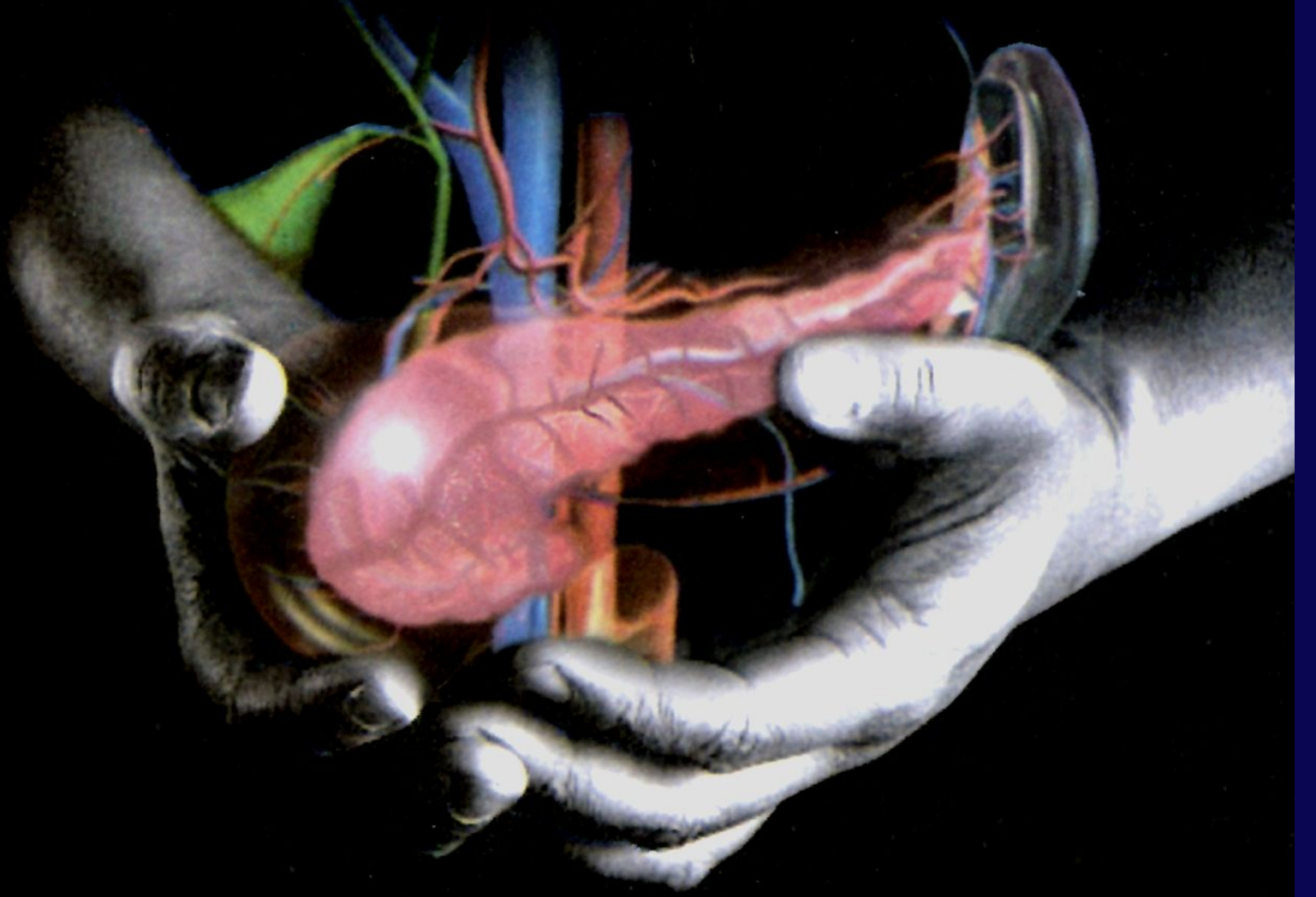


ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ





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

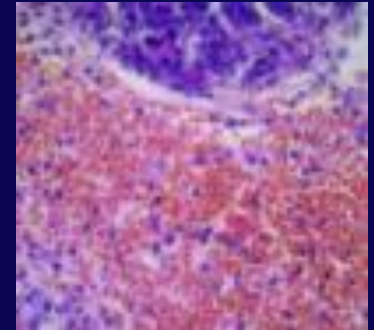
В ЕВРОПЕ:

25 случаев на 100 тыс. населения

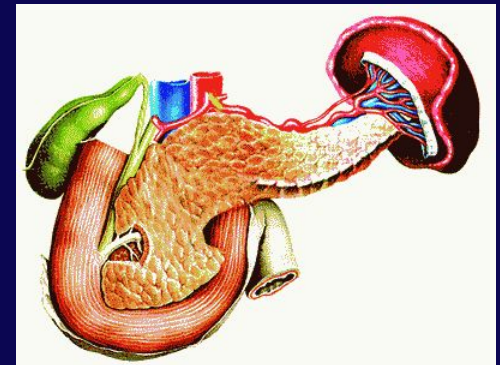
**В Германии – более 20 тыс. больных,
В России – более 60 тыс. таких больных**

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**

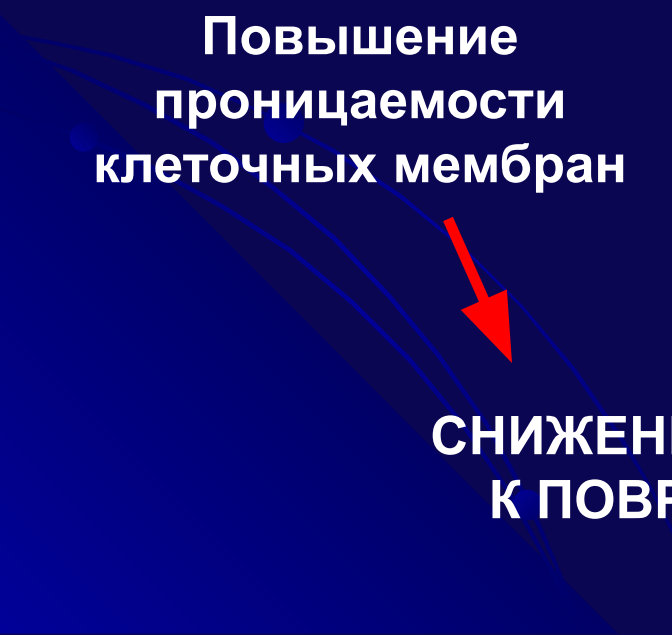
**Повышение
проницаемости
клеточных мембран**

**Подавление
биоэнергетических
процессов в клетках**

**Образование
уксусного
альдегида**

**Токсическое
действие на клетки**

**СНИЖЕНИЕ УСТОЙЧИВОСТИ КЛЕТОК
К ПОВРЕЖДАЮЩИМ ВЛИЯНИЯМ**



ПАТОГЕНЕЗ ГИПЕРФЕРМЕНТЕМИЧЕСКИХ ПАНКРЕАТИТОВ

ПРИЕМ ЛЕКАРСТВ

**Прямое
токсическое
действие на
ацинарные
клетки**

Гиперкоагуляция

**Рост
внешнесекреторной
активности**

**Повышение
вязкости секрета**

Нарушение оттока секрета

Аутолиз ткани поджелудочной железы



ПАТОГЕНЕЗ ГИПЕРФЕРМЕНТЕМИЧЕСКИХ ПАНКРЕАТИТОВ

ДЕФИЦИТ БЕЛКА
В ПИЩЕ



Нарушение синтеза
тканевых и
сывороточных
ингибиторов
протеолитических
ферментов



Дефицит жиров,
витаминов, Cu, Se



Снижение
устойчивости
клеток

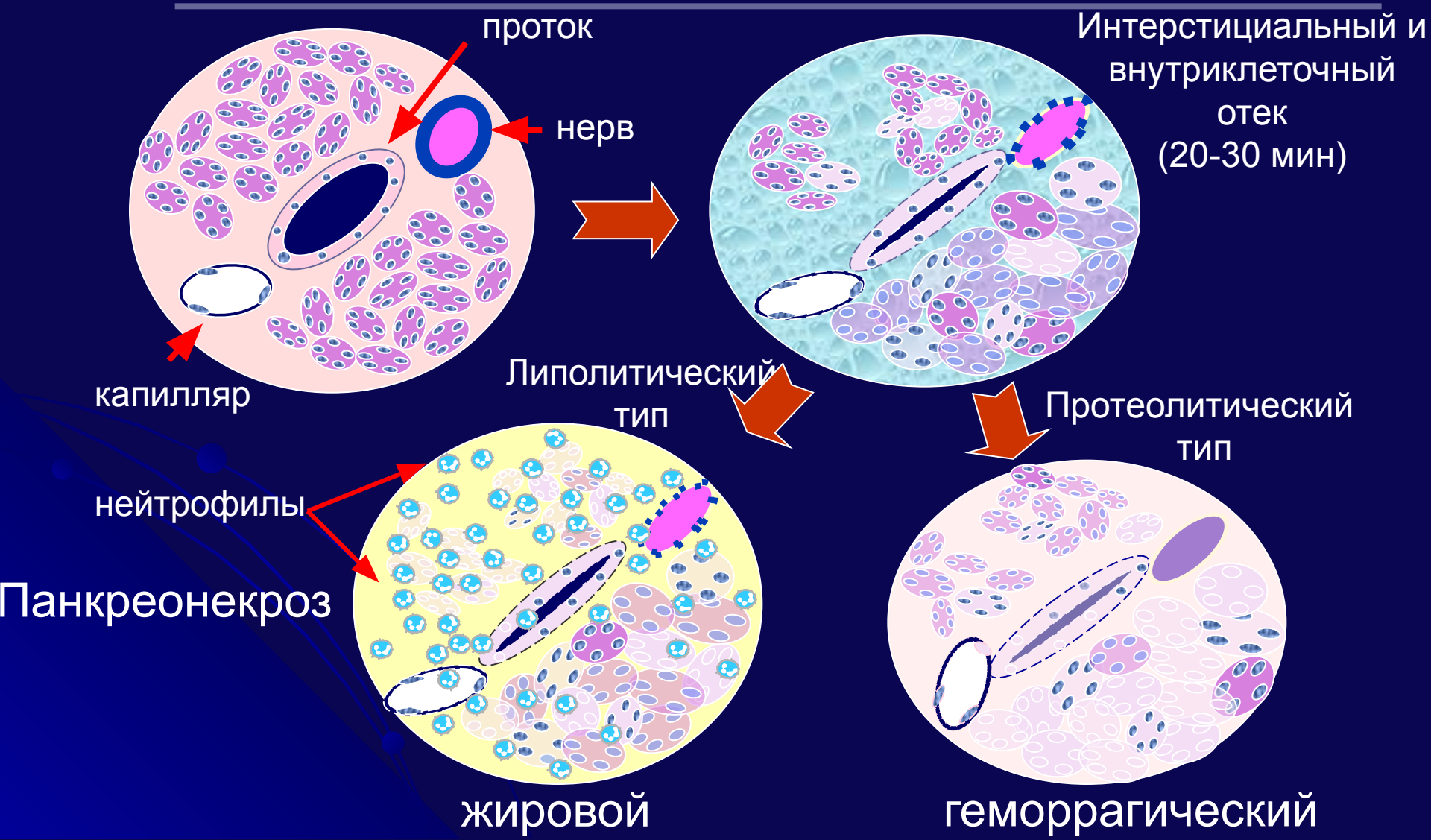


Токсическое
действие
гликозидов
корней
маниоки



Аутолиз ткани поджелудочной железы

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

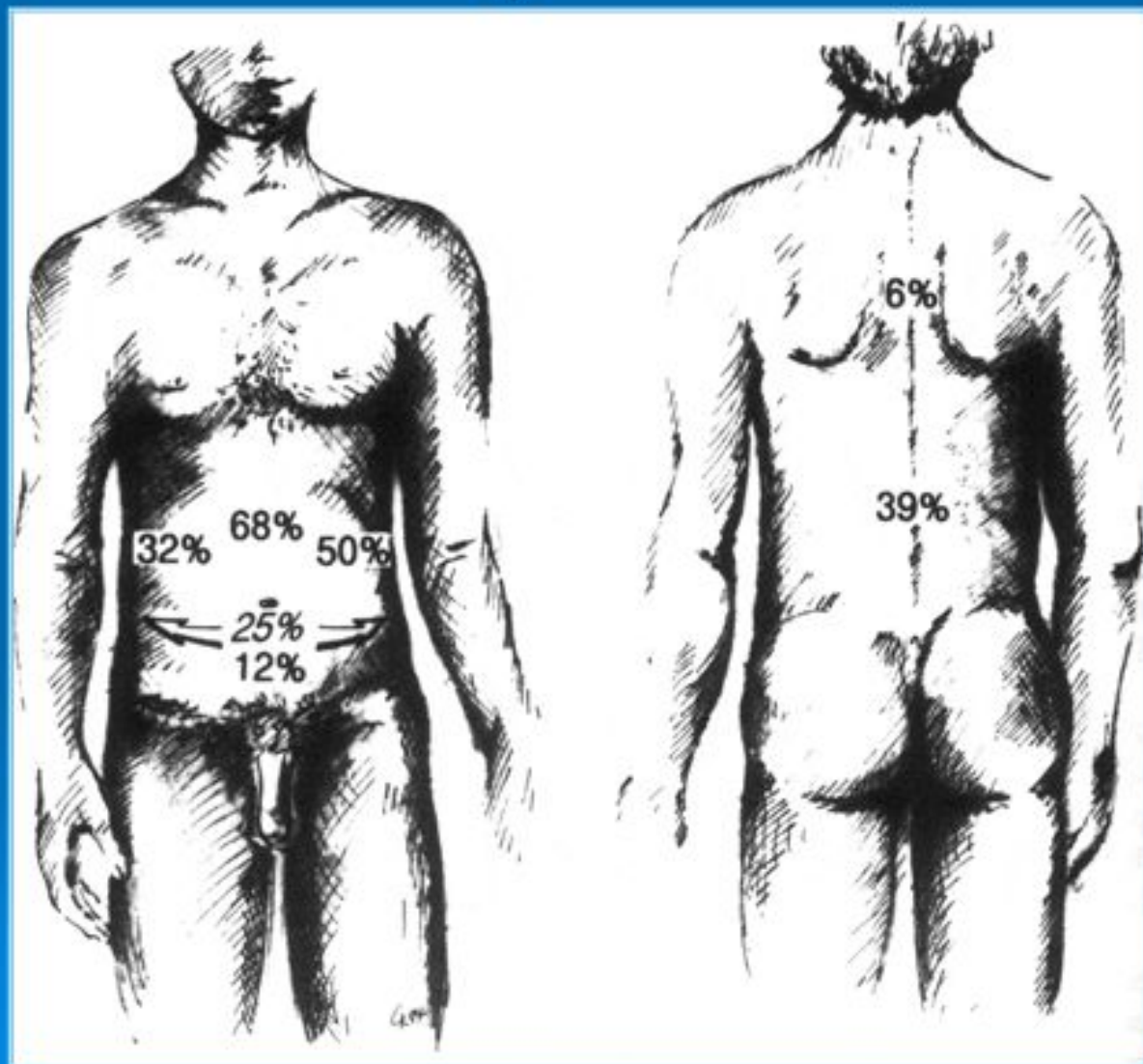
ЛОКАЛИЗАЦИЯ:

- ❑ 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

ТРОМБОГЕМОМОРРАГИЧЕСКИЙ 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

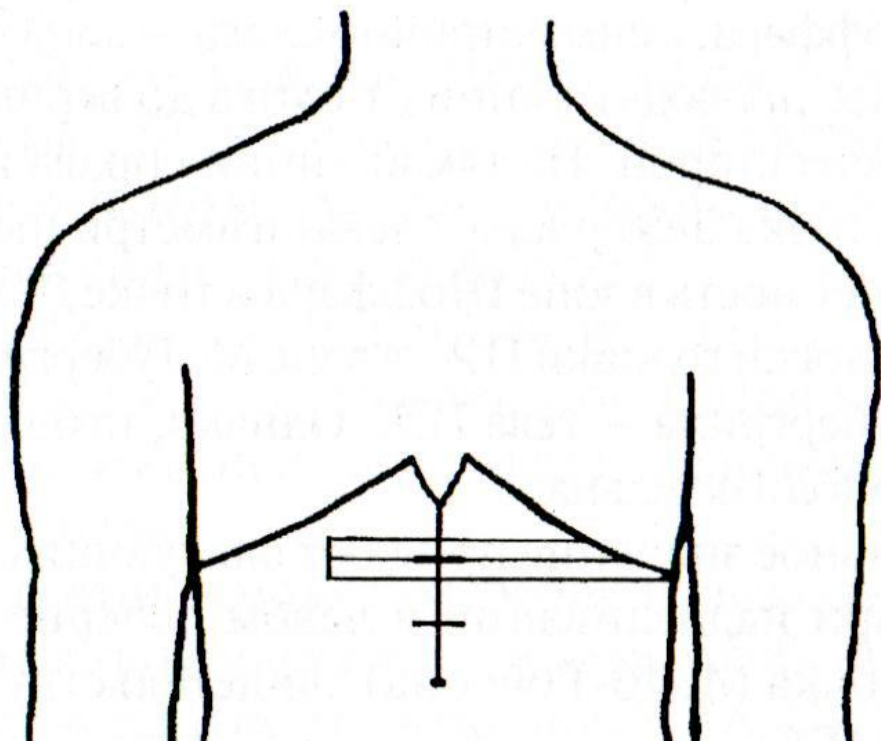


НАРУШЕНИЕ РАВНОВЕСИЯ МЕЖДУ
КОАГУЛЯЦИЕЙ И ФИБРИНОЛИЗОМ

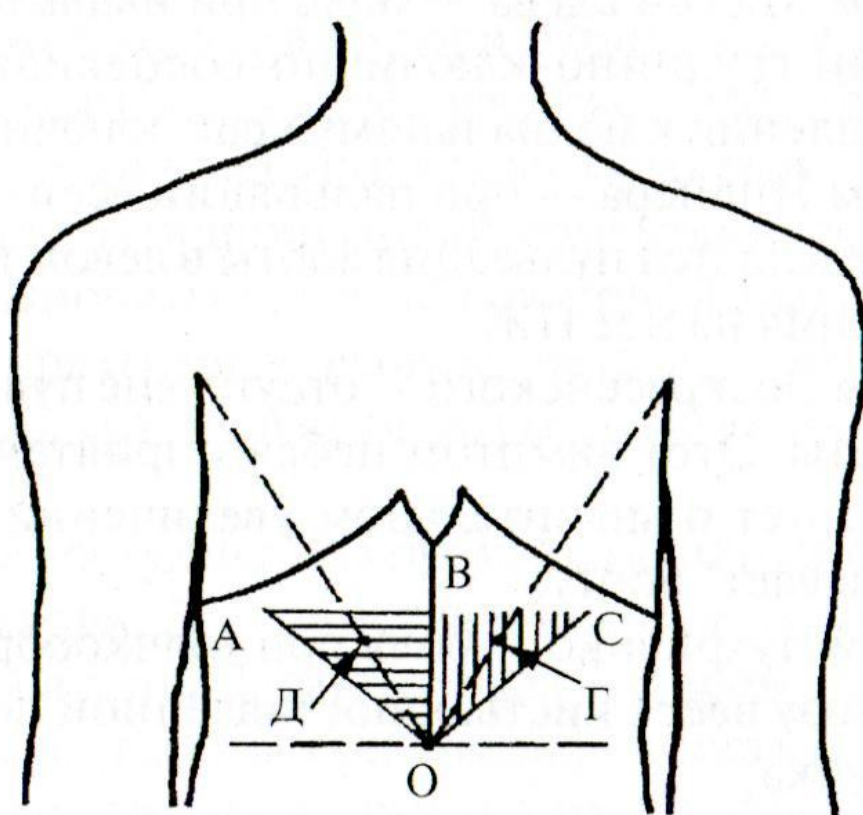
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

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



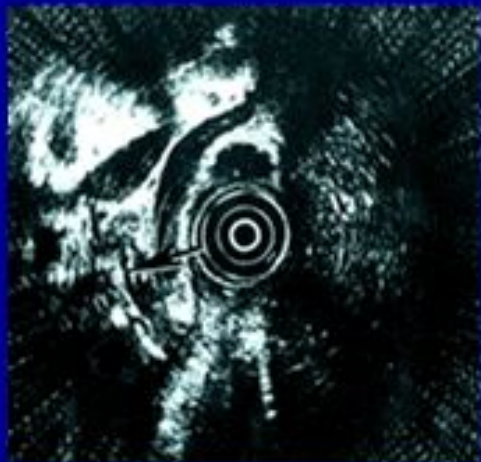
Обзорная R-грамма :
обызвествление в области ПЖ



КТ: кальцифицирующий
панкреатит



КТ: псевдокиста фиброзно
измененной ПЖ



Эндоскопическая сонография:
расширенный проток ПЖ

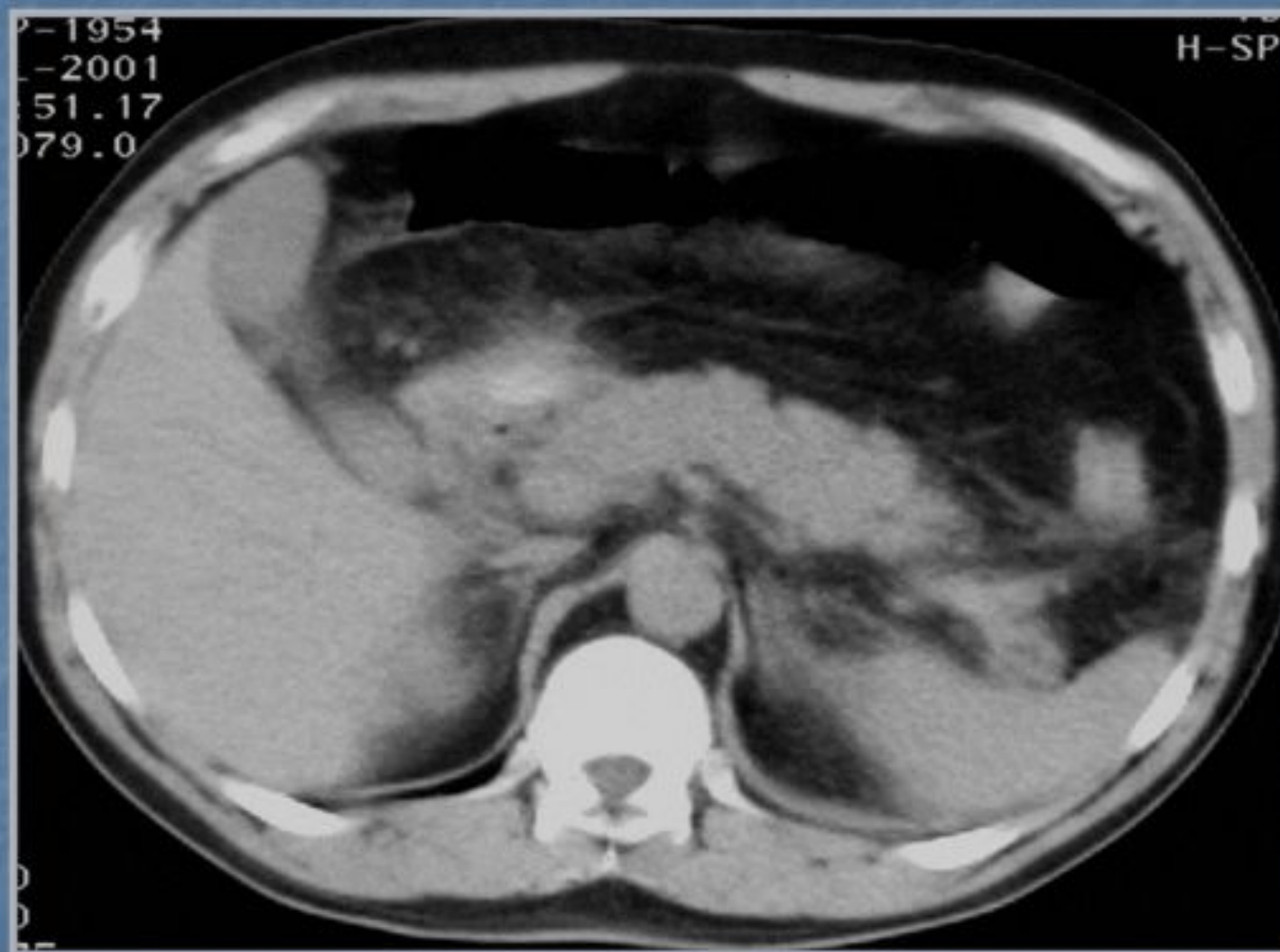


РПХГ: камни в расширенном
протоке ПЖ



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



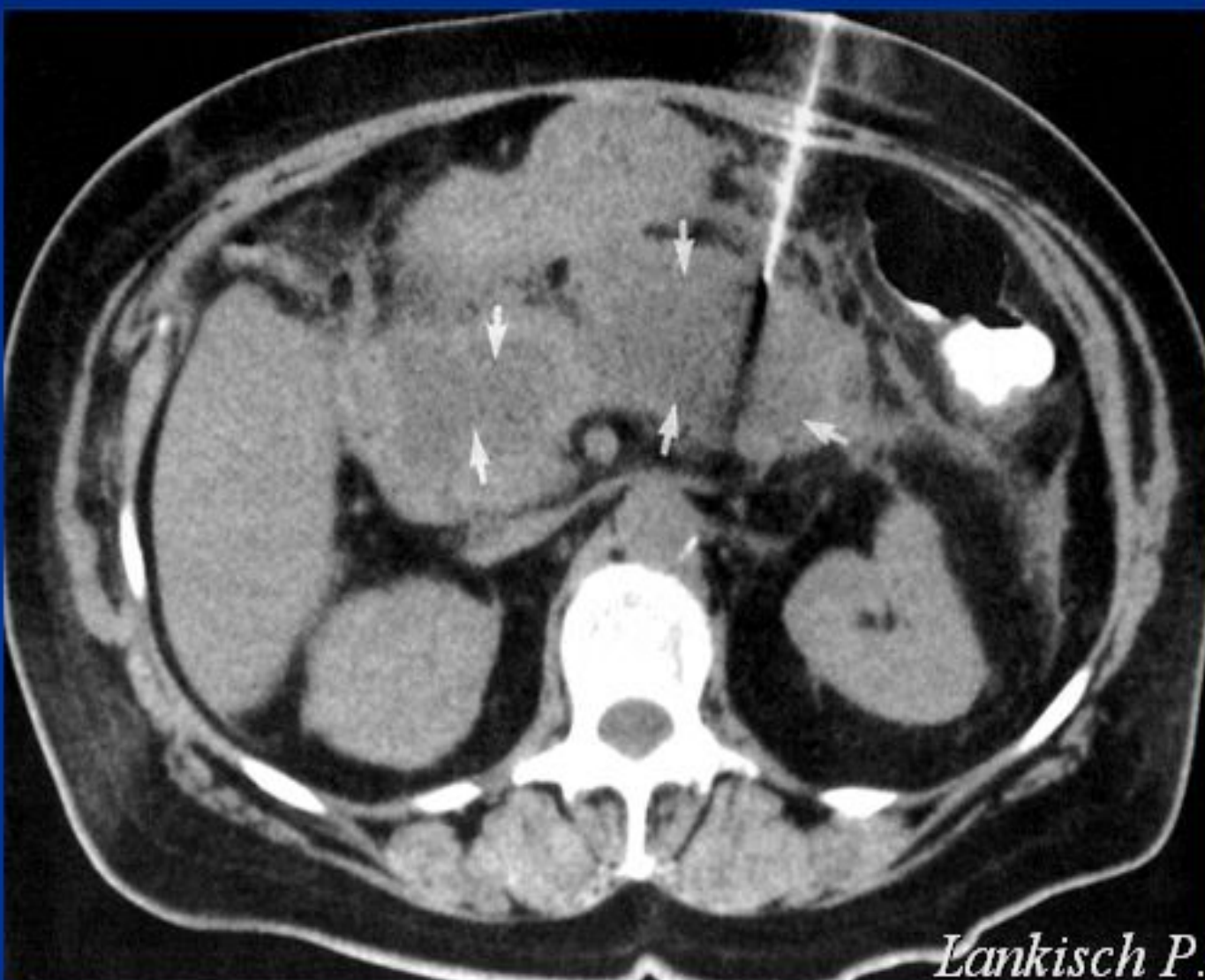
ДЕСТРУКТИВНАЯ
ФОРМА
ОСТРОГО
ПАНКРЕАТИТА

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



Lankisch P.G., Banks A., 1998

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

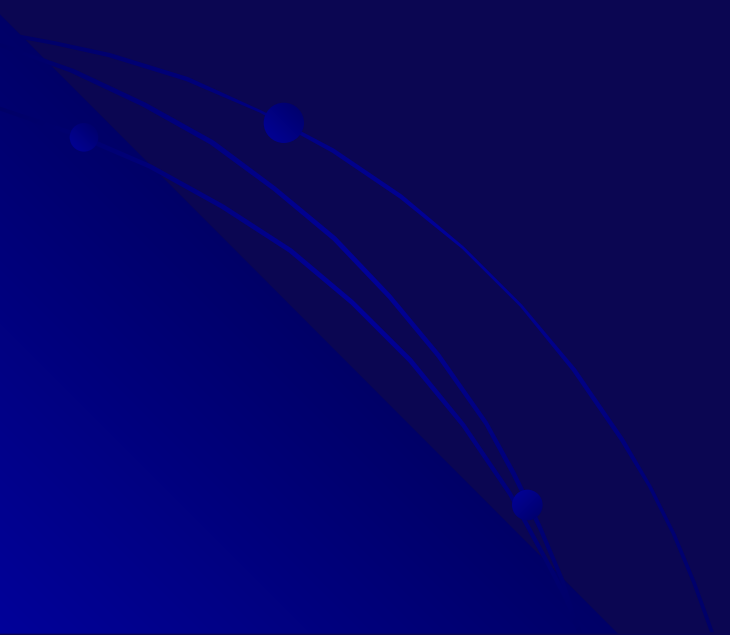
- При улучшении состояния диета №5п
 - механически и химически щадящая
 - с ограничением соли (до 8-10 г/сутки), жиров (до 40-60 г/сутки) и углеводов до 200 г/сутки
 - исключают бульоны, экстрактивные вещества, пряности, специи, жареное, тушеное, копченое, ржаной хлеб, лук, чеснок, кофе, свежую выпечку, 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, гемодиализация, 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

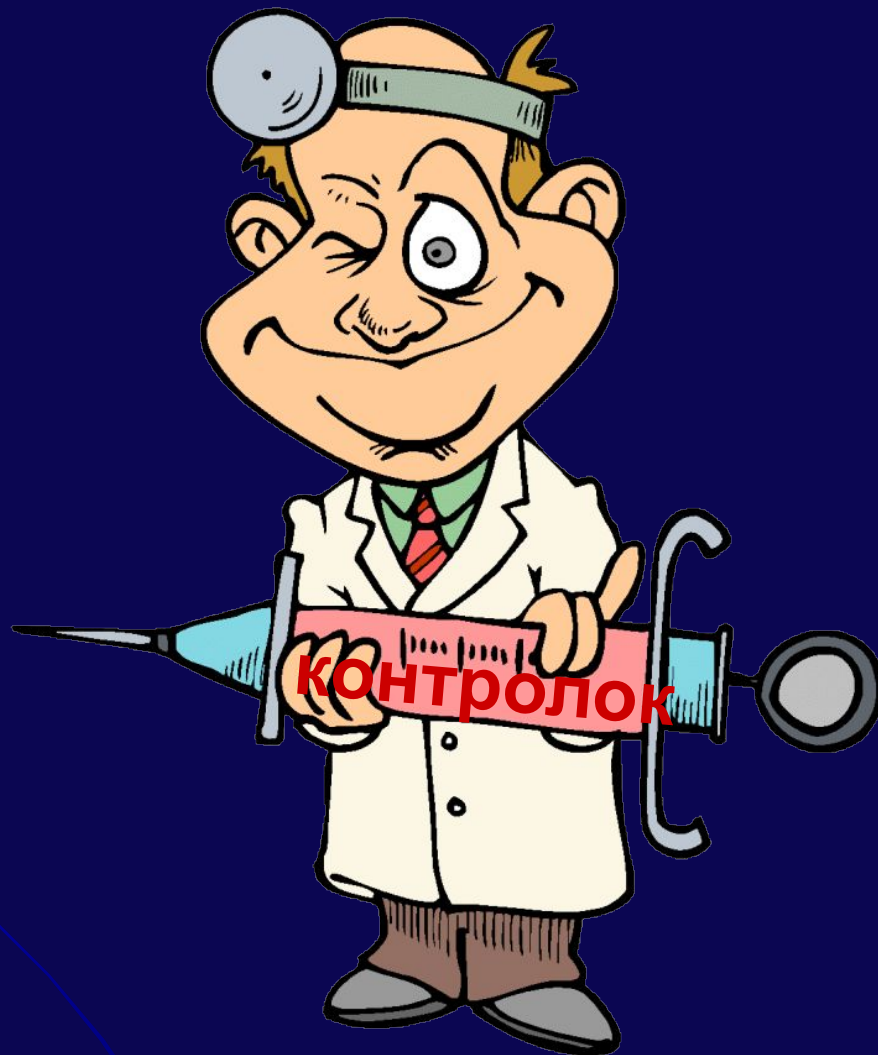
- ❑ **Ненаркотические анальгетики (анальгин, баралгин, метамизол, ацетамифен и др.)**
- ❑ **Парентеральное введение антигистаминных препаратов (димедрола, пипольфена и др.)**
- ❑ **Перитолом по 4 мг 3 раза в день (имеет антигистаминные и антисеротониновые свойства)**
- ❑ **Тиосульфат натрия 10 мл 30% 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

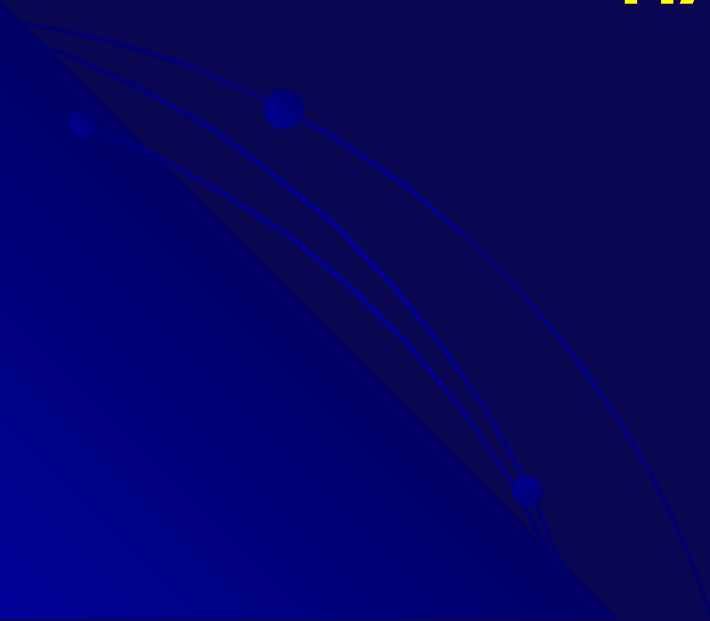
Смесь № 6

- ◆ 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)

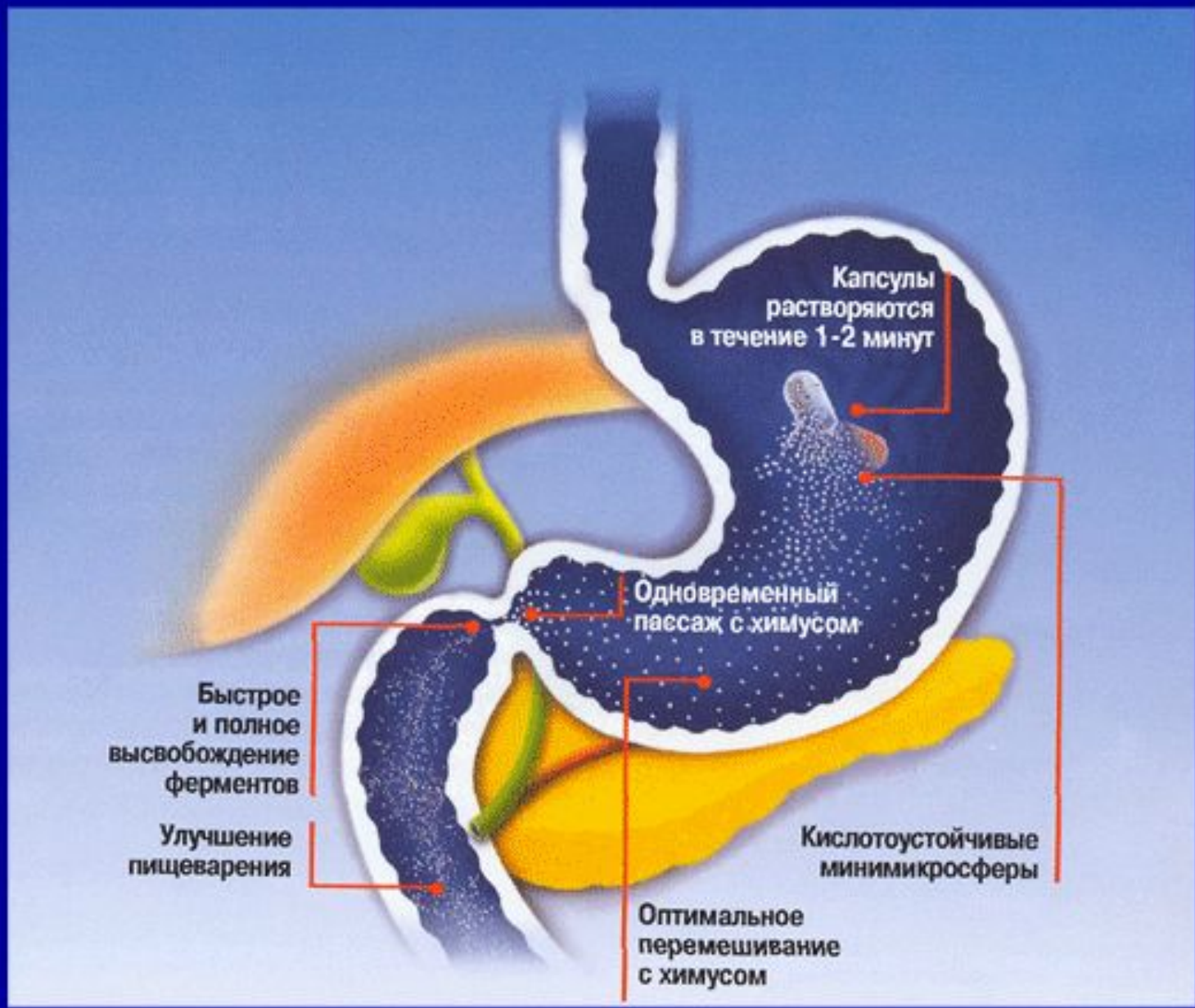
ЛЕЧЕНИЕ

- ❑ 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!**

