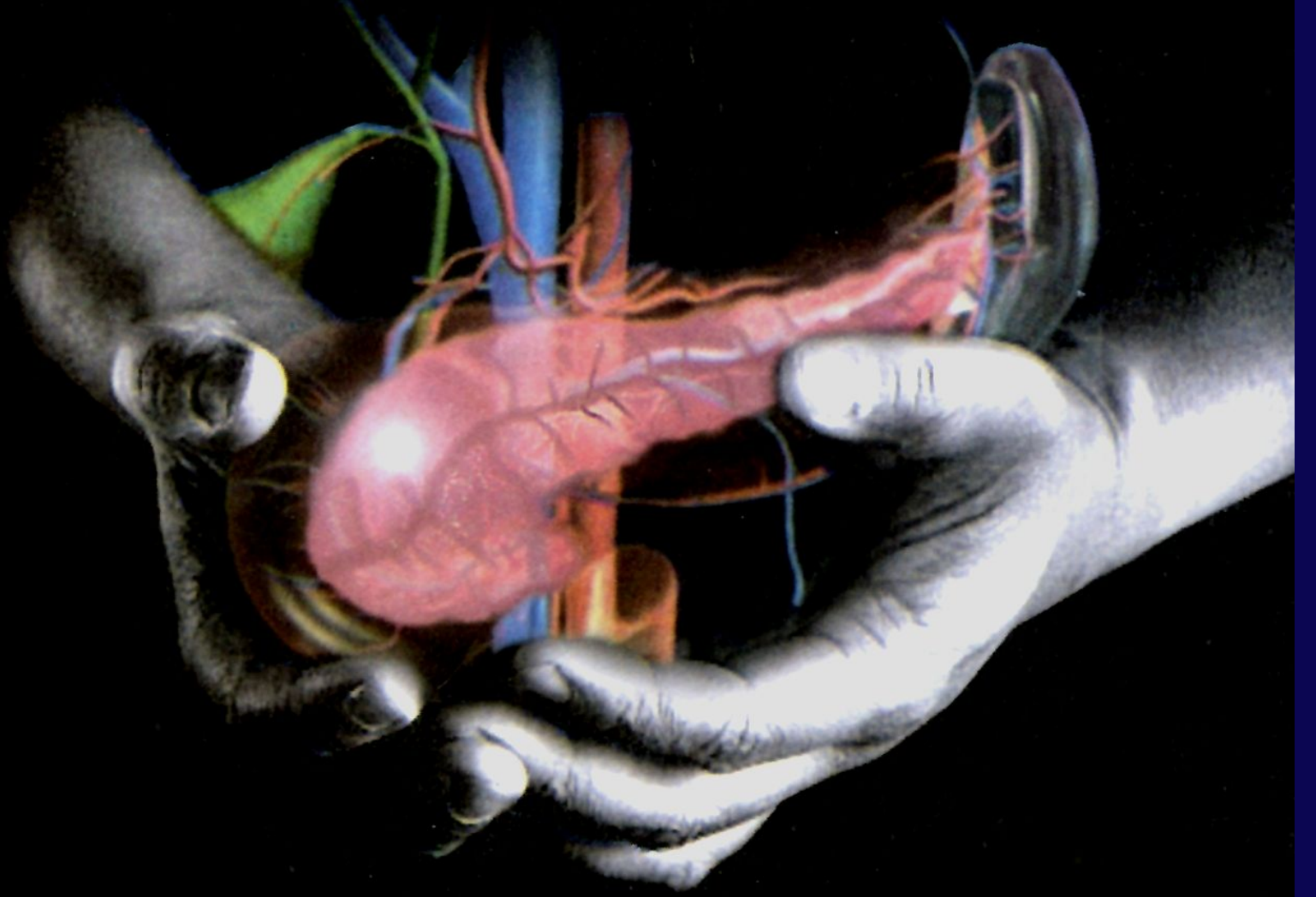


ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ





ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ –

Хронический панкреатит (ХП) – прогрессирующий воспалительный процесс поджелудочной железы, который приводит к постепенному замещению паренхимы органа соединительной тканью, изменениям в протоковой системе поджелудочной железы с образованием кист и конкрементов, к развитию недостаточности экзокринной и эндокринной функций железы.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА (ХП)

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ:

4-8 случаев на 100 тыс. населения в год

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

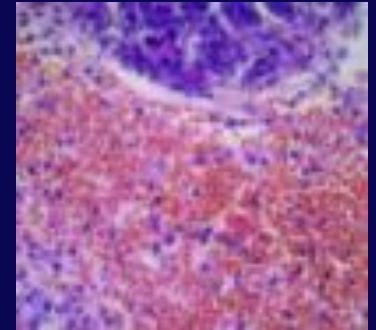
В ЕВРОПЕ:

25 случаев на 100 тыс. населения

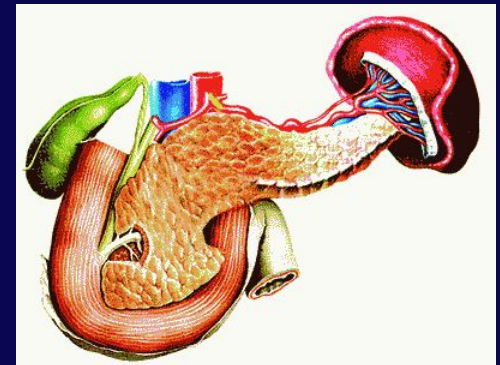
**В Германии – более 20 тыс. больных,
В России – более 60 тыс. таких больных**

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА (ХП)

*За последние 30 лет число
больных панкреатитами
возросло в 2 раза*



*Первичная инвалидизация
достигает 15%!*



ЭТИОЛОГИЯ ХП

- Злоупотребление алкоголем
- Систематическое употребление жирной пищи
- Некоторые лекарства (азатиоприн, гипотиазид, сульфаниламиды, тетрациклин и др.)
- Дефицит белка в пище
- Наследственность
- Ишемия поджелудочной железы в результате коллагенозов, АГ, атеросклероза
- Идиопатический

АЛКОГОЛЬ И ПАНКРЕАТИТЫ

- ❑ Опасные дозы – 80-160 мл этанола (200-400 мл водки) в сутки
- ❑ Очень опасные дозы – более 160 мл этанола (400 мл водки) в сутки
- ❑ Опасная доза для поджелудочной железы в 2 раза меньше, чем для печени
- ❑ Гепатопанкреотоксическая доза этанола у женщин в 2 раза меньше, чем у мужчин

Суммарное потребление алкоголя в неделю (безопасные дозы) не должно превышать 210 мл этанола (530 мл водки)

ПАТОГЕНЕЗ ГИПЕРФЕРМЕНТЕМИЧЕСКИХ ПАНКРЕАТИТОВ

ПРИЕМ ЭТАНОЛА



Спазм сфинктера Одди



Внутрипротоковая гипертензия



Проникновение панкреатических ферментов через стенку протоков



**Активация ферментов
лизосомальными гидролазами**



Аутолиз ткани поджелудочной железы

ПАТОГЕНЕЗ ГИПЕРФЕРМЕНТЕМИЧЕСКИХ ПАНКРЕАТИТОВ

ПРИЕМ ЭТАНОЛА

**Нарушение синтеза
фосфолипидов
клеточных мембран**

**Повышение
проницаемости
клеточных мембран**

**Подавление
биоэнергетических
процессов в клетках**

**Образование
уксусного
альдегида**

**Токсическое
действие на клетки**

**СНИЖЕНИЕ УСТОЙЧИВОСТИ КЛЕТОК
К ПОВРЕЖДАЮЩИМ ВЛИЯНИЯМ**



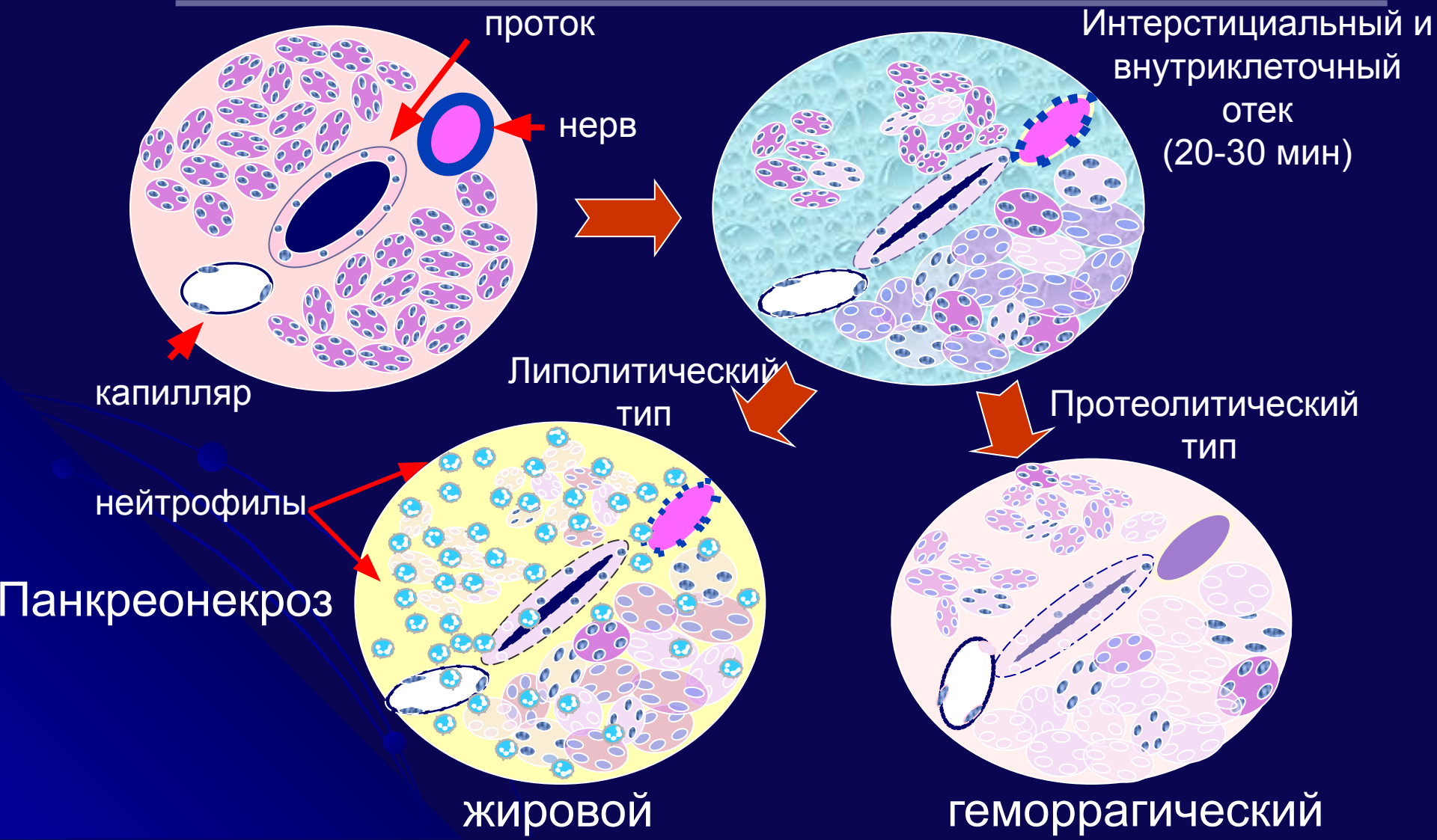
ПАТОГЕНЕЗ ГИПЕРФЕРМЕНТЕМИЧЕСКИХ ПАНКРЕАТИТОВ



ПАТОГЕНЕЗ ГИПЕРФЕРМЕНТЕМИЧЕСКИХ ПАНКРЕАТИТОВ



Патогенетические механизмы прогрессирования панкреатита



КЛАССИФИКАЦИЯ ХП

(Я.С. Циммерман, 1995)

I. ПО ЭТИОЛОГИИ:

1. ПЕРВИЧНЫЙ:

- алкогольный хронический панкреатит
- при квашиоркоре
(хроническом дефиците белка в пище)
- наследственный («семейный»)
- лекарственный
- ишемический

КЛАССИФИКАЦИЯ ХП

(Я.С. Циммерман, 1995)

I. ПО ЭТИОЛОГИИ:

2. ВТОРИЧНЫЙ:

- при билиарной патологии (холепанкреатит)
- при хроническом активном гепатите и циррозе печени
- при дуоденальной патологии
- при паразитарной инвазии (описторхоз и др.)
- при гиперпаратиреозидизме (аденома или рак паращитовидных желез)
- при муковисцидозе

КЛАССИФИКАЦИЯ ХП

(Я.С. Циммерман, 1995)

1. ПО ЭТИОЛОГИИ:

2. ВТОРИЧНЫЙ:

- при гемохроматозе
- при эпидемическом паротите
- при болезни Крона и неспецифическом язвенном колите
- при аллергических заболеваниях («иммуногенный ХП»)

3. ИДИОПАТИЧЕСКИЙ

КЛАССИФИКАЦИЯ ХП

(Я.С. Циммерман, 1995)

II. ПО КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ

1. БОЛЕВОЙ:

- с рецидивирующей болью
- с постоянной (монотонной) умеренной болью

2. ПСЕВДОТУМОРОЗНЫЙ:

- с холестазом
- с дуоденальной непроходимостью

3. ЛАТЕНТНЫЙ (безболевой)

4. СОЧЕТАННЫЙ

КЛАССИФИКАЦИЯ ХП

(Я.С. Циммерман, 1995)

III. ПО МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ

1. КАЛЬЦИФИЦИРУЮЩИЙ

2. ОБСТРУКТИВНЫЙ

3. ИНФИЛЬТРАТИВНО-ФИБРОЗНЫЙ
(воспалительный)

4. ИНДУРАТИВНЫЙ
(фиброзно-склеротический)

КЛАССИФИКАЦИЯ ХП

(Я.С. Циммерман, 1995)

IV. ПО ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ

1. С НАРУШЕНИЕМ ВНЕШНЕЙ СЕКРЕЦИИ ПЖ

- гиперсекреторный тип
- гипосекреторный тип
(компенсированный, декомпенсированный)
- обтурационный тип
- дуктулярный тип

КЛАССИФИКАЦИЯ ХП

(Я.С. Циммерман, 1995)

IV. ПО ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ

2. С НАРУШЕНИЕМ ИНКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПЖ

- гиперинсулинизм
- гипофункция инсулярного аппарата
(панкреатический сахарный диабет)

V. ПО ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ:

- 1. ЛЁГКОЕ*
- 2. СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ*
- 3. ТЯЖЁЛОЕ*

КЛАССИФИКАЦИЯ ХП

(Я.С. Циммерман, 1995)

VI. ПО ОСЛОЖНЕНИЯМ

1. РАННИЕ

- механическая желтуха
- портальная гипертензия
(подпеченочная форма)
- кишечные кровотечения
- ретенционные кисты и псевдокисты

КЛАССИФИКАЦИЯ ХП

(Я.С. Циммерман, 1995)

VI. ПО ОСЛОЖНЕНИЯМ

2. ПОЗДНИЕ

- стеаторея, другие признаки мальдигестии и мальабсорбции
- дуоденальный стеноз
- энцефалопатия
- анемия
- локальные инфекции
- артериопатии нижних конечностей
- остеомалыции

Пример 1. Псевдотуморозная форма ХП, симулирующая рак ПЖ.

■ Больной К., 32 лет. 25.04.93 г. поступил в ГКБ с жалобами на опоясывающие боли в верхних отделах живота, особенно выраженные в ночное время. Боли беспокоили в течение месяца, связывает их появление с погрешностью в еде с употреблением алкоголя, похудел на 5 кг. Заподозрен рак ПЖ, что подтвердилось результатами КТ. Установлен диагноз: Рак головки ПЖ.



КТ – объемное образование головки ПЖ 4,5 x 4,2 см

■ 3.05.93 г. оперирован. На операции обнаружена плотная, бугристая опухоль 4x3x4 см головки ПЖ. В парапанкреатической клетчатке множественные лимфатические узлы увеличенные до 1,5 см (метастазы?). Случай признан неоперабельным, взята биопсия. При гистологическом исследовании парапанкреатической клетчатки и лимфатических узлов опухолевых клеток не выявлено. Послеоперационный диагноз: **Рак головки ПЖ 3 ст. с метастазами в региональные лимфатические узлы.**

■ Из-за продолжающихся выраженных опоясывающих болей начаты инъекции наркотиков. На фоне прогрессирующего заболевания 9.07.93 г. наступила смерть больного.

■ На вскрытии гиперпластический процесс с множественными мелкими псевдокистами в зоне головки ПЖ. Данных за опухоль не получено.

Пример 2. Хронический алкогольный панкреатит; кальциноз ПЖ; панкреанекроз с образованием псевдокисты

■ Больной Щ., 32 лет, бизнесмен. В 1999 году отдыхал на курорте в Египте. Перенес первый приступ опоясывающих болей, сопровождающаяся рвотой и повышением температуры тела. При обследовании диастаза мочи 560 ед. Диагностирован острый панкреатит. Развитие приступа связывает с тем, что выпил холодного шампанского.

■ В дальнейшем перенес 6 подобных приступов. Последний приступ в май 2006 г. Протекал крайне тяжело, осложнялся панкреанекрозом, ставился вопрос об операции. После длительного консервативного лечения признаки обострения стихли. В июле 2006 г разобран на занятие со слушателями. При расспросе больного выяснилось, что в течение 10 лет регулярно, почти ежедневно, принимал алкоголь в небольших дозах, переносил хорошо, Приступы острого панкреатита возникали после алкогольных эксцессов. С больным проведена беседа, объяснена необходимость строгого запрета употребления алкоголя.



На КТ виден кальциноз ПЖ
и псевдокиста головки ПЖ

■ Повторно осмотрен 2 недели назад. Полностью отказался от алкоголя. С мая 2006 года жалоб не предъявлял. Ведет активный образ жизни.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПАНКРЕАТИЧЕСКАЯ БОЛЬ

- АТАКА ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА СОПРОВОЖДАЕТСЯ ИНТЕНСИВНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ
- Боль может иметь различную интенсивность, но чаще - выраженную
- Независимо от уровня интенсивности боль необходимо купировать в кратчайшие сроки



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ

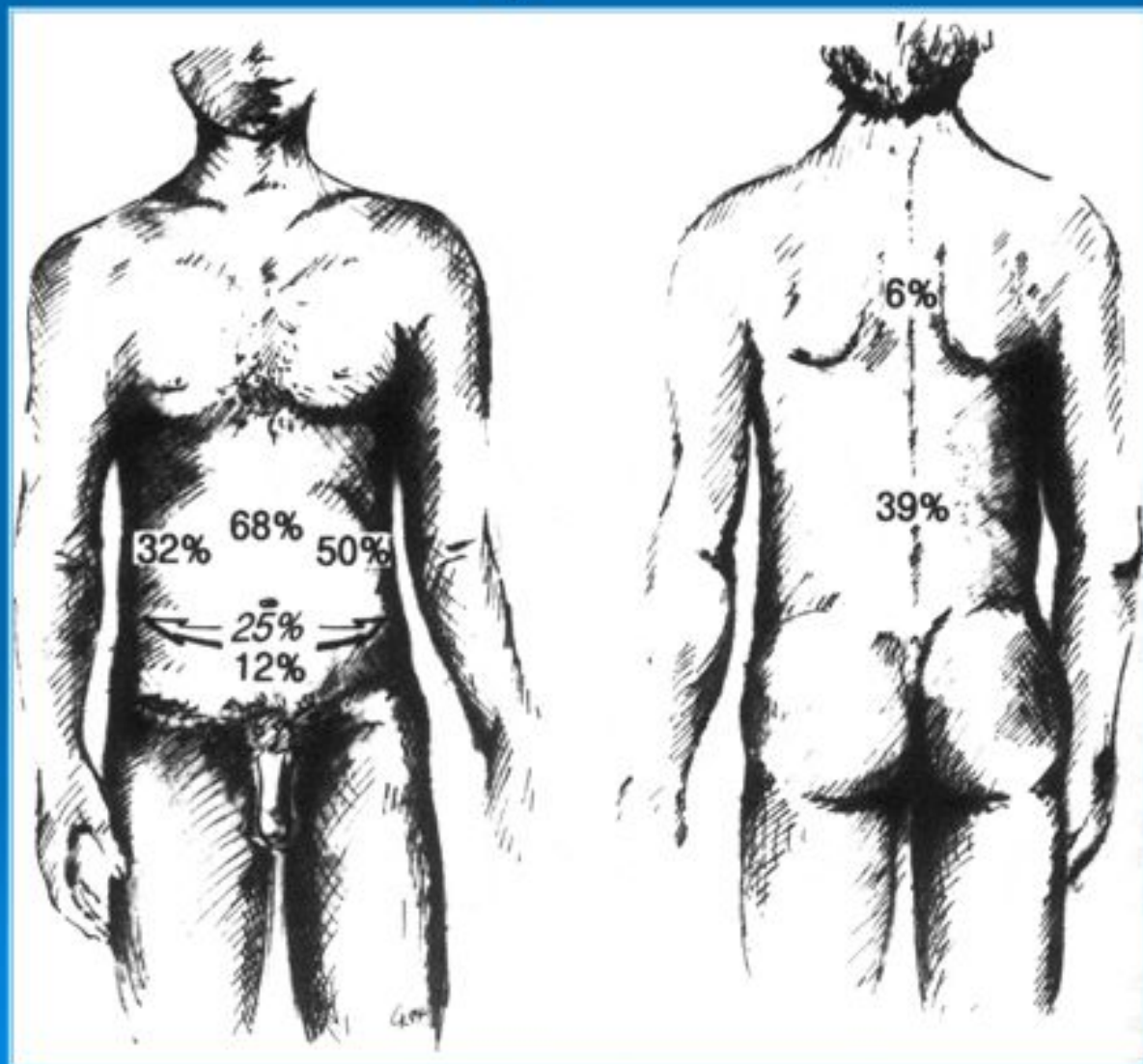
ЛОКАЛИЗАЦИЯ:

- ❑ Левое подреберье, иногда – «высокие» боли в нижних отделах левой половины грудной клетки
- ❑ При присоединении вторичного энтерита в результате экзокринной недостаточности ПЖ – могут доминировать боли в околопупочной области

ИРРАДИАЦИЯ:

- ❑ В левую половину грудной клетки сзади, левую половину поясницы (левый полупояс, полный пояс)
- ❑ Влево и вверх (в левую руку, ключицу, под левую лопатку, за грудину, в прекардиальную область, левую половину нижней челюсти)

Локализация боли при хроническом панкреатите



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ:

- ❑ Приступообразные длительностью от нескольких часов до 2-3-х суток, постоянными с приступообразным усилением или постоянными

ИНТЕНСИВНОСТЬ:

- ❑ При гиперферментных панкреатитах очень сильные, при остром панкреатите возможен болевой шок
- ❑ При алкогольном ХРП боли менее интенсивны (анальгезия и эйфория, вызванные действием этанола)
- ❑ При гипоферментном боли уменьшаются, вплоть до их полного исчезновения

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ

ХАРАКТЕР БОЛЕЙ:

- ❑ Различен (ноющие, режущие, пекущие, жгучие и т.д.

УСЛОВИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ:

- ❑ Обычно возникают или усиливаются через 30-40 минут после еды, иногда – «ночные боли», как при ЯБ 12-ти перстной кишки
- ❑ Боли провоцируются обильной жирной, жареной, острой пищей, копченостями, свежими овощами, фруктами, газированными напитками
- ❑ Прием алкоголя, сладостей, свежей выпечки также провоцирует усиление болей, что не характерно для других заболеваний ЖКТ

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

ДИСПЕПСИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

- Упорная тошнота
- Снижение или отсутствие аппетита
- Рвота (при ОП – многократная), не приносящая облегчения
- Отрыжка, реже – изжога

СИНДРОМ ЭКЗОКРИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

МАЛЬДИГЕСТИЯ И МАЛЬАБСОРБЦИЯ:

- Вздутие и урчание в животе, учащенный до 2-3 раз в сутки стул
- При гипоферментных панкреатитах «большой панкреатический стул» - обильный, зловонный, сероватого цвета, блестящий (за счет стеатореи), лиентерея (остатки непереваренной пищи)
- Похудание

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

ДИСПЕПСИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

- Упорная тошнота
- Снижение или отсутствие аппетита
- Рвота (при ОП – многократная), не приносящая облегчения
- Отрыжка, реже – изжога

СИНДРОМ ЭКЗОКРИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

МАЛЬДИГЕСТИЯ И МАЛЬАБСОРБЦИЯ:

- Гиповитаминоз (трещины в углах рта, сухость и шелушение кожи, кровоточивость десен, глоссит)
- Снижение тургора кожи, анемия, нарушение половой функции, артериальная гипотония
- Остеопороз, оссалгии (нарушение всасывания Ca^{2+})
- Вторичная экзокринная недостаточность ПЖ

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

ВТОРИЧНАЯ ЭКЗОКРИННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ – результат нарушения активации панкреатических ферментов

- **ГАСТРОГЕННАЯ** – дефицит пепсина, некомпенсированный панкреатическими протеазами
- **ГЕПАТОГЕННАЯ** – нарушение эмульгации жиров, недостаточная активация липазы и трипсиногена в результате дефицита желчных кислот
- **ЭНТЕРОГЕННАЯ** – нарушение моторики кишечника нарушает контакт химуса с ферментами, изменение pH в ДПК и тонком кишечнике (результат дисбиоза и др. причин) подавляет активацию ферментов ПЖ

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

- ❑ Пищевая и медикаментозная аллергия – крапивница, экзема, аллергические синусопатии
- ❑ Эозинофильные панкреатиты (в крови эозинофилия до 30-40%)

НАРУШЕНИЕ ПЕРЕВАРИВАНИЯ ПИЩИ



**ВСАСЫВАНИЕ «НЕДОРАСЩЕПЛЕННЫХ МОЛЕКУЛ»
С АНТИГЕННЫМИ СВОЙСТВАМИ**



РАЗВИТИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

СИНДРОМ ЭНДОКРИННЫХ НАРУШЕНИЙ

- В начальных стадиях – возможны явления гиперинсулинизма
 - чувство голода
 - дрожь в теле
 - слабость
 - холодный пот

- При фиброзе ПЖ – панкреатогенный СД

Гипергликемия при ОП и обострении ХП может быть обратимой, т.к. возникает из-за временного снижения секреции инсулина из-за действия трипсина и отека островков ПЖ, а также роста потребности в инсулине на фоне обострения заболевания

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

СИНДРОМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ И ФЕРМЕНТНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

- Возникает только при гиперферментных панкреатитах
- Проявляется:
 - общей слабостью
 - артериальной гипотонией (вплоть до коллапса при ОП)
 - потерей аппетита
 - лихорадкой
 - тахикардией
 - лейкоцитозом
 - ростом СОЭ

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

ПАРЕЗ КИШЕЧНИКА

- Возникает только на фоне ОП, при благоприятном течении благополучно разрешается
- При панкреонекрозе парез кишечника может переходить в паралитическую кишечную непроходимость

ТРОМБОГЕМОРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

- ДВС синдром – возникает в результате выраженного «уклонения» ферментов в кровь на фоне ОП или выраженного обострения ХП

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

СИНДРОМ СДАВЛЕНИЯ СОСЕДНИХ ОРГАНОВ

- желтуха
- дуоденостеноз с частичной механической кишечной непроходимостью (редко)
- спленомегалия (при тромбозе селезеночной вены)
- подпеченочная портальная гипертензия с панкреатическим асцитом и варикозом вен пищевода (при сдавлении портальной артерии)
- икота (при раздражении диафрагмального нерва)

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

СИНДРОМ «УКЛОНЕНИЯ» ФЕРМЕНТОВ В КРОВЬ

ПОПАДАНИЕ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ
ФЕРМЕНТОВ В КРОВЬ



АКТИВАЦИЯ ККС



НАРУШЕНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ

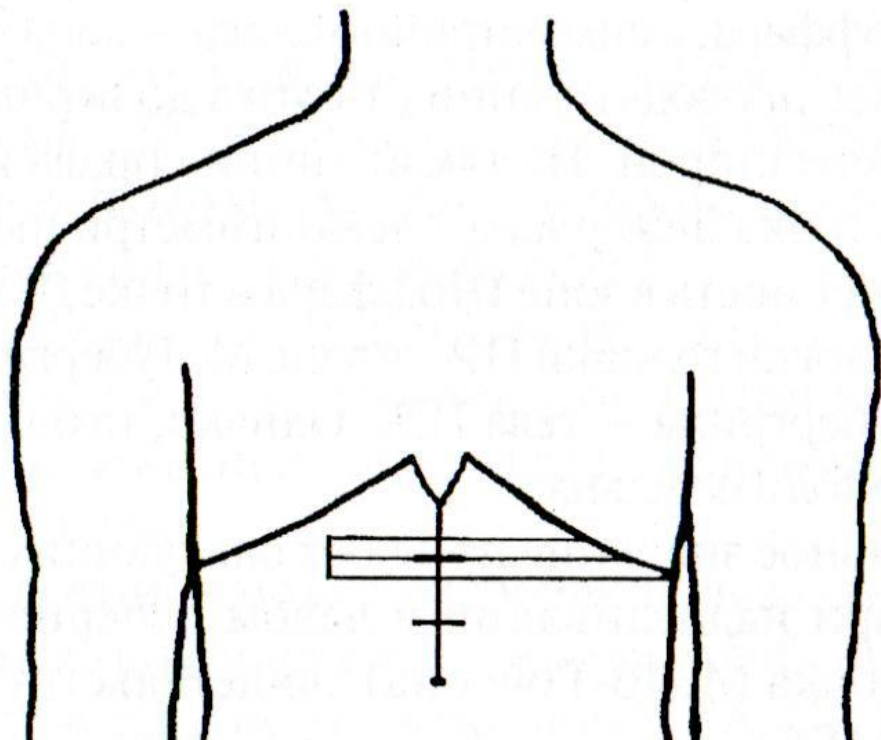


НАРУШЕНИЕ РАВНОВЕСИЯ МЕЖДУ
КОАГУЛЯЦИЕЙ И ФИБРИНОЛИЗОМ

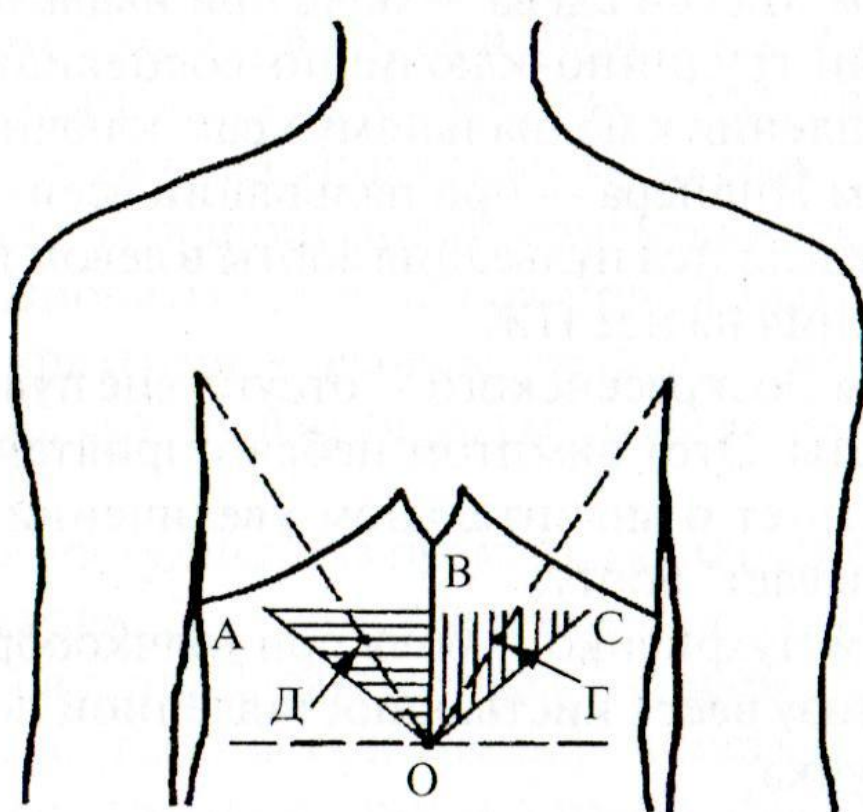
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

СИНДРОМ «УКЛОНЕНИЯ» ФЕРМЕНТОВ В КРОВЬ

- ❑ **общий цианоз**
- ❑ **с-м Холстеда** – участки цианоза на передней брюшной стенке
- ❑ **с-м Грея-Турнера** – цианоз боковых поверхностей живота
- ❑ **с-м Куллена** – цианоз околопупочной области
- ❑ **с-м Мондора** – фиолетовые пятна на лице и туловище
- ❑ **с-м Бальзера** – жировые некрозы п/к жировой клетчатки (по типу узловатой эритемы)
- ❑ **с-м Тужилина** (красных капелек) – сосудистые аневризмы на коже груди, спины, живота



Проекция ПЖ на брюшную стенку



АОВ – холедохопанкреатическая болевая зона Шоффара

СОВ – болевая зона М.Губергрица-Скульского

Д – болевая точка Дежардена

Г – болевая точка А.Губергрица

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

БОЛЕВЫЕ ЗОНЫ И ТОЧКИ НА БРЮШНОЙ СТЕНКЕ

ПАТОЛОГИЯ ГОЛОВКИ ПЖ

- ❑ зона Шоффара
- ❑ болевая точка Дежардена

ПАТОЛОГИЯ ТЕЛА ПЖ

- ❑ зона М.Губергрица-Скульского
- ❑ болевая точка А.Губергрица

**ДАННОЕ ДЕЛЕНИЕ УСЛОВНО
И ПРИБЛИЗИТЕЛЬНО!**

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

ОБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ

- ❑ Болезненность в левом реберно-позвоночном углу (точке Мейо-Робсона) – характерна для поражения хвоста ПЖ
- ❑ Симптом Мюсси слева – боль при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы в месте ее прикрепления к медиальному краю ключицы
- ❑ Симптом Воскресенского – отсутствие пульсации брюшной аорты (результат значительного увеличения ПЖ, прикрывающей аорту, прогностически неблагоприятный симптом)

ДИАГНОСТИКА

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ

- лейкоцитоз
- сдвиг в лейкоформуле влево
- ускорение СОЭ
- гипохромная анемия
- эозинофилия

ПРОТЕИНОГРАММА

- диспротеинемия
 - ↓ альбумин/глобулинового коэффициента
 - ↑ α_1 и α_2 глобулинов

Отдельные лабораторные прогностические показатели

лабораторные показатели

```
graph TD; A[лабораторные показатели] --> B[показатели тяжести воспалительных реакций]; A --> C[показатели активации ферментов ПЖ]; A --> D[показатели уклонения ферментов];
```

показатели тяжести воспалительных реакций

- Эластаза гранулоцитов
- ФНО- α
- Интерлейкин-6
- Интерлейкин-8
- С-реактивный белок

показатели активации ферментов ПЖ

- Ингибитор трипсина- α_1
- Белок активации трипсиногена
- Белок активации карбоксипептидазы В

показатели уклонения ферментов

- Трипсиноген 2
- Липаза
- Панкреатическая эластаза

ДИАГНОСТИКА

КОПРОГРАММА

- амилорея
- стеаторея
- креаторея

ИНДЕКС «УКЛОНЕНИЯ» ФЕРМЕНТОВ В КРОВЬ

Дебит час амилазы (трипсина или липазы) в ДПК

активность соответствующего фермента в моче

При обострении ХРП этот индекс снижается, даже если отдельные компоненты индекса остаются в пределах нормы!

ДИАГНОСТИКА

УЗИ

ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ ОП

- Увеличение ПЖ
(чаще тотальное, реже одного из отделов)
- Подчеркнутость контуров при слабом или умеренном отеке ПЖ
- При инфильтрации парапанкреатической клетчатки – «размытость» контуров
- Неравномерное снижение эхогенности ПЖ
- Неоднородная структура с возможным формированием кист
- Неравномерное расширение вирсунгова протока

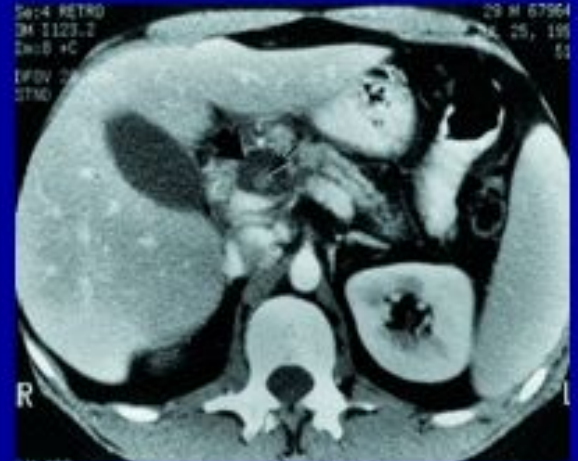
Методы инструментального исследования поджелудочной железы



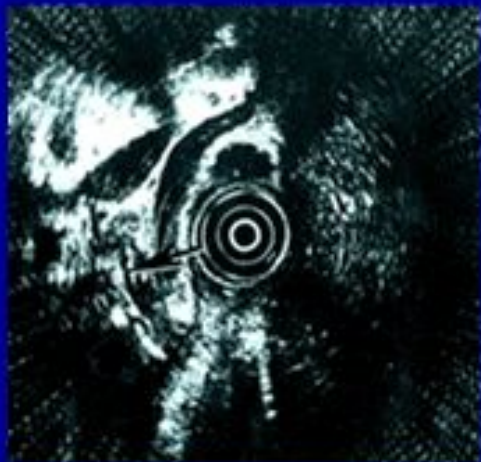
Обзорная R-грамма :
обызвествление в области ПЖ



КТ: кальцифицирующий
панкреатит



КТ: псевдокиста фиброзно
измененной ПЖ



Эндоскопическая сонография:
расширенный проток ПЖ

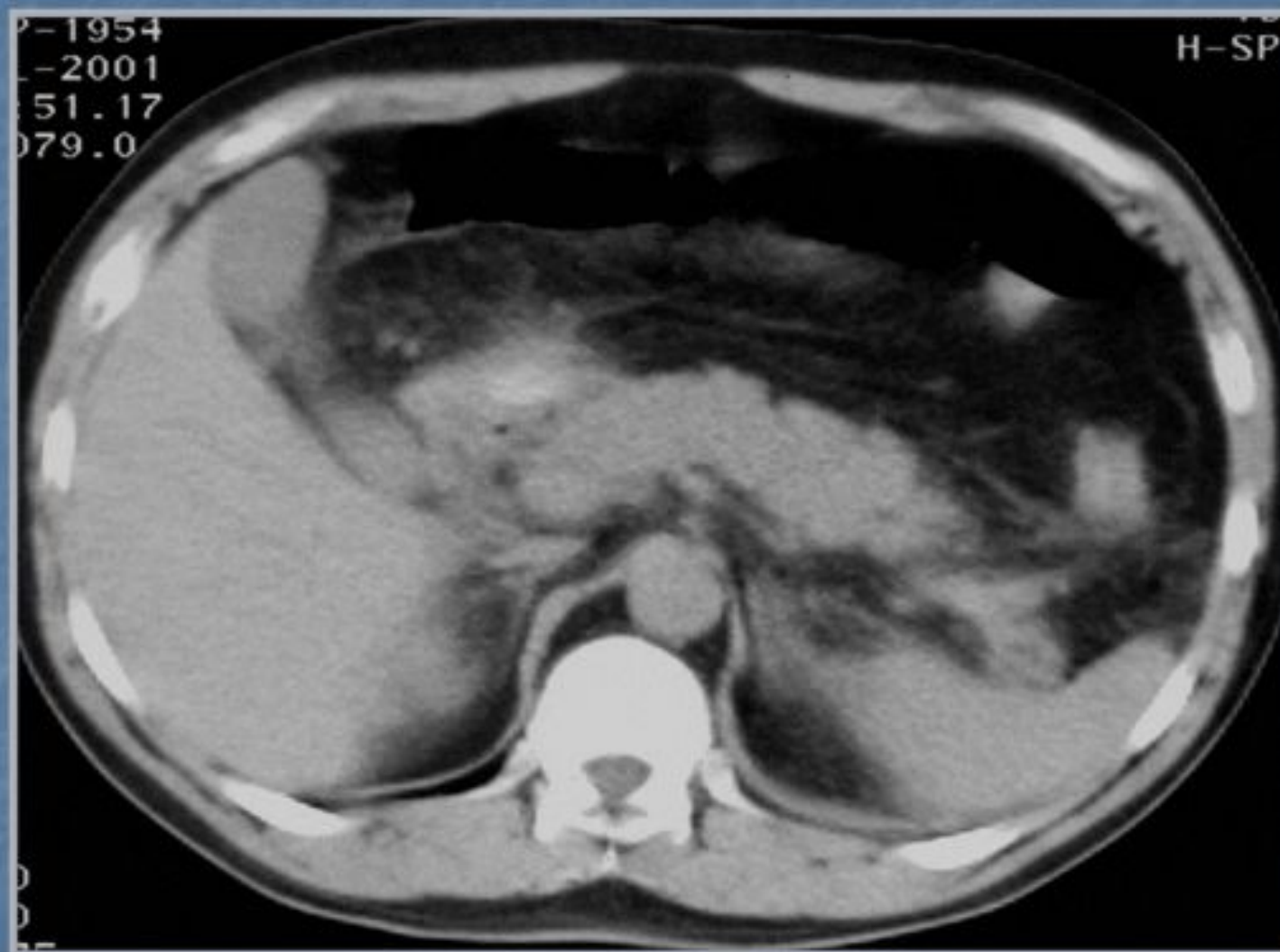


РПХГ: камни в расширенном
протоке ПЖ



КТ: увеличение головки ПЖ.
Пункционная биопсия.

ОТЕЧНАЯ ФОРМА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА



Нормальные размеры или умеренное увеличение ПЖ

ОТЕЧНАЯ ФОРМА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА



отек хвоста ПЖ и окружающей клетчатки

ДЕСТРУКТИВНАЯ ФОРМА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА



мелкие участки панкреонекроза

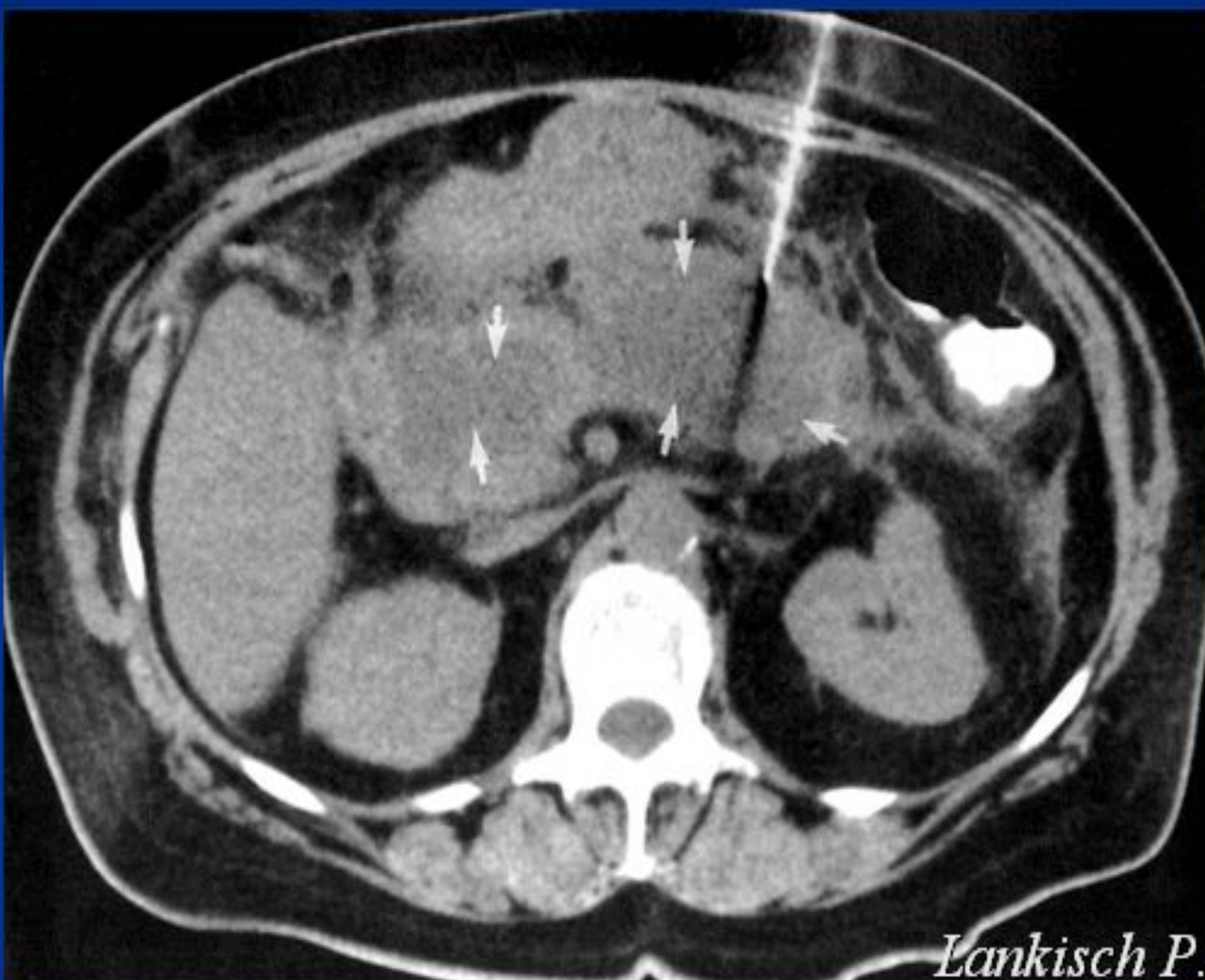


ДЕСТРУКТИВНАЯ
ФОРМА
ОСТРОГО
ПАНКРЕАТИТА

крупные очаги
панкреонекроза
занимают
более 30% железы



КТ без контрастного усиления при инфицированном некрозе ПЖ



Инфицированный некроз ПЖ у женщины 65 лет через 2 мес. после лапароскопической холецистэктомии

ДЕСТРУКТИВНАЯ ФОРМА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА



тотальный панкреонекроз, более 50% железы
нагноение некротических масс (пузырьки газа)

ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ

ДИЕТА

- При ОП и обострении ХРП – голод на 2-4 дня («выключение» ПЖ из процесса пищеварения)
- Парентеральное питание в период голодания – в/в вводят белок, белковые гидролизаты и смеси аминокислот (альбумин, гидролизаты казеина, аминокровин, альвезин и др.), а также жировые эмульсии (липофундин, интралипид и др.)
- Дегазированные щелочные минеральные воды («Боржоми», «Ессентуки №4», «Смирновская», «Славяновская» и др.)

ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ

ДИЕТА

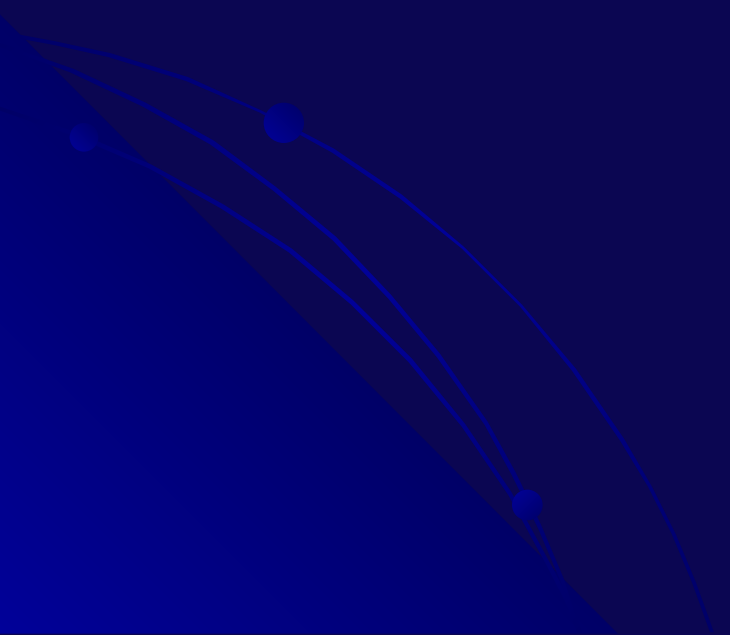
- При улучшении состояния диета №5п
 - механически и химически щадящая
 - с ограничением соли (до 8-10 г/сутки), жиров (до 40-60 г/сутки) и углеводов до 200 г/сутки
 - исключают бульоны, экстрактивные вещества, пряности, специи, жареное, тушеное, копченое, ржаной хлеб, лук, чеснок, кофе, свежую выпечку, цельное молоко, газированные напитки, свежие овощи и фрукты, жилистое мясо, капусту, бобовые, редис

ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ

ДИЕТА

- При улучшении состояния диета №5п
 - рекомендуют сухари из пшеничного хлеба, отварной картофель, кисель, каши, нежирные сорта мяса и рыбы, белковый омлет, нежирный творог, слизистые вегетарианские супы
 - консистенция пищи – начиная с жидкой до пюреобразной, обогащенной витаминами (печень, мясо, гречневая каша)
 - полный отказ от алкоголя
 - исключение переедания

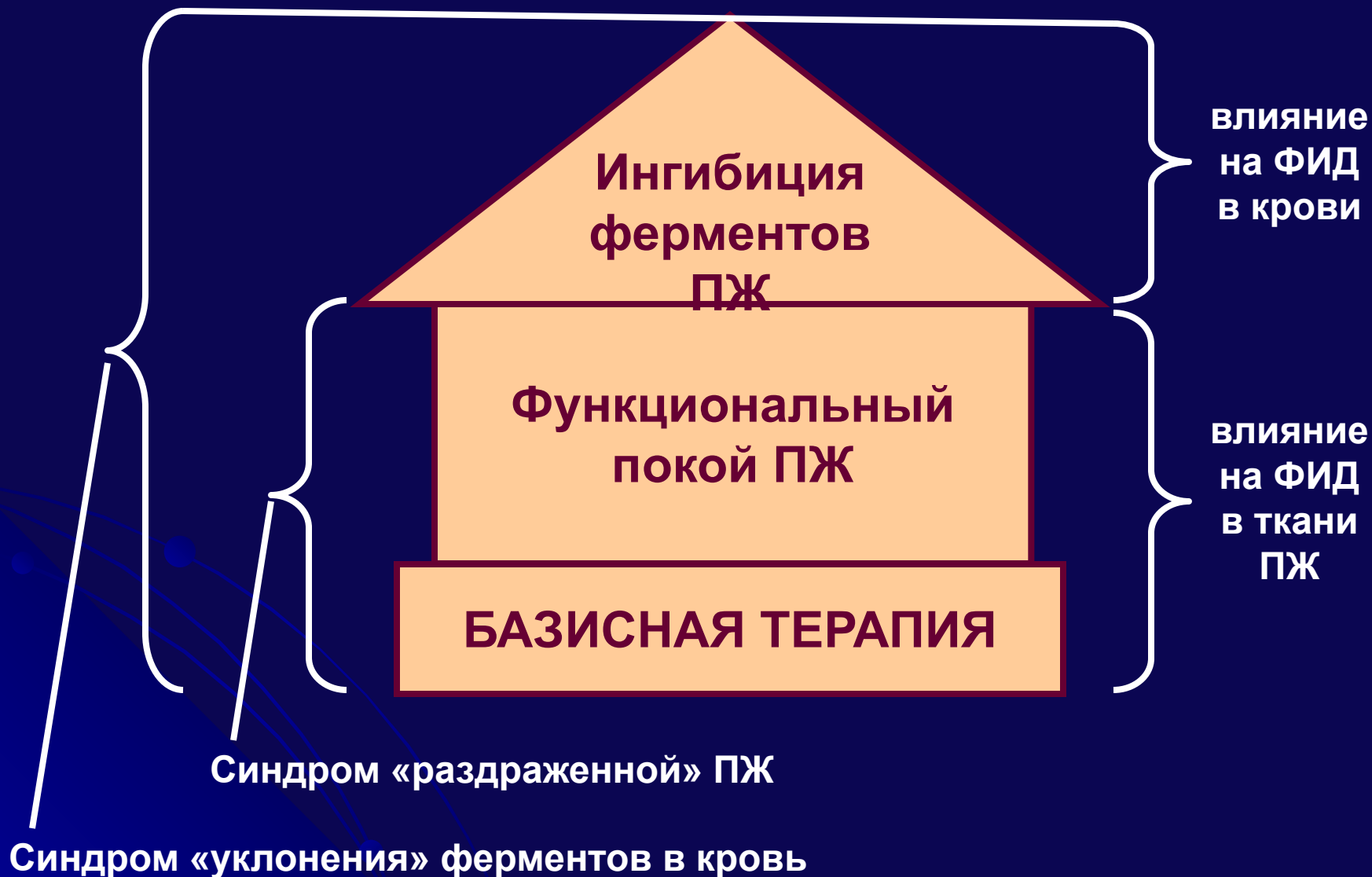
ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРФЕРМЕНТНЫХ ПАНКРЕАТИТОВ



Методы, применяемые при лечении ОП

- Малоинвазивная хирургия (дренирование под УЗ-контролем, эндоскопические методы панкреатической протоковой декомпрессии)
- Посиндромная коррекция сердечно-сосудистых, дыхательных нарушений, лечение шока, полиорганной недостаточности
- Методики экстракорпоральной детоксикации (плазмоферез, плазмофильтрация, гемодиализ, гемосорбция, ультрафильтрация)
- Антибиотикотерапия
- Ранее полное парентеральное питание, далее ранее энтеральное питание

ЛЕЧЕНИЕ



ЛЕЧЕНИЕ

БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ

- ❑ этиотропное – холецистэктомия, лечение дуоденальных язв, отказ от алкогольных напитков, диетотерапия и т.п.
- ❑ коррекция оттока панкреатического секрета из ПЖ – назначение спазмолитиков (спазм сфинктера Одди) или прокинетиков (недостаточность сфинктера Одди), при необходимости – папиллосфинктеротомия
- ❑ антибактериальное лечение (имипенем, цефуроксим, цефоперазон, цефотаксим, фторхинолоны + метронидазол, флуконазол – 5-7 дней при ОП и обострении ХРП)
- ❑ цитопротекция (Эссенциале Н и т.п.)

ЛЕЧЕНИЕ

ОБЕСПЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПОКОЯ ПЖ

НЕПРЯМОЕ ↓ ЭКЗОКРИННОЙ ФУНКЦИИ ПЖ

- ❑ Диета с ограничением жира или голод + парентеральное питание белковыми гидролизатами и жировыми эмульсиями (на 2-4 дня при выраженном болевом с-ме)
- ❑ Аспирация желудочного и кишечного содержимого через назогастральный зонд с приемом дегазированных щелочных минеральных вод
- ❑ Назначение регуляторных пептидов (сандостатин, октреотид, даларгин)
- ❑ Кальцитонин (Миокальцик) – при панкреатите на фоне гиперпаратиреоза
- ❑ Глюкагон (при ОП по 1 мг в/в каждые 6 часов)

ЛЕЧЕНИЕ

ОБЕСПЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПОКОЯ ПЖ

НЕПРЯМОЕ ↓ ЭКЗОКРИННОЙ ФУНКЦИИ ПЖ

- Ганглиоблокаторы (ганглерон, кватерон, пентамин)
- Блокаторы H_2 -гистаминорецепторов (ранитидин, фамотидин)
- М-холинолитики (атропин, платифиллин, метацин, бускопан, хлорозил и др.)
- Блокаторы протонной помпы (омепразол, пантопрозол, лансопрозол, рабепразол)
- Антациды (Маалокс и т.п.)
- β -адреноблокаторы
- Ферментные препараты
- Блокаторы рецепторов ЖК-ПЗ на клетках ПЖ

ЛЕЧЕНИЕ

ОБЕСПЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПОКОЯ ПЖ

ПРЯМОЕ ↓ ФУНКЦИИ АЦИНАРНЫХ КЛЕТОК ПЖ

- ❑ Антиметаболиты (5-фторурацил 5-10 мг/кг веса, фторафур 2 мг/кг веса в/в капельно, 5-7 дней)
- ❑ Панкреатическая рибонуклеаза (1-3 мг/кг веса в/в на 20-40 мл 0,9% р-ра NaCl)
- ❑ Антагонисты кальция (неселективные – верапамил, нифедипин, селективные – дицетел, спазмомен)
- ❑ Региональная искусственная гипотермия области ПЖ
- ❑ Региональная лучевая рентгенотерапия (4-6 сеансов по 30-40 Рад)

ЛЕЧЕНИЕ

ИНГИБИЦИЯ ФЕРМЕНТОВ ПЖ В КРОВИ

- Ингибиторы протеаз
 - естественные (контрикал, городокс, трасилол, цалол, апротинин, пантриптин и их аналоги)
 - искусственные (ϵ -аминокапроновая к-та, метилурацил, пентоксил)

- Подавление липолиза
 - инфузии жировых эмульсий
 - назначение глюкозы, инсулина, никотиновой к-ты, β -адреноблокаторов
 - ЭДТА, новокаин, делагил, гепарин в/в

- Гемосорбция



ЛЕЧЕНИЕ

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ

- ❑ Гепарин до 50 тыс. ЕД / сутки
- ❑ Реополиглюкин-новокаиновая смесь (25 мл 1% новокаина на 200 мл реополиглюкина)
- ❑ Кислородотерапия, ГБО (при ОП для коррекции нарушений кислородного баланса)
- ❑ Ноотропил – в гиперферментемическую фазу по 200 мг/сутки, в гипоферментную фазу ХП – по 400 мг/сутки (стимулирует желудочную секрецию)
- ❑ Для предупреждения и лечения ДВС-синдрома в/в инфузии никотиновой кислоты 3 мг/кг, эуфиллина 10 мг/кг, реополиглюкина 15 мг/кг, контрикала 100 ЕД/кг, гепарина 50 тысяч ЕД в сутки

ЛЕЧЕНИЕ

КОРРЕКЦИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

- ❑ Проводят инфузионную терапию неогемодезом, полидезом, желатинолем, мафусолом (повышает переносимость гипоксии)
- ❑ Эффективность детоксикации возрастает при инфузиях поливисолина (комбинация глюкозы, поливинилового спирта и глутамина)

КОРРЕКЦИЯ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО И КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО БАЛАНСА

- ❑ при алкалозе – инфузии 7,4% р-ра КСI
- ❑ при ацидозе – 5% р-ра соды
- ❑ при электролитных нарушениях – р-ры солей калия, натрия, кальция

ЛЕЧЕНИЕ

ЛЕЧЕНИЕ ПАРЕЗА КИШЕЧНИКА

- новокаиновые блокады
(эпидуральные, забрюшинные и др.)
- ганглиоблокаторы
- аминазин
- бутироксан
- пирроксан
- аспирация желудочного содержимого
- антихолинэстеразные средства
(прозерин, калимин, убретид и др.)
- при неэффективности –
электростимуляция кишечной моторики

ЛЕЧЕНИЕ

КУПИРОВАНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА

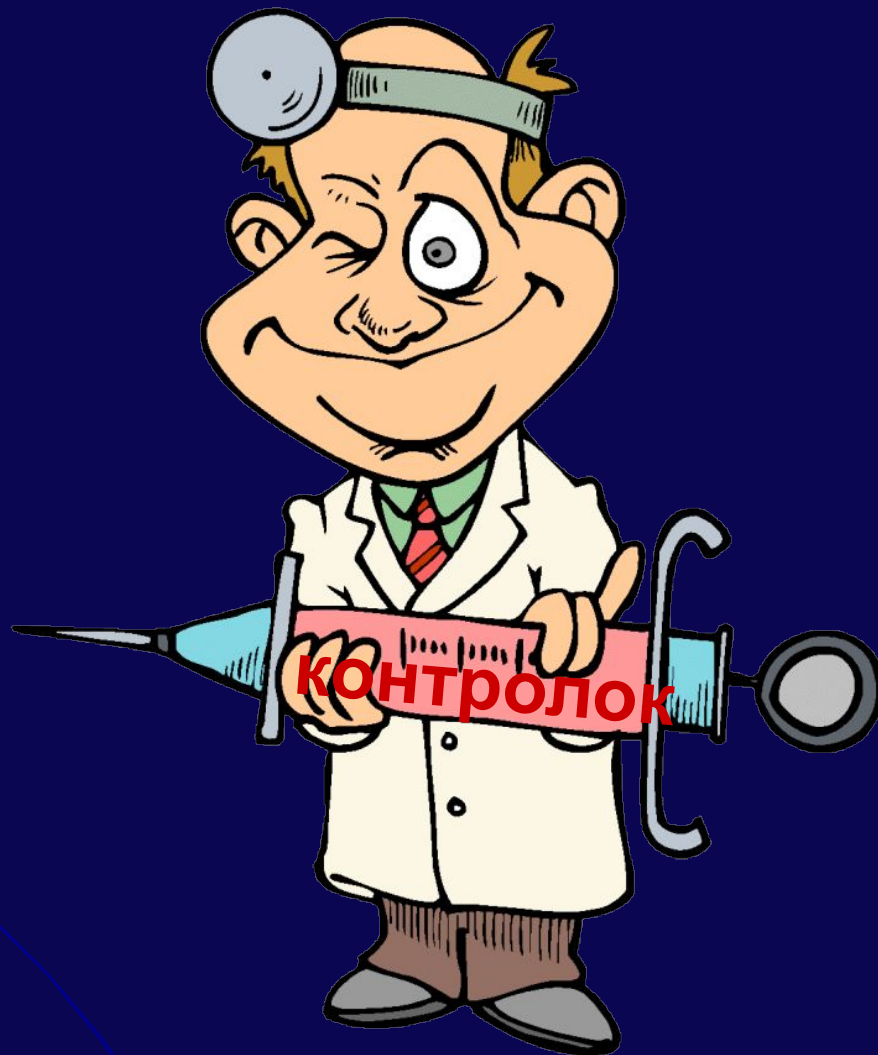
- ❑ **Ненаркотические анальгетики (анальгин, баралгин, метамизол, ацетаминофен и др.)**
- ❑ **Парентеральное введение антигистаминных препаратов (димедрола, пипольфена и др.)**
- ❑ **Перитолом по 4 мг 3 раза в день (имеет антигистаминные и антисеротониновые свойства)**
- ❑ **Тиосульфат натрия 10 мл 30% р-ра в/в медленно в течение 10-12 дней**
- ❑ **Наркотические анальгетики длительного действия, например, ДНС (dihydrocodein) Continuus, Просидол**
- ❑ **В/в капельные литические смеси**

ЛЕЧЕНИЕ

Примеры в/в капельных литических смесей

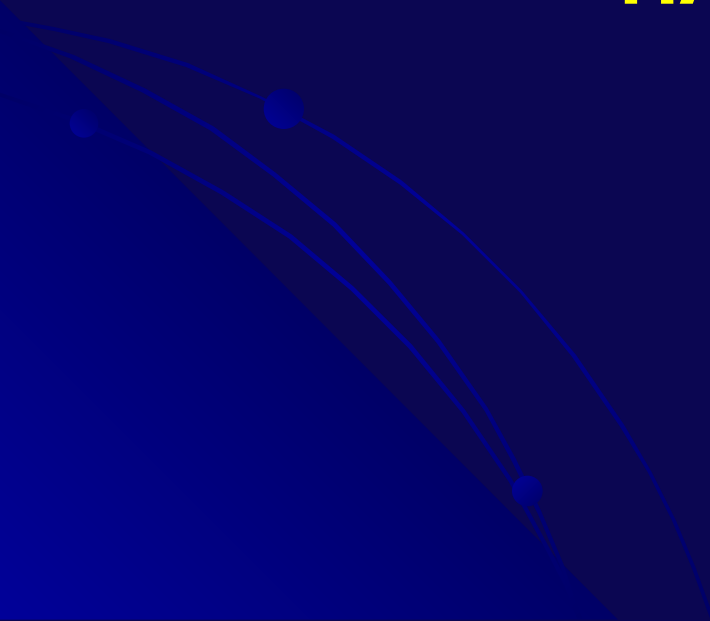
Смесь № 6

- ◆ Новокаин 0,25% – 200,0
- ◆ Контрикал – 30-50 тыс. ЕД
- ◆ Гепарин – 5 тыс. ЕД
- ◆ Реополиглюкин – 100,0
- ◆ Атропин 0,1% – 1,0
- ◆ Димедрол 1% – 2,0
- ◆ Промедол 2% – 2,0



**Атака хронического панкреатита может быть
быстро и успешно купирована**

ЛЕЧЕНИЕ ГИПОФЕРМЕНТНЫХ ПАНКРЕАТИТОВ



Рекомендации по питанию в период ремиссии (при отсутствии отечно-интерстициальных изменений паренхимы поджелудочной железы и системной воспалительной реакции):

- питание 5-6 разовое, небольшими порциями
- исключение острой, жирной, копченой пищи, консервов, газированных и алкогольных напитков, кислых фруктов и соков
- воздержание от курения



↑ кол-ва белка до 120 г/сут
(нежирные сорта мяса, рыбы,
творога, сыра)

↓ потребления жиров
до 70-90 г/сут

легкоусвояемые углеводы
30-40 г/сут (хлеб белый
«вчерашний», сухари)

Жирорастворимые витамины,
антиоксидантный витаминно-
минеральный комплекс
(Триовит, три-ви плюс)

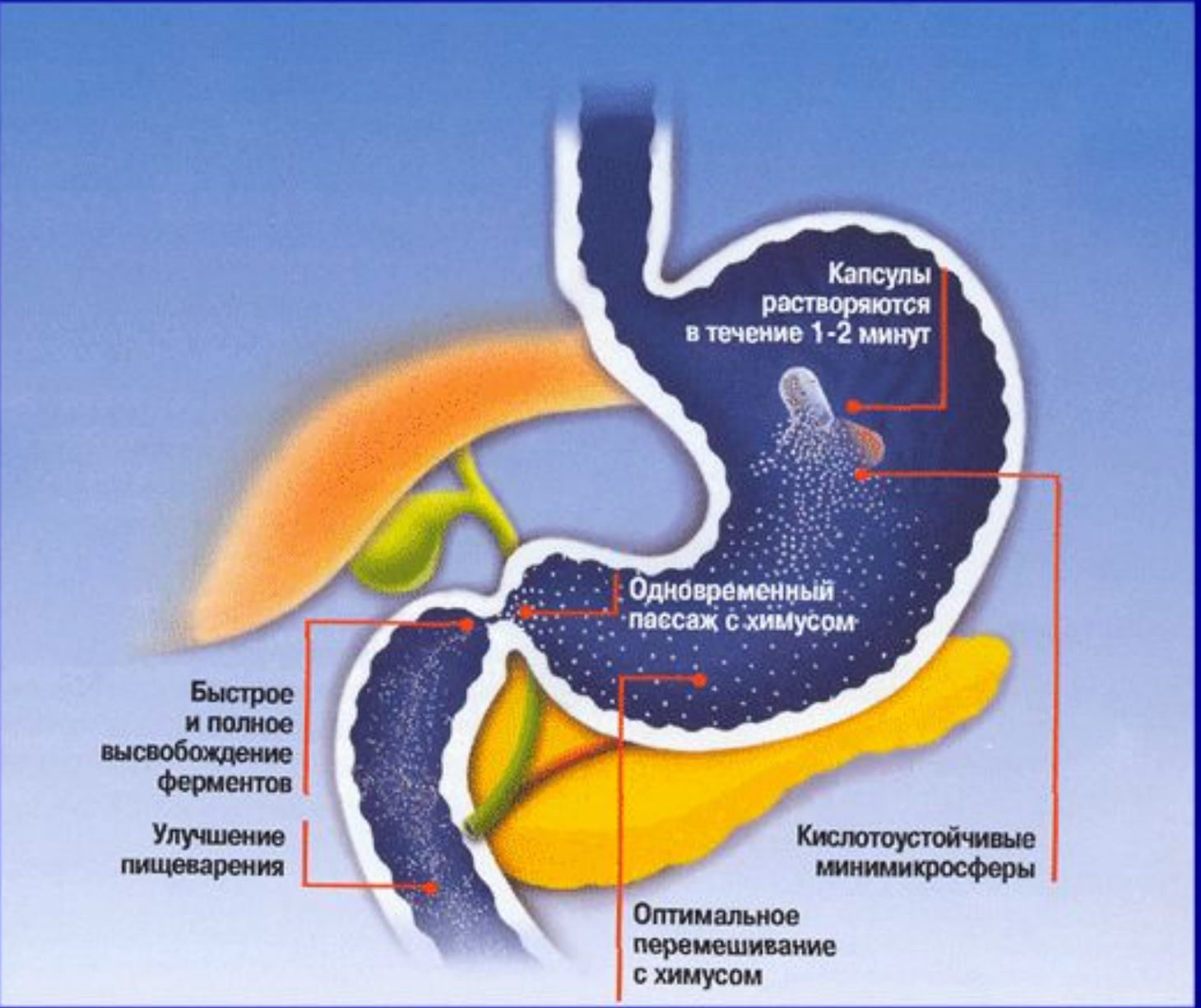
ЛЕЧЕНИЕ

- ❑ Улучшение оттока секрета ПЖ (проводится как при ХРП и ОП)
- ❑ Стимуляция экзокринной функции ПЖ (эуфиллин, глюконат кальция в/в 10-14 дней, затем внутрь – 3-4 недели)
- ❑ Стимуляция желудочной секреции (плантаглюцид, ацидин-пепсин, пепсидил)
- ❑ Заместительная терапия препаратами панкреатических ферментов
- ❑ Лечение гипотрофии анаболическими стероидами, витаминами, метаболическими средствами

Содержание липазы в различных ферментных препаратах

Ω Креон	-	10000 и 25000 МЕ
Ω Мезим форте	-	3500 МЕ
Ω Панзинорм	-	6000-10000 МЕ
Ω Панкреофлат-		6500 МЕ
Ω Панкурмен	-	875 МЕ
Ω Панцитрат	-	25000 МЕ
Ω Фестал	-	6000 МЕ

Механизм действия микротаблетированных форм ферментных препаратов (Креон 10 000)



ЛЕЧЕНИЕ

- ❑ Назначение кишечных антисептиков для лечения дисбиоза (хлорхинальдол, интетрикс, grosептол, трихопол и др.) с последующим переходом на эубиотики (бактисубтил, коли-бактерил, бификол, линекс)
- ❑ Коррекция анемии
- ❑ Симптоматическая терапия метеоризма (симетикон, Эспумизан), диареи (Смекта)
- ❑ При низкой кислотности в фазе ремиссии – длительный прием Хилак-форте
- ❑ При запорах – лактулоза (Дюфалак)

ЛЕЧЕНИЕ

ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ХРП

- **сильный болевой синдром и похудание с частыми рецидивами панкреатита при отсутствии эффекта от консервативного лечения**
- **невозможность до операции исключить наличие злокачественной опухоли**
- **бактериально-гнойные осложнения при неэффективности медикаментозного, малого оперативного лечения**



**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!**

