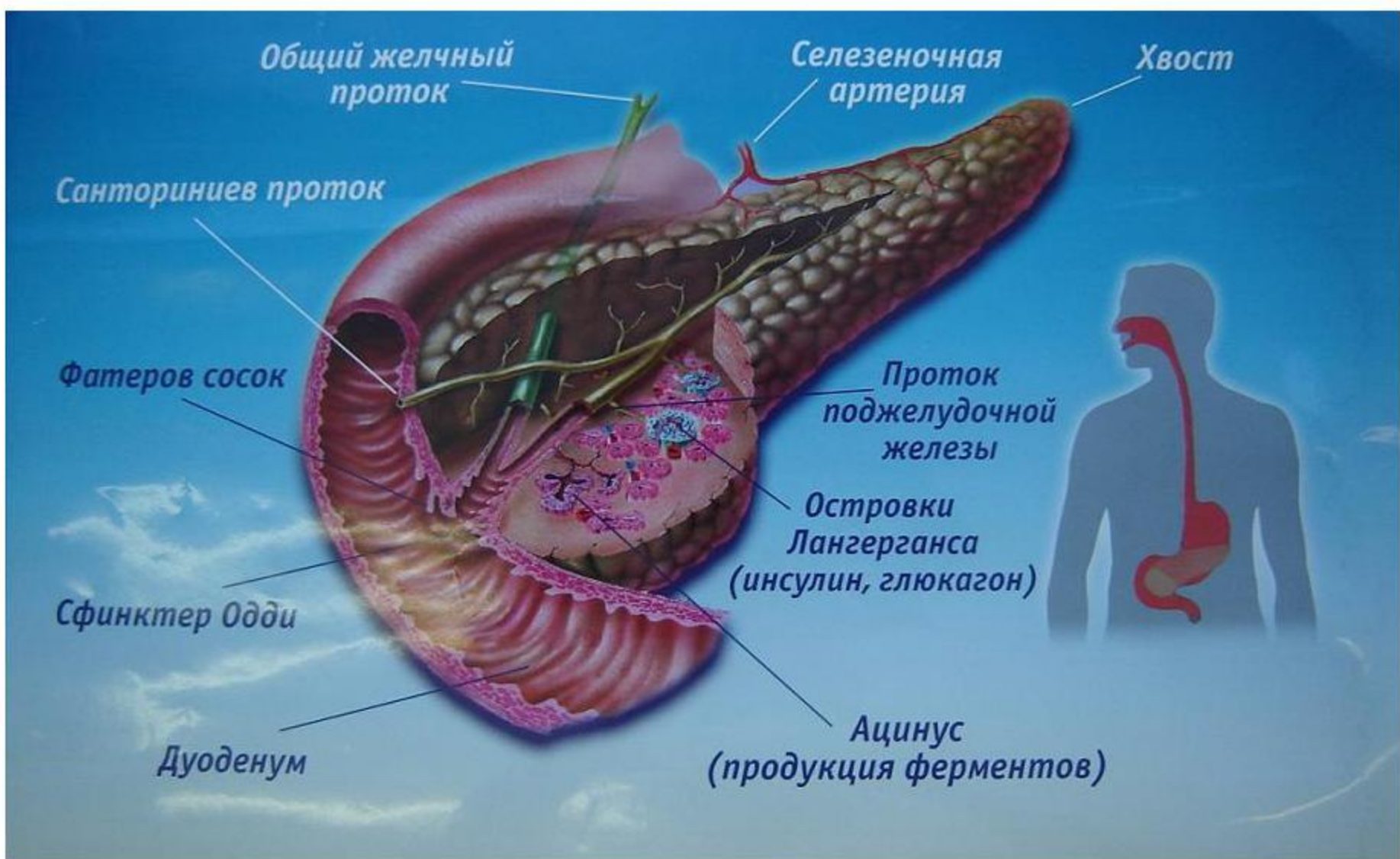


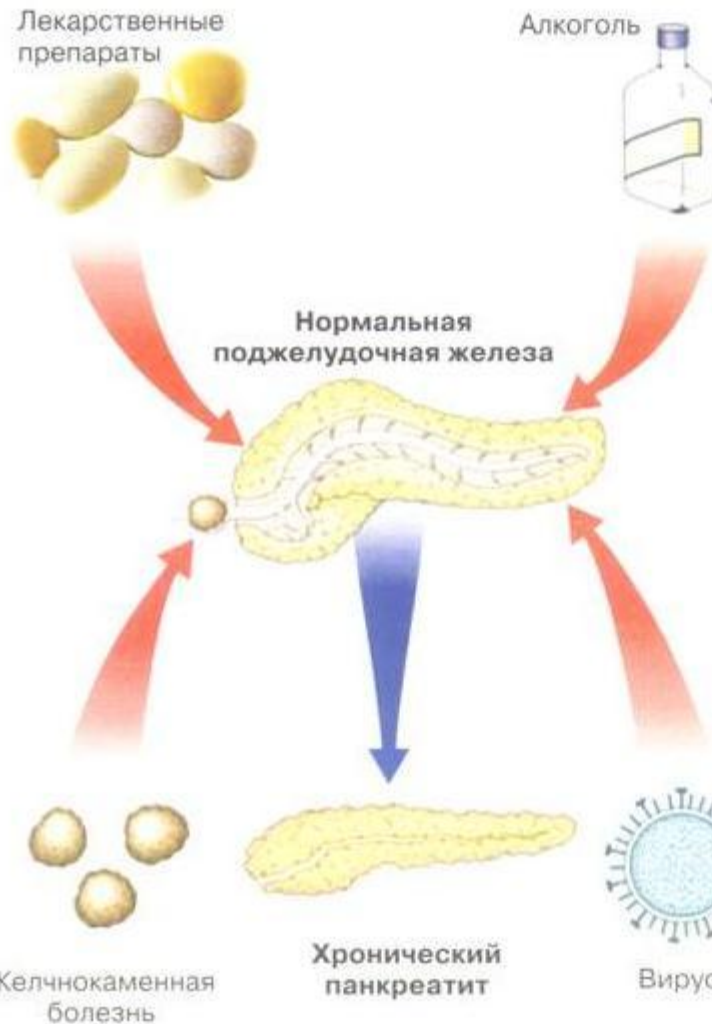
ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ



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

Гиперпаратиреозидизм

Врожденные аномалии ПЖ

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

```
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

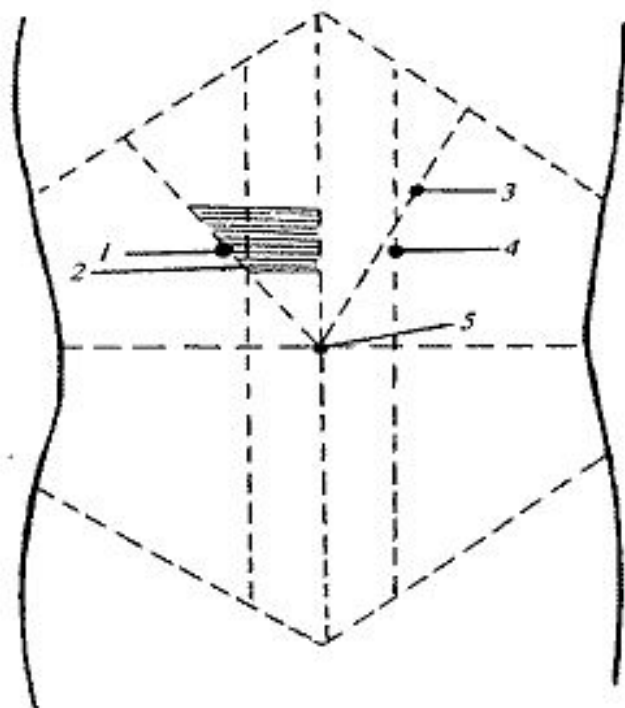
- Болевой
- Гипосекреторный
- Астеноневротический
- Латентный
- Сочетанный

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)

- **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

- холестааз,
- 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, 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-панкреозимин-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, меченым 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 ^{99m}Tc или ^{111}In

УЗИ



Киста поджелудочной железы



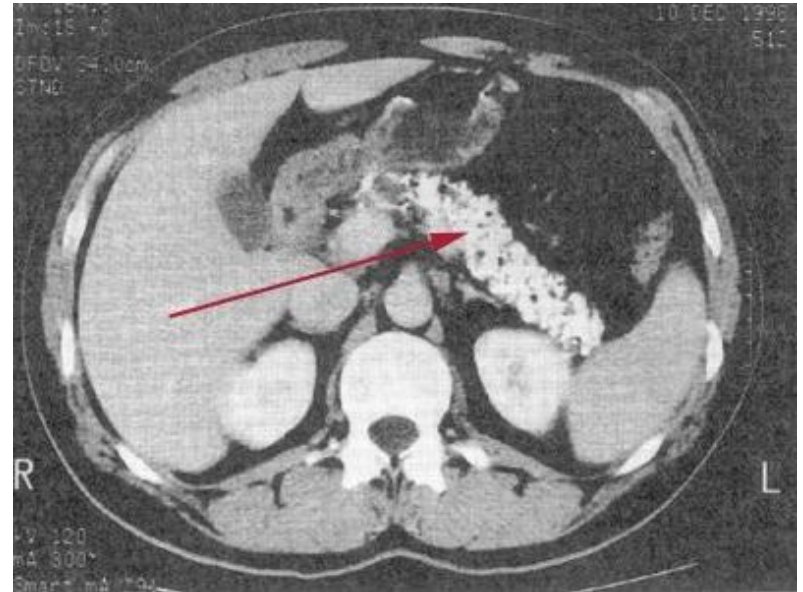
Киста ПЖ

КТ





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

1. 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 H₂–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 (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.

III. Лечение эндокринных нарушений при ХП