ипохондрический).

Латентный.

Сочетанный.

*По характеру клинического
течения:*

Редко рецидивирующий.

Часто рецидивирующий.

Персистирующий.

По этиологии:

Билиарнозависимый.

Алкогольный.

Дисметаболический (сахарный диабет, гиперпаратиреоз, гиперхолестеринемия, гемохроматоз).

Инфекционный.

Лекарственный.

Идиопатический.

Осложнения:

Нарушения оттока желчи.

Портальная гипертензия (подпеченочная форма).

Инфекционные (холангит, абсцессы).

Воспалительные изменения: абсцесс, киста, парапанкреатит, «ферментативный» холецистит, эрозивный эзофагит, гастродуоденальные кровотечения, в т.ч. дистресс-синдром; паранефрит, острая почечная недостаточность.

Эндокринные нарушения: панкреатогенный сахарный диабет, гипогликемические состояния.

Диагностика

КОПРОГРАММА

Стеаторея!

Креаторея !

Лечение хронического панкреатита

Парентеральное питание. При тяжелых обострениях в течение первых дней показано парентеральное питание: необходимо введение жидкости не менее 3 л/сут. Вводят: раствор альбумина (100мл/сут), 5-10% раствор глюкозы (500 мл/сут и более), реополиглюкин (400 мл/сут).

После купирования выраженной боли, обычно с 4-го дня от начала лечения, перед каждым приемом пищи:

- полиферментный препарат креон или панцитрат (по 1-2 капсулы в завтрак, обед и ужин) на фоне их приема с ингибиторами желудочной секреции (ИПП, H₂-блокаторами рецепторов гистамина, антацидами, содержащими гидроокись алюминия - маалокс, дайджин и др., а применение карбоната кальция и окиси магния чаще приводит к увеличению стеатореи) по 1 дозе за 15 минут до и через 1 час после еды) в течение 30 дней и более, что повышает эффективность заместительной терапии, или по 2 капсуле 3 раза в день, причем **первая капсула принимается натощак** за 20 минут до еды для торможения панкреатической секреции, **вторая - во время еды** для коррекции экскреторной недостаточности. Вторая схема приема оказалась эффективной у 46% больных с ХП средней тяжести и умеренно выраженным болевым синдромом, когда креон использовался в виде монотерапии без применения антисекреторных средств. Дозы и сроки лечения ферментными препаратами определяются в зависимости от результатов копрологического теста определения активности эластазы-1 (снижение ее содержания свидетельствует о нарушении экзокринной функции ПЖ) (**купирование боли, устранение экзокринной недостаточности ПЖ, снижение панкреатической секреции по закону обратной связи, внутрипротокового давления, подготовка органа к функциональным нагрузкам**).