

The background of the slide is a scenic landscape at sunset. The sky is a gradient of colors from deep purple at the top to bright yellow and orange near the horizon. A large, dark silhouette of a tree stands on the right side of the frame. In the distance, the silhouettes of mountains and a line of trees are visible against the bright horizon.

ЛЕКЦИЯ
ХРОНИЧЕСКИЙ
ПАНКРЕАТИТ

- Хронический панкреатит (ХП) - хроническое воспалительно-дистрофическое заболевание поджелудочной железы, вызывающее при прогрессировании нарушение проходимости ее протоков, склероз паренхимы и значительное нарушение экзо- и эндокринной функций.

- Различают первичный и вторичный ХП.
- Первичный панкреатит - воспалительный процесс изначально локализуется в поджелудочной железе.
- Вторичный (сопутствующий) ХП развивается на фоне каких-либо других заболеваний органов пищеварения (язвенная болезнь желудка, 12-перстной кишки, воспалительные заболевания желчевыводящих путей и др.)

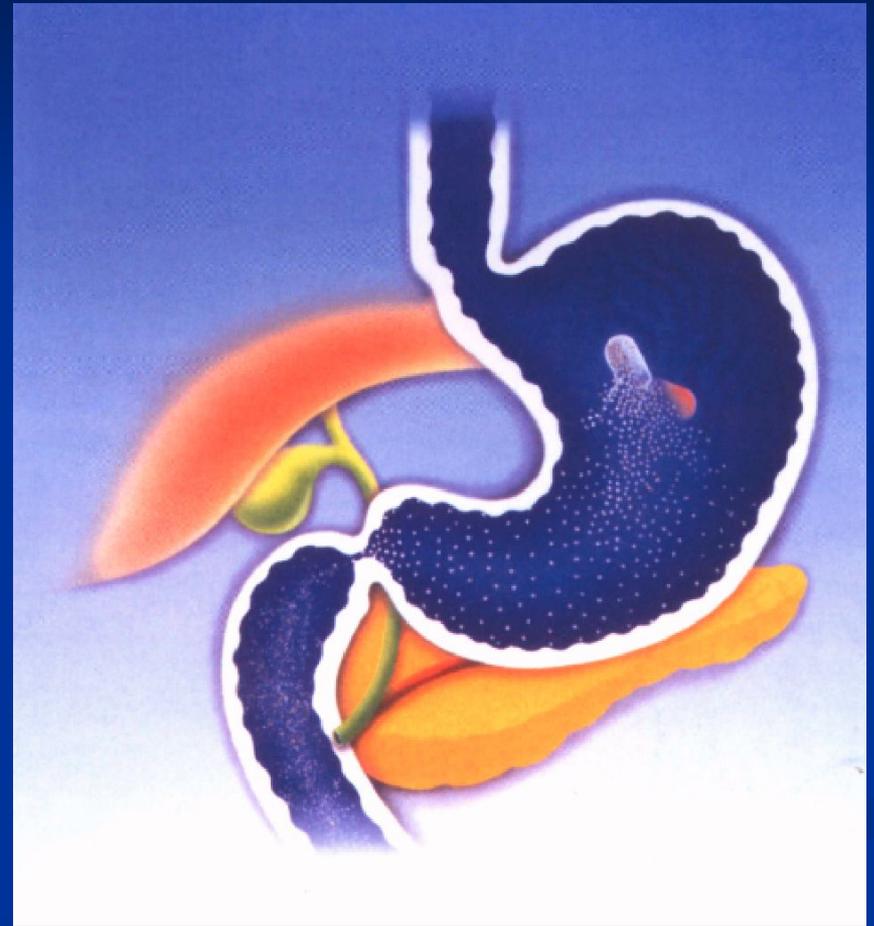
ЭТИОЛОГИЯ. Основные факторы

- Ведущая причина развития ХП - злоупотребление алкоголем. Частота алкогольного панкреатита составляет от 40 до 95% всех этиологических форм заболевания.
- *Употребление 100 г алкоголя или 2 л пива ежедневно в течение 3-5 лет приводит к гистологическим изменениям поджелудочной железы, при этом клинически выраженные проявления панкреатита развиваются у женщин через 10-12 лет, а у мужчин - через 17-18 лет от начала систематического употребления алкоголя.*

ЭТИОЛОГИЯ. Основные факторы

- **Заболевания
желчевыводящих
путей и печени**

причина развития ХП у
63% больных (А.Я.
Губергриц).



ЭТИОЛОГИЯ. Основные факторы

- **Заболевания 12-перстной кишки и большого дуоденального соска** (хронический дуоденит, атрофия слизистой оболочки 12-перстной кишки и дефицит эндогенно секретина и др.)
- **Осложнение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки** - при пенетрации язвы в поджелудочную железу.
- **Алиментарный фактор**
(обильный прием пищи, особенно жирной, острой, жареной; значительное снижение содержания белка в рационе, гиповитаминоз).

ЭТИОЛОГИЯ ХП. Другие факторы

- **Генетически обусловленные нарушения белкового обмена** (избыточное выделение с мочой отдельных аминокислот - цистеина, лизина, аргинина, орнитина).
- **Влияние лекарственных препаратов:**
(длительный прием лекарственных средств: цитостатиков, эстрогенов, глюкокортикоидов, сульфаниламидов, нестероидных противовоспалительных средств, тиазидных диуретиков, ингибиторов холинэстеразы).
- **Вирусная инфекция**
Допускается роль вируса гепатита В (он способен реплицироваться в клетках поджелудочной железы), вируса Коксаки подгруппы В (антигены HLA CW2).
- **Нарушение кровообращения в поджелудочной железе** (спазм, тромбоз, атеросклероз и др.)

ЭТИОЛОГИЯ ХП. Другие факторы

- **Гиперлиппротеинемия** любого генеза (как первичные, так и вторичные)
- **Перенесенный острый панкреатит**
- **Гиперпаратиреоз** (ХП встречается при гиперпаратиреозе в 10-19%)
- **Генетическая предрасположенность**
(антигены системы HLA A1, B8, B27, CW1. У больных, имеющих выявленные антипанкреатические антитела, чаще обнаруживается антиген HLA B15).
- **Идиопатический хронический панкреатит**

Патогенез

- В патогенезе ХП играют роль несколько факторов:
 1. нарушение оттока и задержка выделения панкреатического секрета,
 2. проникновение и затекание желчи в проток поджелудочной железы,
 3. последующая активация ферментов (трипсина, протеазы и липазы), повреждающих ткани органа.

Патогенез

- **Воздействие алкоголя** - стимуляция выделения фермента (панкреозимина) поджелудочной железы,
- истощение и уменьшение содержания гидрокарбонатов,
- нейтрализация кислого желудочного содержимого в 12-перстной кишке,
- сгущение панкреатического сока, образование белковых пробок, обтурирующих протоки, замедление оттока секрета.

Патогенез

- **Активация ферментов в самой железе** - переваривание клеточных мембран, повреждение сосудов, протеолиз, отек, некроз жировых и паренхиматозных клеток,
- дальнейшая гиперплазия и кальцификация паренхимы железы.
- некроз, атрофия и фиброз ткани железы, рубцовое сморщивание и склерозирование органа.

Патогенез

- В патогенезе ХП также имеет значение активация калликреин-кининовой, свертывающей и фибринолитической систем - развитие *тромбозов, кровоизлияний, некрозов, нарушений микроциркуляции.*
- В последние годы обсуждается роль *аллергических и иммунологических механизмов ХП* (развитие реакции замедленного типа, уменьшение количества Т-лимфоцитов, повышение функции Т-лимфоцитов-хелперов, появление антител к клеткам поджелудочной железы).

КЛАССИФИКАЦИЯ

- **Хронический кальцифицирующий панкреатит** – наиболее частая форма, на ее долю приходится от 49 до 95% всех панкреатитов.
- **Хронический обструктивный панкреатит** – вторая по частоте форма хронического панкреатита.
- **Хронический воспалительный (паренхиматозный) панкреатит** – возникает редко.

Клинико-морфологическая Марсельско-римская классификация (1988)

Предусматривает выделение следующих форм
хронического панкреатита:

- Хронический кальцифицирующий.
- Хронический обструктивный.
- Хронический фиброзно-индуративный.
- Хронические кисты и псевдокисты поджелудочной железы.

Классификация по клиническим вариантам

- Болевая форма
- Латентная форма
- Псевдоопухолевая (псевдотуморозная)
- Непрерывно-рецидивирующая (частые обострения с прогрессированием заболевания. На сегодня вопросы классификации ХП окончательно не решены. Имеются классификации разработанные А.С.Логиновым, В.Т.Ивашкиным (2000).

Клиническая картина.

Болевой синдром - ведущий признак ХП.

- При локализации воспалительного процесса в области головки поджелудочной железы боли ощущаются в эпигастрии преимущественно справа, в правом подреберье, иррадиируют в область VI-XI грудных позвонков.
- При вовлечении в воспалительный процесс тела поджелудочной железы боли локализуются в эпигастрии, при поражении хвоста - в левом подреберье, при этом боль иррадиирует влево и вверх.
- При тотальном поражении поджелудочной железы боль локализуется во всей верхней половине живота и носит опоясывающий характер.
- Чаще всего боли появляются после обильной еды, особенно после жирной, жареной пищи, приема алкоголя, шоколада.

Болевой синдром. Особенности

- Достаточно часто боли появляются натощак или через 3-4 ч после еды. При голодании боли успокаиваются, поэтому многие больные мало едят и потому худеют.
- Существует определенный суточный ритм болей: до обеда боли беспокоят мало, после обеда усиливаются и достигают наибольшей интенсивности к вечеру.
- Боли могут быть давящими, жгучими, сверлящими, значительно более выражены в положении лежа и уменьшаются в положении сидя с наклоном туловища вперед.

Клиническая картина. Болезненные при пальпации зоны и точки

- *зона Шоффара* - между вертикальной линией, проходящей через пупок и биссектрисой угла, образованного вертикальной и горизонтальной линиями, проходящими через пупок ; *зона Губергрица-Скульского* - аналогична зоне Шоффара, но расположена слева. Болезненность в этой зоне характерна для локализации воспаления в области тела поджелудочной железы;
- *точка Дежардена* - расположена на 6 см выше пупка по линии, соединяющей пупок с правой подмышечной впадиной. Болезненность в этой точке характерна для локализации воспаления в области головки поджелудочной железы;

Клиническая картина. Болезненные при пальпации зоны и точки

- *точка Мейо-Робсона* - расположена на границе наружной и средней трети линии, соединяющей пупок и середину левой реберной дуги. Болезненность в этой точке характерна для воспаления хвоста поджелудочной железы;
- *область реберно-позвоночного угла слева* - при воспалении тела и хвоста поджелудочной железы.

Клиническая картина

- У многих больных определяется положительный *признак Грота* - атрофия поджелудочной жировой клетчатки в области проекции поджелудочной железы на переднюю брюшную стенку.
- Может отмечаться симптом «красных (рубиновых) капелек» - наличие красных пятнышек на коже живота, груди, спины, а также коричневатая окраска кожи над областью поджелудочной железы.

Клиническая картина

- *Диспептический синдром* - (панкреатическая диспепсия) - проявляется повышенным слюноотделением, отрыжкой воздухом или съеденной пищей, тошнотой, рвотой, потерей аппетита, отвращением к жирной пище, вздутием живота.
- *Похудание* - развивается вследствие ограничений в еде (при голодании боли уменьшаются), а также в связи с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы и всасывания в кишечнике.

Клиническая картина

При тяжелых формах ХП - синдромы *эксcretорной недостаточности* пищеварения и всасывания - мальдигестии и мальабсорбции:

- панкреатогенные поносы, снижение массы тела, сухость и нарушение кожи, гиповитаминозы (в частности, недостаток витаминов А, D, E, K и других), обезвоживание, электролитные нарушения (снижение содержания в крови натрия, калия, хлоридов, кальция), анемия; в кале обнаруживаются жир, крахмал, непереваренные мышечные волокна.
- *Инcretорная недостаточность* - проявляется сахарным диабетом или нарушенной толерантностью к глюкозе.

Клинические формы

Латентная (безболевая) форма

- боли отсутствуют или слабо выражены;
- периодически больных беспокоят неинтенсивно выраженные диспептические расстройства (тошнота, отрыжка съеденной пищей, снижение аппетита);
- иногда появляются поносы или кашицеобразный кал;

Латентная форма

- лабораторные исследования выявляют нарушения внешне- или внутрисекреторной функции поджелудочной железы;
- при систематическом копрологическом исследовании выявляются стеаторея, креаторея, амилорея.

Клинические формы

- *Хроническая рецидивирующая (болевая) форма* - наблюдается у 55-60% больных и характеризуется периодическими приступами интенсивных болей опоясывающего характера или локализующихся в эпигастрии, левом подреберье. Во время обострения бывает рвота, наблюдаются увеличение и отек поджелудочной железы (по данным УЗИ и рентгенологического исследования), повышается содержание α -амилазы в крови и моче.

Клинические формы

- *Псевдоопухолевая (желтушная) форма* - встречается у 10% больных, чаще у мужчин. При этой форме воспалительный процесс локализуется в головке поджелудочной железы, вызывая ее увеличение и сдавливание общего желчного протока. Основными клиническими признаками являются:
 - желтуха; кожный зуд;
 - боли в эпигастрии, больше справа;
 - диспептические расстройства;
 - потемнение мочи; обесцвеченный кал;
 - значительное снижение массы тела;
 - увеличение головки поджелудочной железы (обычно это определяется с помощью УЗИ).

Клинические формы

- *Хронический панкреатит с постоянным болевым синдромом.* Эта форма характеризуется постоянными болями в верхней половине живота, иррадиирующими в спину, снижением аппетита, похуданием, неустойчивым стулом, метеоризмом. Может прощупываться увеличенная уплотненная поджелудочная железа.

Клинические формы

- *Склерозирующая форма хронического панкреатита.*
Эта форма характеризуется болями в верхней половине живота, усиливающимися после еды; плохим аппетитом; тошнотой; поносами; похудением; выраженным нарушением внешнесекреторной и инкреторной функций поджелудочной железы. При УЗИ определяются выраженное уплотнение и уменьшение размеров поджелудочной железы.

Лабораторные данные

- **ОАК:** увеличение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом влево при обострении.
- **ОАМ:** наличие билирубина, повышение α -амилазы (диастазы) при обострении, снижение - при склерозирующей форме.
- **БАК:** - увеличение содержание α -амилазы, липазы, трипсина, γ -глобулинов, сиаловых кислот, серомукоида, билирубина при желтушной форме; глюкозы при нарушении инкреторной функции (склерозирующая форма)

Лабораторные данные

- Исследование внешнесекреторной функции поджелудочной железы:
- определение ферментов (липазы, α -амилазы, трипсина).
- Исследование инкреторной функции поджелудочной железы - **тест на толерантность к глюкозе**: толерантность снижена при длительном течении заболевания, особенно при склерозирующем варианте.



Лабораторные данные

- *Копроцитограмма*: непереваренная клетчатка, креаторея, стеаторея, амилорея при выраженной внешнесекреторной недостаточности.
- *Панкреозиминный тест*. Повышение уровня ферментов в крови по сравнению с исходным на 40% считается положительным результатом теста.

Инструментальные данные

- *Ультразвуковое исследование поджелудочной железы* (размеры железы, расширение и неровность контура протоков, псевдокисты и др.)
- *Рентгенологическое исследование* - головка поджелудочной железы находится в подкове 12-перстной кишки,- при увеличении головки петля 12 п.к. разворачивается.
- Обзорная рентгенограмма брюшной полости указывает на кальцификацию поджелудочной железы.

Инструментальные данные

*Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография
ЭРПХГ- «золотой стандарт»*

- неравномерное расширение вирсунгова протока, его изломанный характер, деформация контура;
- камни в протоке поджелудочной железы;
- неоднородность контрастирования сегментов железы;
- нарушение опорожнения главного протока поджелудочной железы.

Инструментальные данные

- *Компьютерная и магнитнорезонансная томография поджелудочной железы* выявляют уменьшение или увеличение размеров, изменения плотности железы, кальцинаты, псевдокисты.
- *Радиоизотопное сканирование поджелудочной железы с использованием метионина, меченого селеном-75* - характерно увеличение или уменьшение ее размеров, диффузное неравномерное накопление изотопа.

Лечение

- Этиотропное: санация желчевыводящих путей (при необходимости холецистэктомия), лечение заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки, отказ от приема алкоголя, нормализация питания (достаточное содержание белка).
- При выраженном обострении ХП больным показана госпитализация.

Патогенетическое лечение

- Основные задачи лечения в период обострения:
 - 1) подавление желудочной секреции;
 - 2) подавление секреции поджелудочной железы;
 - 3) ингибция протеолиза ткани поджелудочной железы;
 - 4) восстановление оттока секрета железы;
 - 5) снижение давления в просвете двенадцатиперстной кишки;
 - 6) снятие боли.

Лечение

- Подавление желудочной секреции: голод в течение 1-3 дней; постоянное откачивание желудочного содержимого через зонд;
- блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов (ранитидин, фамотидин) или блокатор протоновой помпы (омепразол);
- М-холинолитики (атропин, платифиллин в инъекциях); антацидные препараты (алмагель, фосфалюгель).

Лечение

Подавление секреции поджелудочной железы:

- парентеральное введение сандостатина в дозе 0,05-0,1 мг подкожно 2-3 раза в день; 6-фторурацил; внутрь — ингибиторы карбоангидразы (диакарб или фонурит).
- *Ингибция протеолиза ткани поджелудочной железы -* назначение ингибиторов трипсина (трасилола, контрикала, гордокса по 100 000—200 000 ЕД/сут. внутривенно капельно).

Лечение

- Показанием к назначению ингибиторов является выраженная гиперферментемия, сопровождающаяся не стихающей болью в верхней половине живота. Введение препарата продолжают до наступления ремиссии (обычно уже на 3-4-й день отмечается положительная динамика клинических и биохимических показателей).

Лечение

- *Снижение давления в просвете двенадцатиперстной кишки* - назначение метоклопрамида или М-холинолитиков (атропина, платифиллина в инъекциях).
- *Снятие спазма протоков и болевого синдрома* – **М-холинолитики, анальгетики (лучше ненаркотические)**

Патогенетическая терапия ХП

- *восстановление водно-электролитного баланса и белкового дефицита* – инфузии хлорида натрия, глюкозы, смеси аминокислот
- *коррекция внешнесекреторной недостаточности* препаратами, содержащими пищеварительные ферменты (амилазу, липазу, трипсин), такими как панкреатин, мезим, креон, панцитрат. **В период обострения противопоказаны ферменты, содержащие желчь (фестал, дигестал и др.)**



30 драже

Панзинорм форте драже

Пищеварительное
ферментное
средство

 Nordmark

 KRKA



НОВИНКА

30 таблеток

Панзинорм форте-Н

таблетки покрытые
пленочной оболочкой

Пищеварительное
ферментное средство

 Nordmark

 KRKA

Патогенетическая терапия в фазу ремиссии

- нормализация желудочной секреции,
- устранение дискинезии желчных путей,
- стимуляция репаративных процессов в поджелудочной железе (механически и химически умеренно щадящая диета с ограничением жиров и повышенным содержанием белка).
- химическое щажение состоит в исключении острых блюд, жареного, бульонов, ограничении поваренной соли и жиров. Исключаются грубая клетчатка (капуста, сырые яблоки, апельсины).

Патогенетическая терапия в фазу ремиссии

- На фоне высокобелковой диеты для улучшения белкового обмена - анаболические стероидные препараты (ретаболил по 1 мл 1 раз в 7 дней либо метандростенолон по 5 мг 2 раза в день в течение 2-3 нед. и затем 2-3 мес. по 5 мг в день).
- анаболические нестероидные препараты: пентоксил по 0,2 г 3 раза в день, метилурацил по 0,5 г 3 раза в день в течение 1 мес.
- С целью коррекции дефицита витаминов, парентерально - аскорбиновая кислота, витамины группы В, поливитамины (кроме витамина С), включающие обязательно В₂, А, Е.

Лечение

ПЕНЗИТАЛ

Комплекс ферментов поджелудочной железы

ЭФФЕКТИВЕН ПРИ

➤ Недостаточности
внешнесекреторной
функции
поджелудочной
железы

➤ Хронических воспалительно-
дистрофических заболеваниях
желудка, кишечника, печени,
желчного пузыря

➤ Нарушения переваривания
пищи в случае погрешностей
в питании у лиц с нормальной
функцией желудочно-
кишечного тракта



Рег. удостоверение: П №014636/01-2002

ПЕНЗИТАЛ

Комплекс ферментов поджелудочной железы



Рег. удостоверение П №014636/01-2002



защита таблетки специальной оболочкой от агрессивного воздействия кислой среды желудка



быстрое высвобождение ферментов в верхних отделах тонкого кишечника

отсутствие желчных кислот в составе препарата
(желчные кислоты вызывают усиление секреции поджелудочной железы, холегенную диарею)

ПЕНЗИТАЛ

Форма выпуска: по 30 и 100 таблеток в упаковке

Лекарственная форма: таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой

Состав: каждая таблетка содержит:

Панкреатина 212,5 мг с энзимной активностью:
липазы 6000 ЕД FIP
амилазы 4500 ЕД FIP
протеазы 300 ЕД FIP

Фармакологические свойства:

Компенсирует недостаточность внешнесекреторной функции поджелудочной железы. Входящие в состав панкреатина ферменты: липаза, альфа-амилаза, трипсин, химотрипсин облегчают переваривание жиров, углеводов и белков, что способствует их более полному всасыванию в тонком кишечнике.

Трипсин ингибирует стимулированную секрецию поджелудочной железы, оказывая анальгетическое действие.

Панкреатические ферменты высвобождаются из лекарственной формы в щелочной среде тонкого кишечника, т.к. защищены от действия желудочного сока оболочкой.

Показания к применению:

- Недостаточность внешнесекреторной функции поджелудочной железы (хр.панкреатит, панкреатэктомия, состояние после лучевой терапии, диспепсия, гастрокардиальный синдром, метеоризм, диарея неинфекционного генеза, муковисцидоз и др.).
- Хронические воспалительно-дистрофические заболевания желудка, кишечника, печени, желчного пузыря; состояния после резекции или облучения этих органов, сопровождающиеся нарушениями переваривания пищи.
- Для улучшения переваривания пищи у лиц с нормальной функцией желудочно-кишечного тракта в случае погрешностей в питании (употребление жирной пищи, большого количества пищи, нерегулярное питание) и при нарушениях жевательной функции, малоподвижном образе жизни, длительной иммобилизации.
- Подготовка к рентгенологическому и ультразвуковому исследованию органов брюшной полости.

Противопоказания:

Повышенная чувствительность к компонентам препарата, острый панкреатит, обострение хронического панкреатита.

Побочное действие:

Аллергические реакции. Редко: диарея, запор, ощущение дискомфорта в области желудка, тошнота.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами:

При одновременном применении панкреатина с препаратами железа возможно снижение всасывания последних. Одновременное применение антацидных средств, содержащих кальция карбонат и/или магния гидроксид, может привести к снижению эффективности панкреатина.

Способ применения и дозы:

Препарат принимают во время или после еды, не разжевывая и запивая нещелочной жидкостью (вода, фруктовые соки).

Доза определяется индивидуально, в зависимости от степени нарушения пищеварения.

Взрослые обычно - по 1-2 таблетки 3 раза в сутки.

У детей препарат применяется по назначению врача.

Продолжительность лечения может варьировать от нескольких дней (при нарушении процесса пищеварения вследствие погрешностей в диете) до нескольких месяцев или лет (при необходимости постоянной заместительной терапии).

ПЕНЗИТАЛ - ЭФФЕКТИВНОЕ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ ПИЩЕВАРЕНИЯ

ПЕНЗИТАЛ - ЭФФЕКТИВНОЕ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Профилактика и прогноз

- Полный отказ от алкоголя, своевременное лечение заболеваний желчных путей, желудка и 12-перстной кишки, кишечника, правильное питание (исключение грубых животных жиров, острых приправ).
- При соблюдении диеты, проведении противорецидивного лечения прогноз может быть благоприятным.

Санаторно-курортное лечение

- Бальнеологические курорты в периоде ремиссии ХП
- Курорты:
 1. Красноусольский
 2. Юматово
 3. Ессентуки
 4. Трускавец
 5. Моршин

A dense field of daisies in various colors including purple, pink, white, and orange. The flowers are in full bloom, with bright yellow centers. The background is filled with green foliage. A white rectangular box with a blue border is centered horizontally across the middle of the image, containing the text "БЛАГОДАРИМ ЗА ВНИМАНИЕ!".

БЛАГОДАРИМ ЗА ВНИМАНИЕ!