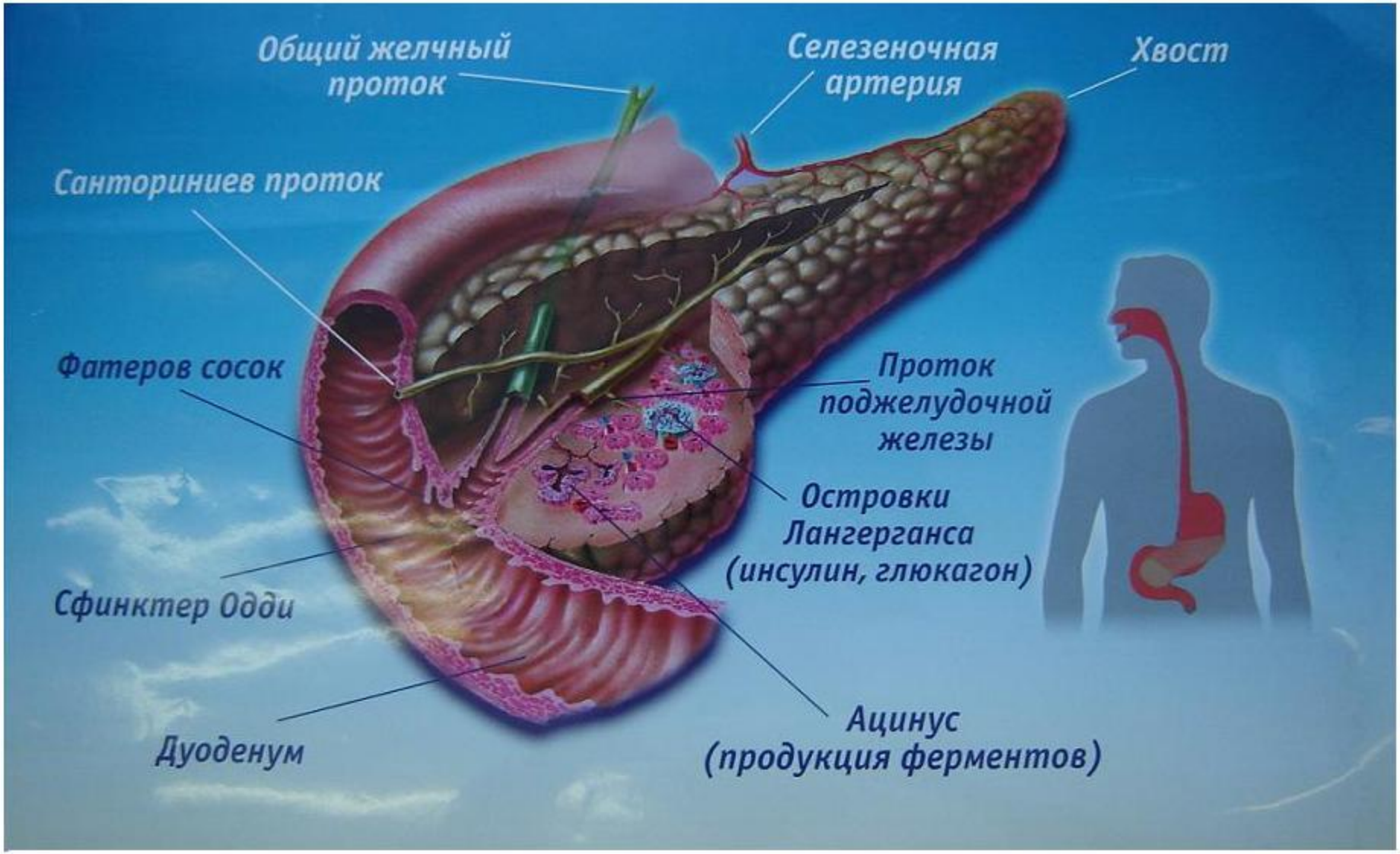
ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

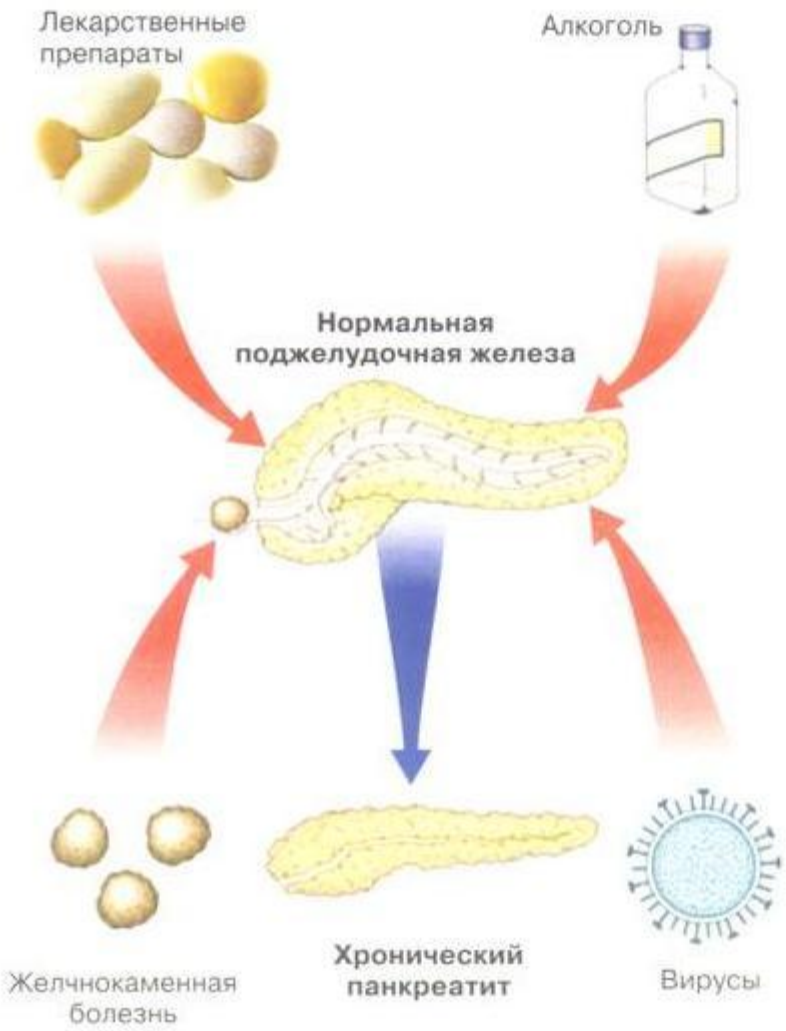


Поджелудочная железа

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

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).

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



Наследственность

Врожденные аномалии ПЖ

Гиперпаратиреоидизм

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
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

Поражение экзокринной части поджелудочной железы

Нарушения переваривания пищи

возникают проявления недостаточности липазы, которые проявляются нарушением всасывания жиров, жирорастворимых витаминов A, D, E и K

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

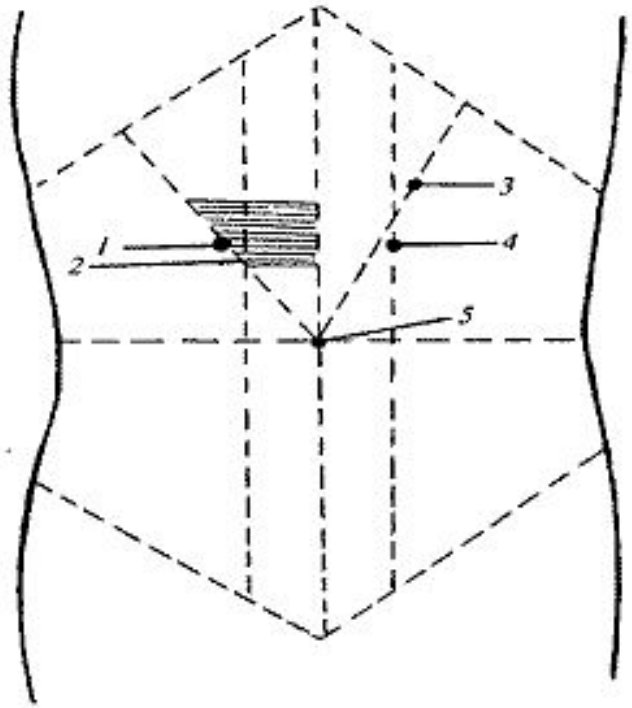
- Болевой
- Гипосекреторный
- Астеноневротический
- Латентный
- Сочетанный

Клиническая картина:

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

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

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



Проекция болевых точек на переднюю стенку живота при заболеваниях поджелудочной железы (схема)

1 — точка Дежардена;
2 — зона Шофарра;
3 — точка Мейо-Робсона;
4 — точка Кача;
5 — пупок.

Осложнения

- холестаз,
- инфекционные осложнения (воспалительные инфильтраты, гнойные холангиты, септические состояния),
- подпеченочная форма портальной гипертензии,
- эрозивный эзофагит, синдром Мэллори—Вейсса, гастродуоденальные язвы
- хроническая непроходимость двенадцатиперстной кишки,
- рак ПЖ и абдоминальный ишемический синдром.

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, ЛДГ$_3$, 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-панкреозиминовый тест**);

Лабораторная диагностика
(продолжение)

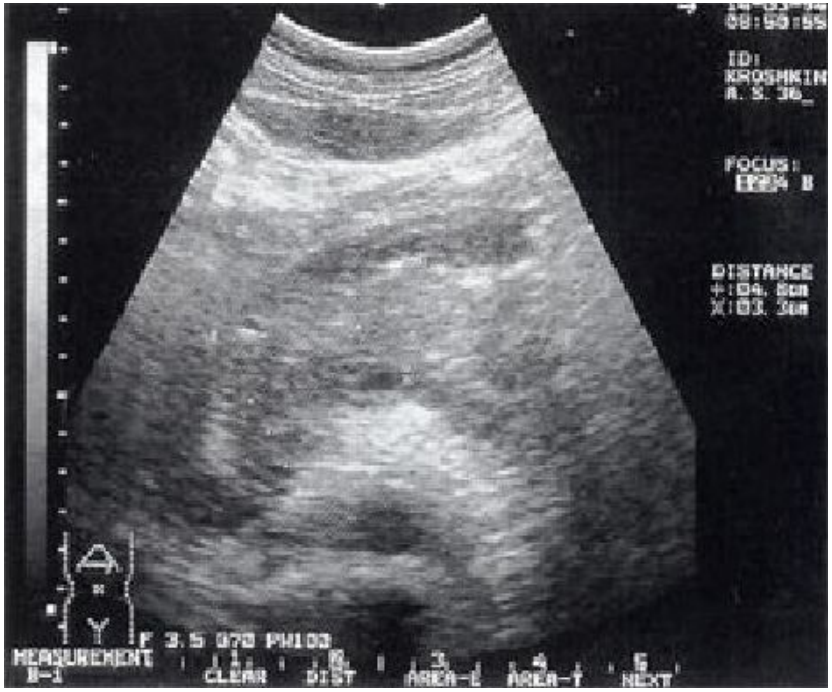
- непрямые тесты - исследование дуоденального содержимого после пищевой стимуляции (тест Лунда);
- пероральные тесты - проводят без канюлирования протока ПЖ или введения зонда (бентираминовый тест - ПАБК – тест); флюоресцеиндилауратный или панкреатолауриловый тест; дыхательные тесты с субстратом, меченным радиоизотопами), двойной тест Шиллинга (субстрат–комплекс [58Co] витамин B12 - R-белок, контрольное вещества - _[57Co] витамин B12 - внутренний фактор Кастла; [58Co] /_[57Co] – низкое.
- метод определения панкреатических ферментов в кале (трипсин, химотрипсин, эластаза, липаза). Чувствительность и специфичность эластазного теста у больных с экзокринной панкреатической недостаточностью тяжелой и средней степени приближаются к таковым секретин –панкреозиминового теста. При легкой степени - чувствительность метода - 63%.

Методы визуализации в диагностике хронического панкреатита

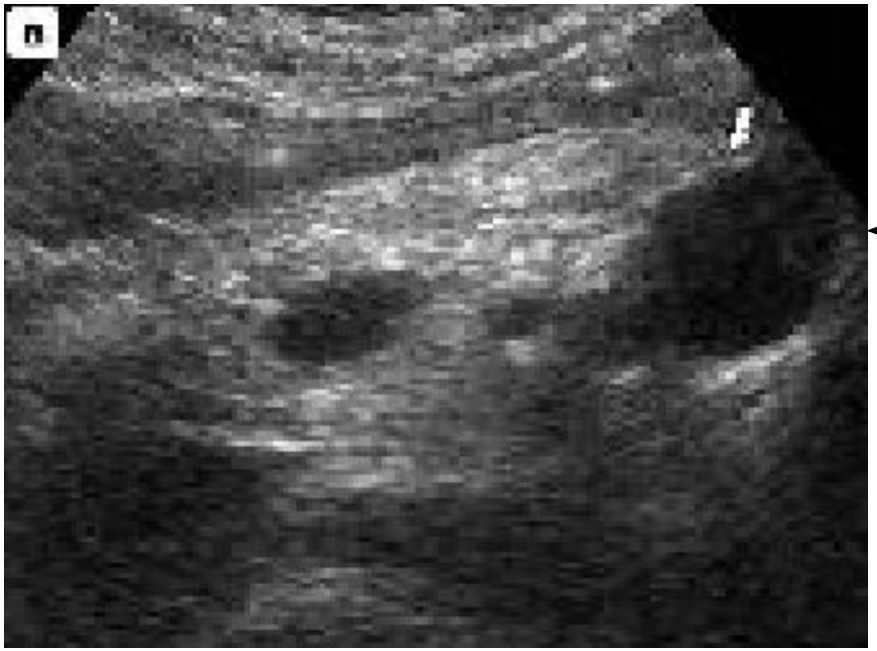
- Рентгенография области ПЖ
- Трансабдоминальное УЗИ (расширение протоков, псевдокисты, кальцификация, расширение общего желчного протока, воротной, селезеночной вены, асцит)
- Эндоскопическое УЗИ
- ЭРХПГ (изменение структуры протоков, псевдокисты)
- Компьютерная томография (с внутривенным контрастированием)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

УЗИ

SA9900
General
#86 / 10.0cm MI 0.6
EC4-9ES / Gen TI 0.2
09:16:34 am
[2D] G50 / 80dB
FA2 / P90
Normal pancreas


ID:
FOCUS:
DISTANCE
MEASUREMENT
CLEAR
DIST
AREA-E
AREA-T
NEXT

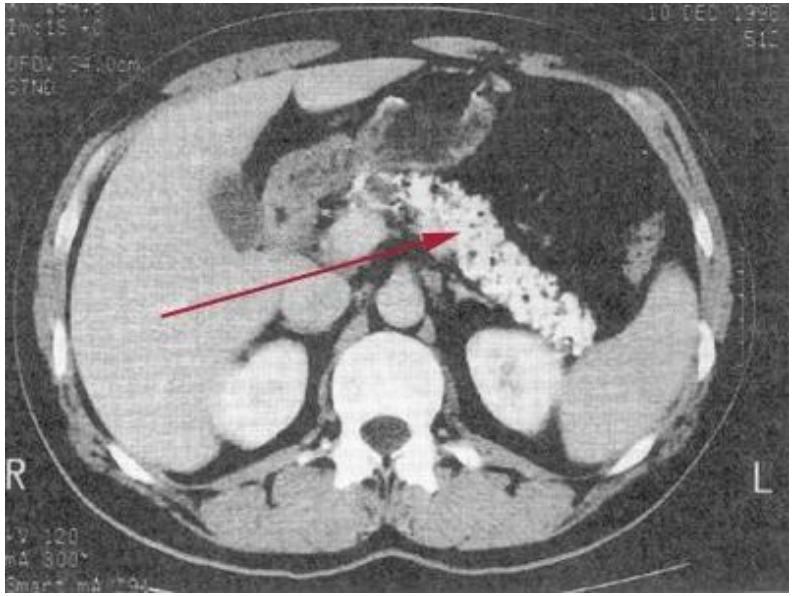
Киста поджелудочной железы



Киста ПЖ

К Т

Нормальная поджелудочная железа



Кальцинаты

Лечение

- отказ от употребления алкоголя
- соблюдение диеты с низким содержанием жира (до 50-75 г/сут) и частым приемом небольших количеств пищи
- купирование боли
- ферментная заместительная терапия
- борьба с витаминной недостаточностью
- лечение эндокринных нарушений

Лечение приступа хронического панкреатита

- внутривенное введение растворов электролитов и коллоидов, свежезамороженной плазмы или альбумина
- голодная диета
- анальгезия
- аспирация содержимого желудка через назогастральный зонд.
- препараты пищеварительных ферментов (креон)
- гепарин, плазма, антагонист тромбоцит-активирующего фактора лексипафант (60-100 мг/сут)
- хирургическое лечение обструктивного панкреатита (папиллосфинктеротомия, дилатация или стентирование панкреатического протока).

Длительная терапия при ХП

I. **Купирование хронической боли**

1. спазмолитики и холиноблокаторы (дюспаталин, папаверина гидрохлорид в/в или в/м 2 мл 2% раствора 2 – 4 раза в сутки, платифиллин в/в или в/м 4мг 1 – 2 раза в сутки)
2. ненаркотические анальгетики: парацетамол, трамадол (до 800 мг/сут и более)
3. антидепрессанты (амитриптиллин внутрь 75 – 150 мг в сутки)
4. наркотические препараты (промедол)

- панкреатические ферменты в больших дозах (креон, мезим)

- блокаторы Н2–рецепторов гистамина (фамотидин 20 мг 2 раза в сутки) или ингибиторы протонного насоса: омепразол 20мг 2 раза в сутки (или эзомепразол или рабепразол в этой же дозе) или лансопразол (30 мг 1 раз в сутки
- октреотид
- хирургическое лечение (латеральная панкреатоеюностомия, дистальная панкреатэктомия, операция Уиппла)
- эндоскопическое лечение (дренирование псевдокист, невролиз солнечного сплетения)

Длительная терапия при ХП
(продолжение)

II. Купирование внешнесекреторной панкреатической недостаточности:

препараты экстрактов поджелудочной железы (креон)

антациды за 30 мин до и через 1 ч после еды или антисекреторных препаратов (Н2-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.

III. Лечение эндокринных нарушений при ХП