

СРС

на тему:

**Дифференциально-диагностические
критерии различных форм
хронических
панкреатитов.**

Подготовила: Нечаева Е.В.
интерн-терапевт 711 гр.

г.Усть-Каменогорск, 2014 г.

Определение

Хронический панкреатит - длительное воспалительное заболевание поджелудочной железы, проявляющееся необратимыми морфологическими изменениями, которые вызывают боль и (или) стойкое нарушение функции органа

Этиология хронического панкреатита

- систематическое употребление алкоголя
- заболевания билиарной системы
- заболевания большого дуоденального соска
- травмы поджелудочной железы
- прием панкреатотоксичных лекарств
- вирусные инфекции
- гиперпаратиреоз
- гиперлипидемии
- атеросклероз мезентериальных артерий
- наследственные факторы

Патогенетические механизмы развития хронического панкреатита

- **повышение давления в протоковой системе**, запускающее процесс активации ферментов поджелудочной железы
- **отложение белковых преципитатов** в мелких протоках поджелудочной железы
- **микроциркуляторные расстройства**, усугубляющие апоптоз и дистрофию тканей железы
- **непосредственное вирусное повреждение** клеток железы с прогрессированием фиброзных изменений

Классификация хронического панкреатита

По этиологии:

Алкогольный
Билиарнозависимый
Ассоц. с гастродуоденальной патологией
Лекарственный
Токсический
Инфекционный
Ишемический
Идиопатический

По клиническому течению:

Болевой
Диспепсический
Латентный
Псевдоопухольный
С экзокринной и эндокринной
недостаточностью ПЖ

По степени тяжести:

Легкое, Среднетяжелое, Тяжелое течение

По морфологии:

Паренхиматозный
Фиброзно-склеротический
Псевдотуморозный (гиперпластический)

Согласно Марсельской классификации выделяют:

1. **Хр.обструктивный** - обструкция главного панкреатического протока, стенозом большого доуденального сосочка, папиллитом, холедохолитиазом. Характерным является постоянный болевой синдром, и только устранение тока панкреатического сока дает эффект от лечения.

2. **Хр.кальцифицирующий** обусловлен развитием преципитатов, кальцификатов в ткани железы. Основной причиной является длительный прием алкоголя, жирной пищи. Клиника характеризуется рецидивирующим течением.

3. **Хр.паренхиматозный** - развитие фиброза ацинозной ткани железы; протоки в основном остаются интактными. Причиной являются низкобелковое питание, а также алкоголизм на фоне нерационального, бедного белком питания. В клинике преобладают диспепсический синдром, явления экзокринной и эндокринной недостаточности поджелудочной железы.

Некоторые авторы выделяют **калькулезный панкреатит**, при котором камни образуются в протоках железы. Развитию камней способствуют нарушение эвакуации сока, повышение его вязкости, изменение кальциевого обмена. Для заболевания характерен выраженный болевой синдром.

Основные патологические синдромы хронического панкреатита

- болевой
- диспепсический
- внешнесекреторная панкреатическая недостаточность
- скрытый либо явный сахарный диабет, реже – гипогликемический синдром
- холестааз
- нарушение дуоденальной проходимости
- сегментарная портальная гипертензия
- воспалительные и гнойные осложнения

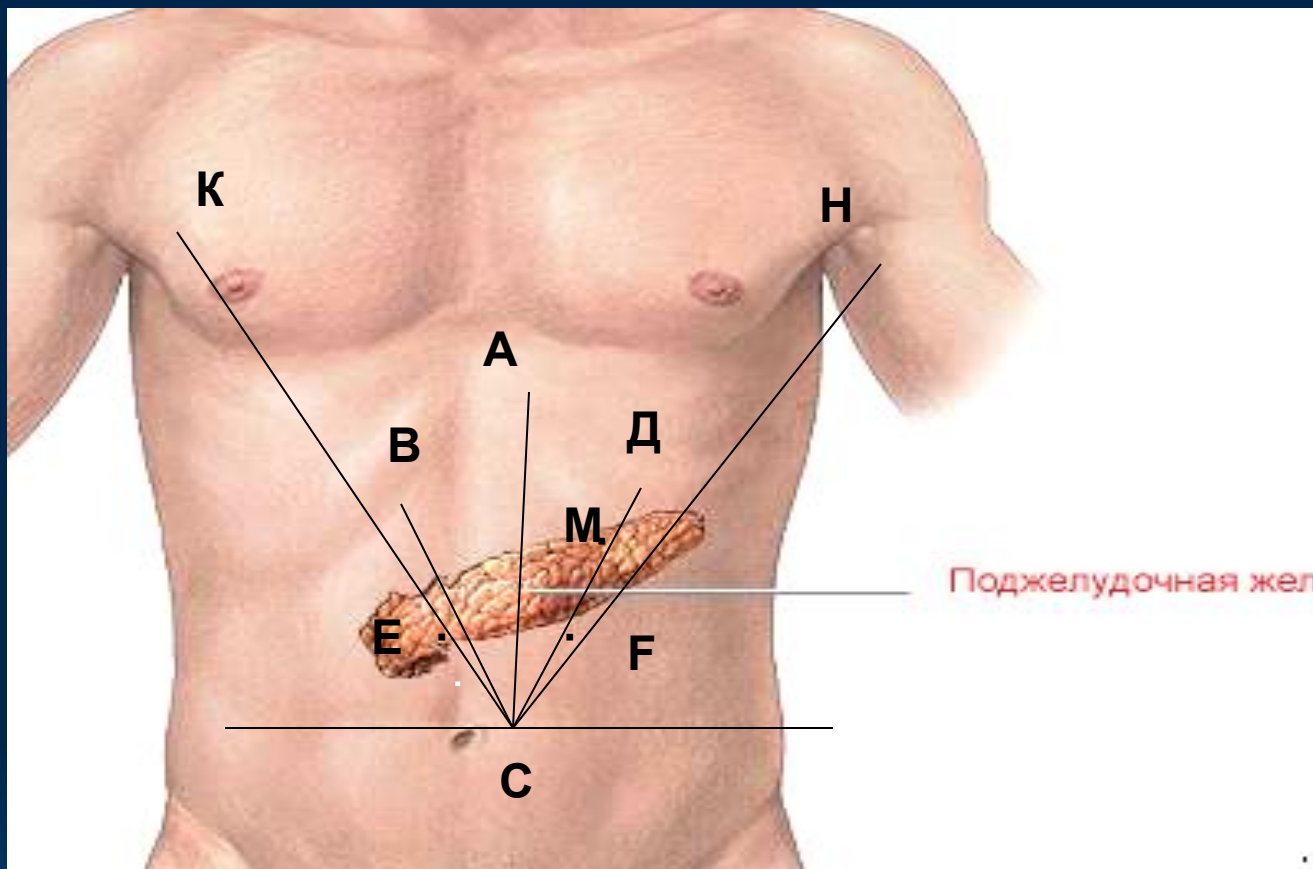
Периоды течения хронического панкреатита

- **Начальный**, протекающий с абдоминальным болевым синдромом и неспецифическими диспепсическими расстройствами
- **Развернутой клинки**, характеризующийся сформированной внешнесекреторной панкреатической недостаточностью (синдромы мальабсорбции и мальдигестии), упорной желудочной и кишечной диспепсией
- **Тотальной функциональной недостаточности ПЖ**, протекающий с присоединением нарушений углеводного обмена (сахарный диабет с абсолютной инсулярной недостаточностью) при утрате 90% паренхимы органа

Локализация максимальной пальпаторной болезненности при хроническом панкреатите

- **Панкреатическая точка Дежарена**, которая располагается на линии, проведенной от пупка к правой подмышечной впадине на расстоянии 5-7 см от пупка и соответствует проекции головки поджелудочной железы
- **Панкреатико-дуоденальная зона Шоффара** определяется следующим образом: от точки Дежарена проводят перпендикуляр к срединной линии живота, образовавшийся треугольник и представляет собой зону повышенной болезненности
- **Точка Мейо-Робсона** определяется на расстоянии 5-7 см от пупка по линии, проведенной от пупка к середине левой реберной дуги, она соответствует проекции хвоста поджелудочной железы

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

Клиническая картина в зависимости от формы

Выделено 5 основных клинических вариантов хронического панкреатита:

1. Отёчно-интерстициальный вариант (подострый).
2. Паренхиматозный (рецидивирующий)
3. Фиброзно-склеротический (индуративный)
4. кистозный.
5. Гиперпластический (псевдотуморозный)

1. Отёчно-интерстициальный вариант (подострый)

По выраженности клинических симптомов болезнь приближается к острому панкреатиту, но в целом заболевание продолжается более 6 месяцев. Кроме интенсивных болей, обычно отмечается тошнота и нередко рвота. У большинства пациентов определяется болезненность в проекции ПЖ. У 80-90% больных повышается активность амилазы в моче сыворотке крови.

При УЗИ и КТ определяются умеренное увеличение размеров ПЖ и неоднородность ее структуры за счет наличия участков пониженной и повышенной плотности. Вследствие отёка собственно железы и паренхиматозной клетчатки, контуры железы визуализируются нечётко, структура её представляется неоднородной; отмечается неоднородная эхогенность. Изменения системы протоков при этой форме не выражены.

2.Паренхиматозный (рецидивирующий)

Чередование периодов обострения и ремиссии. Клиника менее выражена, чем при интерстициальном ХП.

Болевой синдром в период обострения выражен не резко, амилаза редко повышается и незначительно.

Течение зависит от частоты и выраженности обострений.

Частые и продолжительные периоды обострения приводят к развитию внешнесекреторной недостаточности, потере массы тела.

У $\frac{1}{2}$ больных имеются признаки внешнесекреторной недостаточности (стеаторея, полифекалия), которые легко купируются ферментными препаратами.

На УЗИ и КТ, контуры и размеры железы мало изменены, структура ее относительно однородна, равномерно и умеренно уплотнена. Изменений протоков нет.

В период ремиссии у некоторых больных могут возникать боли в животе.

3. Фиброзно-склеротический (индуративный)

Анамнез продолжительный (более 15 лет). Значительно выражен диспепсический и особенно болевой синдромы и достаточно стабильны, относительно небольшое и постоянное повышение активности амилазы. Обязательно наличие внешнесекреторной недостаточности. Болевой синдром плохо поддаётся лекарственной терапии. Почти у всех больных имеются нервно-психические нарушения. Исчезает грань между обострением и ремиссией. Амилазный тест у $\frac{1}{2}$ отрицательный.

По данным УЗИ и КТ, ПЖ не увеличена, а у части больных уменьшена. Она теряет характерную конфигурацию, наблюдается ее диффузное или локальное значительное уплотнение с наличием кальцинатов различных размеров. Контуры чёткие, неровные. Нередко визуализируется расширенный проток ПЖ, может наблюдаться выраженный перипанкреатит.

Течение заболевания упорное с частыми осложнениями.

4. Кистозный

Обострения частые, без видимой причины. Выраженный болевой синдром, явления общей интоксикации и выраженное повышение амилазы.

Образование мелких (диаметром до 15 мм) стабильно определяемых при УЗИ кист на фоне ХП придает определенное своеобразие клинической картине, что позволяет его выделить как особый вариант. При УЗИ и КТ чаще определяется увеличение ПЖ, выраженная неровность ее контуров с наличием небольших полостных структур, как правило заполненных жидкостью. У значительной части пациентов крупные протоки ПЖ расширены

5. Гиперпластический (псевдотуморозный)

Заболевание протекает длительно (более 10 лет). чаще встречается у мужчин. В клинике - выраженный болевой синдром, явления механической желтухи, диспепсические явления, быстрая потеря массы тела. Провести дифференциальную диагностику между раком поджелудочной железы и данной формой панкреатита без хирургического вмешательства трудно. Амилазный тест положителен у 50%.

При УЗИ и КТ обнаруживают выраженное увеличение какого-либо отдела, чаще головки. Контуры ее в этой зоне неровные и нечеткие. Структура пораженного отдела достаточно пестрая, очаги пониженной плотности с мелкими псевдокистами вкраплены в зоне значительного уплотнения ткани железы. Нередко визуализируется расширенный крупный проток железы. Расширение и концентрическое сужение крупного протока подтверждает при ЭРХГ.

Осложнения хронического панкреатита

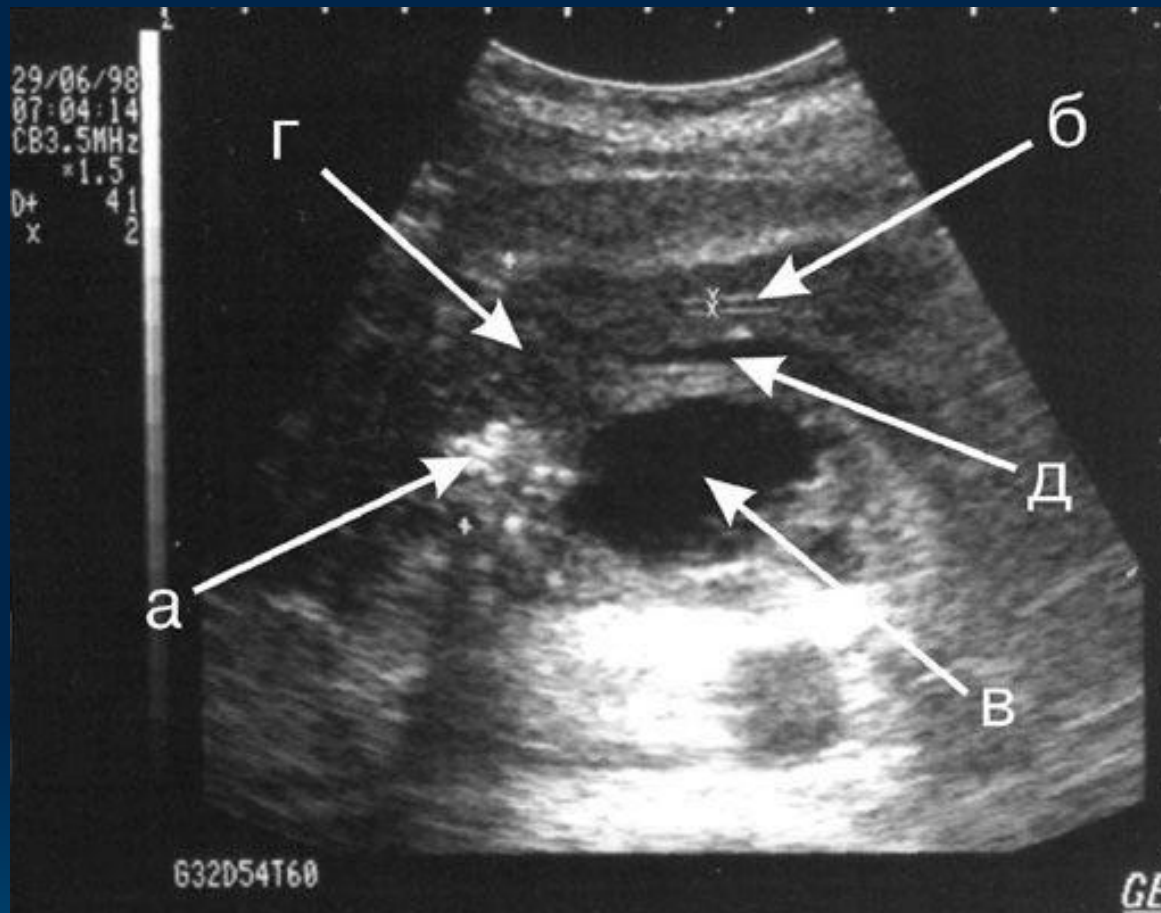
- Холестаз (желтушный и безжелтушный)
- Реактивный гепатит
- Инфекционные осложнения:
 - воспалительные инфильтраты
 - гнойный холангит
 - септические состояния
 - реактивный плеврит
 - пневмония
- Редкие осложнения:
 - подпеченочная форма портальной гипертензии
 - хроническая дуоденальная непроходимость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

Методы диагностики структурных изменений поджелудочной железы

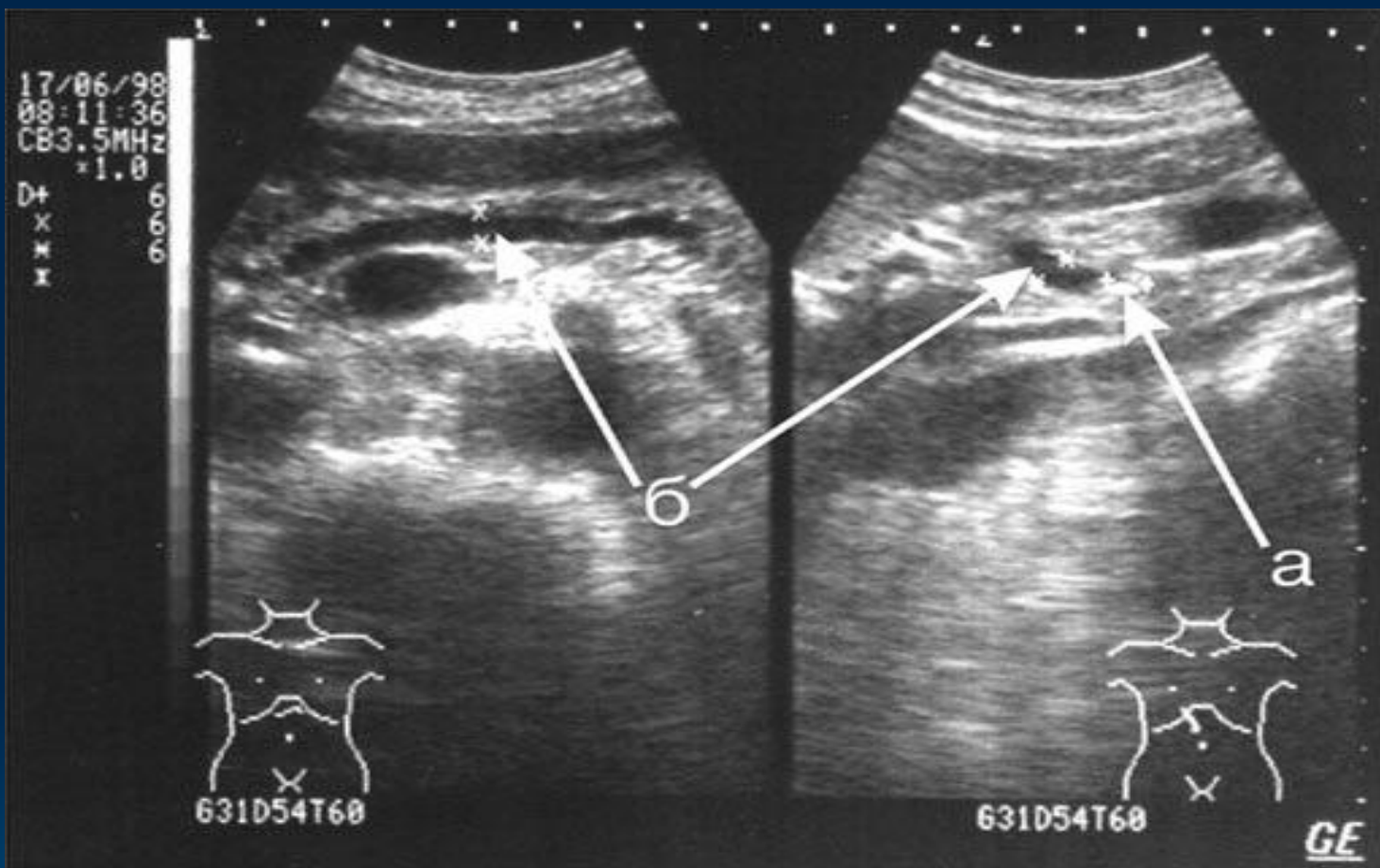
- обзорная рентгенография брюшной полости
- контрастное рентгенологическое исследование желудка в условиях гипотонии
- ультразвуковое сканирование
- компьютерная томография
- магнитно-резонансная томография
- эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ)
- сцинтиграфия с мечеными гранулоцитами

Ультразвуковые признаки ХП

Ранняя	<ul style="list-style-type: none">• Гомогенное диффузное повышение эхогенности паренхимы, сохранение рисунка• Картина "булыжной мостовой", которую дают эхосигналы средней интенсивности• Средний и плотный эхосигналы, неравномерно распределенные на нормальном фоне
Поздняя	<ul style="list-style-type: none">• Негомогенное распределение эхосигналов с чередованием плотных и кистозных участков• Чрезвычайная вариабельность амплитуды и протяженности эхосигналов• Изменение размера органа. Иногда лишь частичное увеличение (переднезадние размеры: головка - более 3 см, тело - 2,5 см, хвост более 3 см)• Кальцификация тканей железы• Конкременты в панкреатическом протоке• Кисты• Расширение панкреатического протока (более 2,5 мм)• Деформация органа (изменение внешнего контура)• Повышение плотности ткани ПЖ



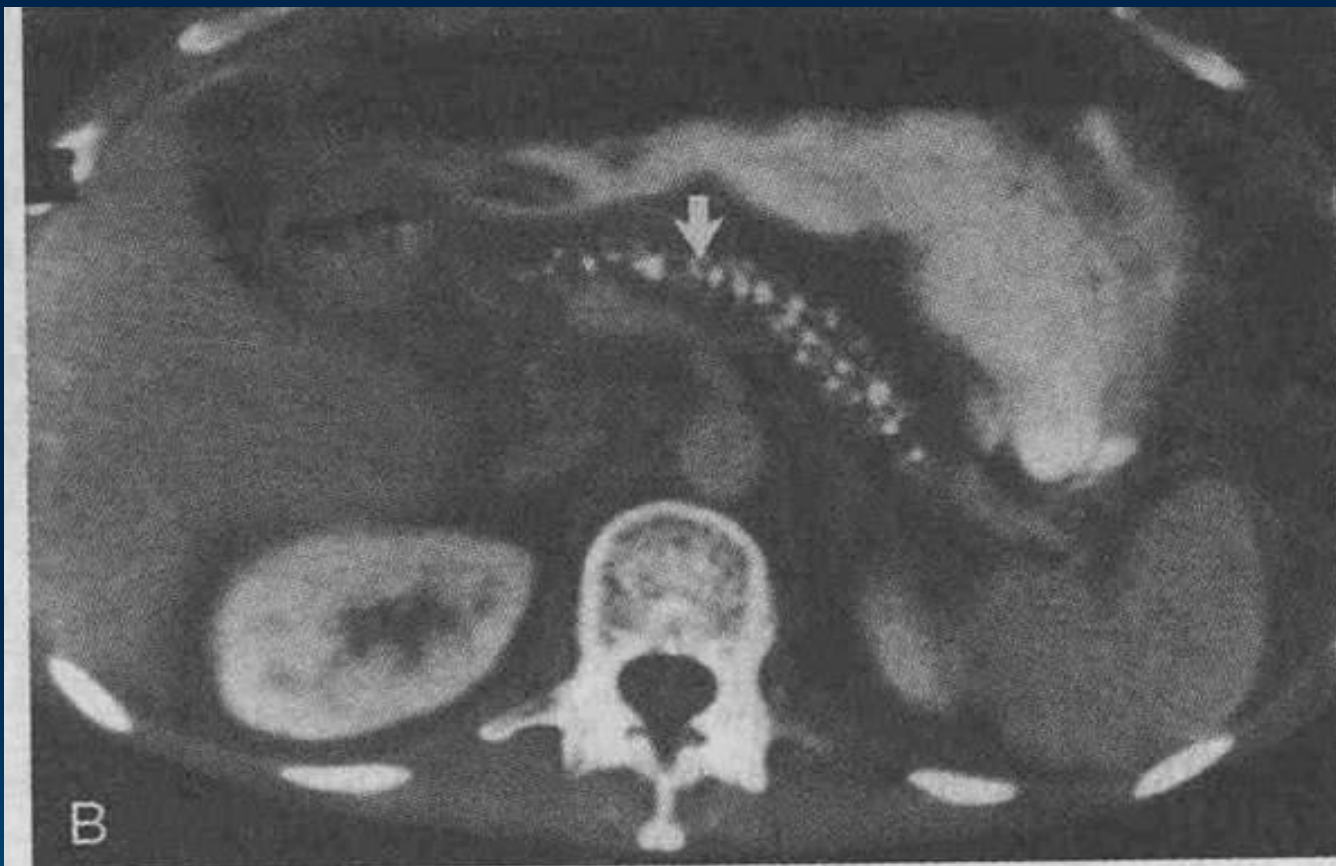
Эхограмма хронического панкреатита с преимущественным поражением головки поджелудочной железы: а) кальцинаты в головке ПЖ; б) нерасширенный Вирсунгов проток; в) псевдокиста ПЖ; г) увеличенная головка ПЖ; д) селезеночная вена



Эхограмма хронического кальцифицирующего панкреатита: а) вирсунголитиаз; б) расширенный Вирсунгианов проток;

Компьютерная томография

- Дает возможность поставить диагноз, прежде всего на стадии осложнения панкреатита: при обнаружении кальцификации, формировании псевдокист, повреждении соседних органов или атрофии паренхимы ПЖ
- Пожалуй, единственно достоверным признаком неосложненного ХП, который позволяет выявить этот метод, является изменение крупных протоков железы (дилатация или стенозирование).



Компьютерная томограмма: Хронический кальцифицирующий панкреатит. Множественные кальцинаты в ПЖ

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

- «Золотой стандарт» в диагностике хронического панкреатита
- Позволяет выявить стеноз протока и определить локализацию обструкции, обнаружить структурные изменения мелких протоков, внутрипротоковые кальцинаты и белковые пробки.

На основании результатов исследования диагностируют:

- Вероятный ХП (изменены 1-2 мелких протока);
- Легкий ХП (изменено более трех мелких протоков);
- Умеренный ХП (поражение главного протока и ответвлений);
- Выраженный (изменение главного протока и ответвлений, внутрипротоковые дефекты или камни, обструкция протока, стриктуры или значительная неравномерность поражения).

- Возможность развития серьезных осложнений (острого панкреатита, холангита, аллергических реакций и др.).

Частота от 0,8% до 30%

- Летальность составляет около 1% случаев



Признаки хронического панкреатита: расширение панкреатического протока и ветвей 2-3-го порядка, неровность контуров протока и ветвей.

Магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ)

- Прямое изображение желчных протоков и протоков ПЖ без инвазивного вмешательства и введения контрастных веществ



Эндоскопическое исследование

- Осуществлять эндоскопический осмотр панкреатического протока
- Выполнять селективный забор панкреатического сока для ферментного и морфологического исследования;
- Диагностировать патологию большого дуоденального сосочка;
- Выявить заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки, являющиеся возможной причиной развития ХП.

Редко используемые методы инструментальной диагностики хронического панкреатита

- Обзорная рентгенография: чаще всего позволяет определить только крупные кальцинаты в проекции ПЖ.
- Чрескожная чреспеченочная холангиография: высокая степень инвазивности и возможность развития осложнений, по диагностической значимости уступает ЭРХПГ.
- Сцинтиграфическое исследование:
 - Панкреатосцинтиграфия: (используется внутривенное введение метионина, меченного ^{75}Se)
 - Панкреатоангиосцинтиграфия: (используется селективное введение макроагрегата альбумина, меченного $^{99\text{m}}\text{Tc}$ в артерии ПЖ).
- Ангиография: используется только при дифференциальной диагностике с опухолями, подозрении на сосудистый генез ХП, при подозрении на аномалию поджелудочной железы.

Лабораторная диагностика хронических панкреатитов

1. Исследование содержания (активности) ферментов ПЖ в крови, моче.
2. Зондовые методы изучения экзокринной функции ПЖ:
3. Беззондовые методы выявления внешнесекреторной недостаточности ПЖ



Исследование содержания ферментов поджелудочной железы в крови и моче

- Определение уровня амилазы в крови и моче
- Определение панкреатической Р-амилазы
- Определение активности трипсина в сыворотке крови
- Определение активности липазы в сыворотке крови
- Фосфолипаза А2
- Холестеролэстераза
- Эластаза-1

Зондовые методы изучения экзокринной функции поджелудочной железы

Прямые методы:

- Стандартный секретин-панкреозиминовый тест

Непрямые методы:

- Тест Лунда

Завтрак Лунда: 300 мл смеси (5% протеин, 6% растительное масло, 15% углеводы).

Беззондовые методы диагностики внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы

- Тесты на активность панкреатических ферментов, при которых в моче или выдыхаемом воздухе определяют продукты гидролиза разных субстратов;
- Тесты на недорасщепленные и не всосавшиеся компоненты пищи в кале (копрограмма содержания жира в кале);
- Оценка содержания панкреатических ферментов (эластазы, липазы, химотрипсина) в кале;

*Тесты на активность панкреатических ферментов,
при которых определяют продукты гидролиза разных
субстратов*

Основаны на пероральном введении специфических для ферментов ПЖ субстратов. После взаимодействия последних с ферментами ПЖ в моче и/или в сыворотке крови определяются продукты расщепления, по количеству которых судят о внешнесекреторной функции ПЖ.

- NBT-РАВА тест.
- Панкреато-лауриловый тест
- Йодолиполовый тест.
- Дыхательные тесты с использованием ^{14}C -триолеина или ^{13}C -триоктаноина.

Исследование кала

- Полифекалия определяется в тех случаях, когда вес кала превышает 400 г/сут.
- Определение стеатореи: в норме после приема 100 г жира с пищей за сутки выделяется до 7 г нейтрального жира и жирных кислот.

Полифекалия и стеаторея не относятся к ранним проявлениям внешнесекреторной недостаточности ПЖ. Явные признаки недостаточности продукции липазы свидетельствует о поражении 70-90% паренхиматозных элементов ПЖ.

Оценка содержания панкреатических ферментов в кале

- Определение химотрипсина в кале
- Определение фекальной эластазы-1



Методы диагностики функциональных изменений поджелудочной железы

□ Экзокринная недостаточность:

- снижение уровня общего белка и фракции альбуминов, факторов свертывания крови, кальция, витамина В₁₂
- копрологический тест (стеаторея, креаторея, амилорея)
- функциональные тесты - секретин-панкреозиминный, Лунда, бентироминовый, двойной тест Шиллинга
- Опоределение панкреатических ферментов в кале

□ Эндокринная недостаточность:

- гипергликемия, глюкозурия, нарушение толерантности к глюкозе

Цели лечения при обострении хронического панкреатита

- купирование боли
- уменьшение и ликвидация интоксикации
- купирование отечно-интерстициальной реакции поджелудочной железы для предотвращения «хирургических» осложнений
- создание функционального покоя органа
- лечение и профилактика осложнений

Основные лечебные мероприятия при обострении хронического панкреатита

- Голод первые 3 дня и по показаниям парентеральное питание
- Непрерывная аспирация желудочного содержимого через назогастральный зонд при явлениях гастро- и дуоденостаза
- Введение октреотида (соматостатина) по 100 мкг 3 раза в день п/к с целью снижения давления в протоковой системе поджелудочной железы и опосредованно за счет снижения желудочной секреции
- При отсутствии октреотида назначается внутривенно струйно ранитидин по 150 мг или фамотидин 40-80 мг каждые 8 часов
- Инфузионное введение реологических и дезинтоксикационных растворов – полиглюкина, гемодеза, 5-10% глюкозы
- Назначение анальгетиков в комбинации со спазмолитиками, нейролептиками, аналогами опиатов (трамадол), нестероидными противовоспалительными средствами
- Эффективность использования ингибиторов протеолитических ферментов (контрикала, гордокса, апротинина, габексата) не является доказанной

Показания к хирургическому лечению хронического панкреатита

- некупирующиеся боли
- формирование псевдокист
- рецидивирующие желудочно-кишечные кровотечения

Базисная терапия хронического панкреатита

- обеспечение функционального покоя поджелудочной железы путем длительного назначения **блокаторов желудочной секреции** (**блокаторы H_2 -рецепторов гистамина** – ранитидин, фамотидин и **ингибиторы протонной помпы** – омепразол, лансопразол, пантопразол)
- купирование гастро- и дуоденостаза **прокинетиками** (мотилиум), **спазмолитиками** (но-шпа), **холинолитиками** (бускопан)
- коррекция внешнесекреторной панкреатической недостаточности (**полиферментные препараты**)
- коррекция внутрисекреторной панкреатической недостаточности (**инсулин**)

Принципы диетической терапии хронического панкреатита

- **пожизненное соблюдение диеты!**
- **полный отказ от приема алкоголя**
- **частый прием пищи (4-6 разовое питание)**
- **общая энергетическая ценность рациона 2500-3000 ккал на фоне адекватной заместительной ферментной терапии**
- **снижение количества жиров до 60 г/сутки (540 ккал), углеводов – до 300-400 г (1200-1600 ккал), белков – до 60-120 г (320-480 ккал)**
- **коррекция имеющейся инсулиновой недостаточности**

Принципы заместительной полиферментной терапии при внешнесекреторной панкреатической недостаточности

- Расчет дозы замещения по липазе (не менее 20000 – 40000 ед.)
- Использование микрогранулированных форм препаратов в капсулах
- Дополнительное назначение жирорастворимых витаминов (А, D, Е, К) и витаминов группы В

Критерии адекватности заместительной полиферментной терапии

- нарастание массы тела
- нормализация стула (менее 3 раз/сутки)
- снижение метеоризма

Прогноз хронического панкреатита

- Десятилетняя выживаемость больных с наиболее тяжелым алкогольным панкреатитом составляет 80% при условии полного прекращения потребления алкоголя, однако снижается более чем в 2 раза, если пациент продолжает прием спиртных напитков



**Спасибо за внимание!
Не зная боли!**