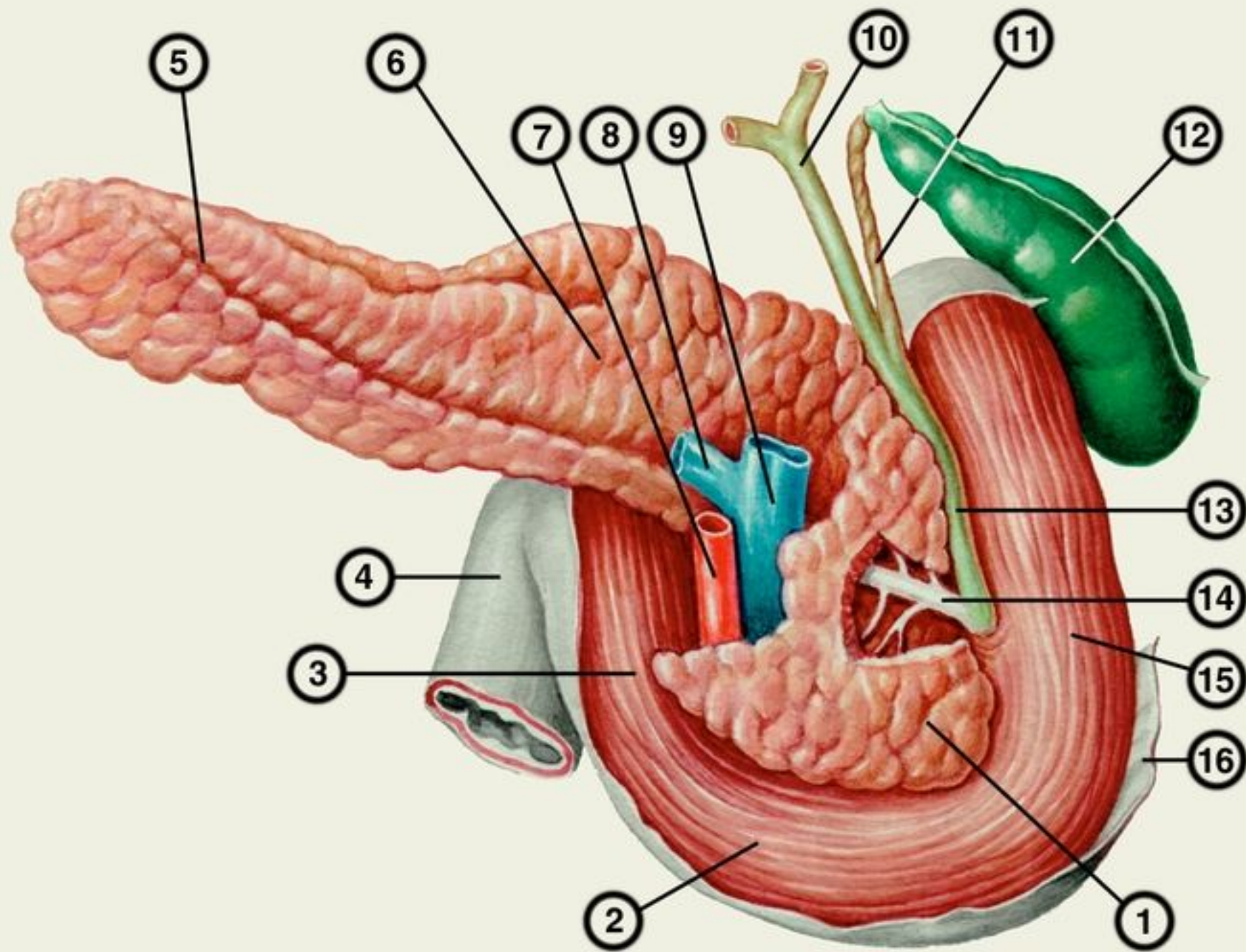


Хронический панкреатит

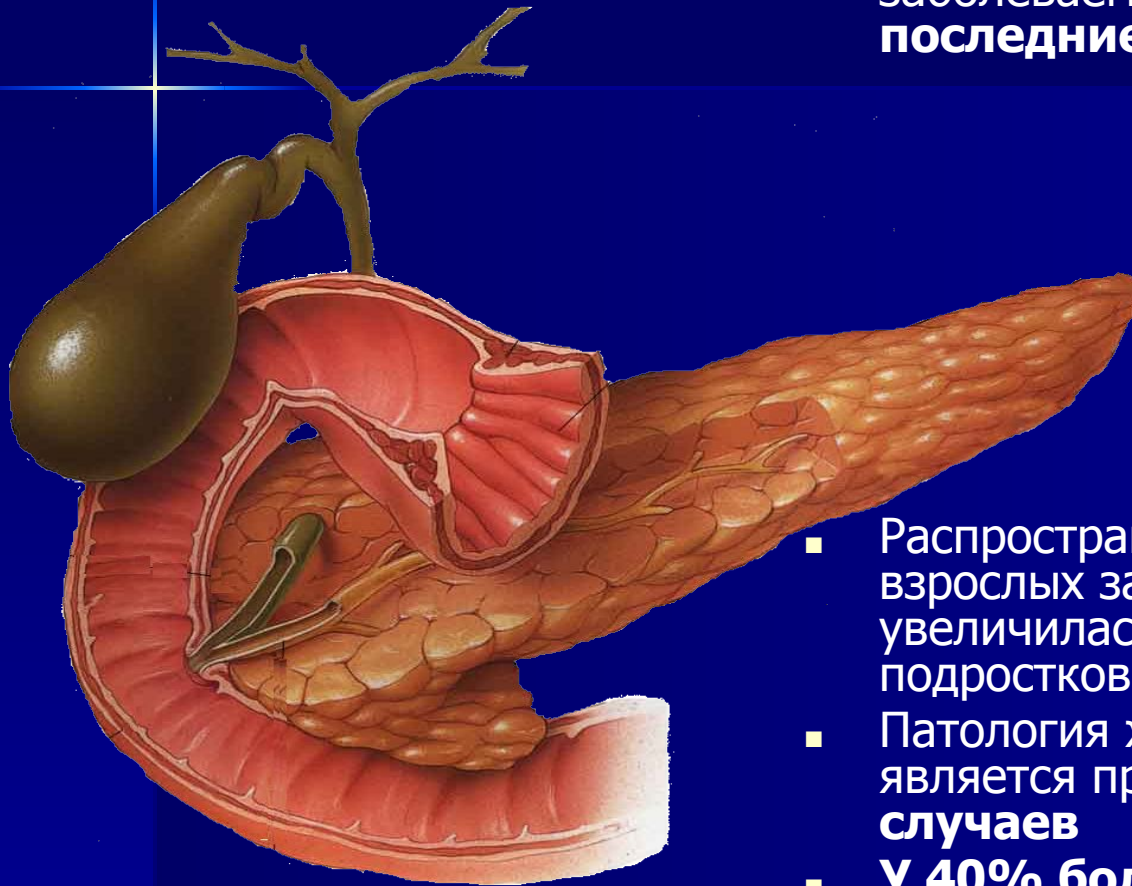


Определение

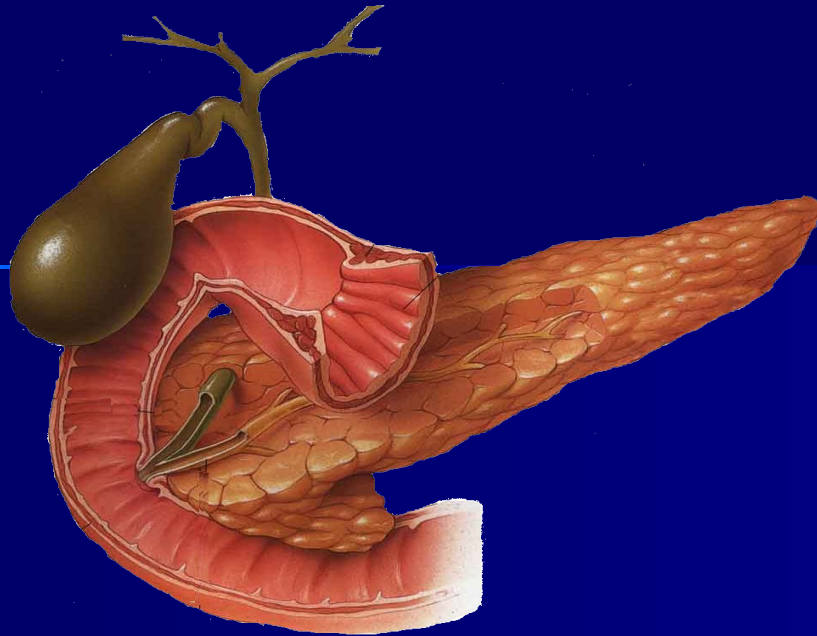
- Группа заболеваний ПЖ различной этиологии, преимущественно воспалительного характера с развитием дис- и атрофических процессов в железистой ткани и замещение ее фиброзной, изменениями в протоковой системе с нарушением экзокринной и эндокринной функций.
- Заболевание имеет фазово-прогрессирующее течение с периодическими приступами острого панкреатита, ответственного за рецидивирующую боль, которая нередко является единственным клиническим синдромом.



- Частота – **5-9%** среди заболеваний органов пищеварения
- Общемировая тенденция увеличения заболеваемости (**в 2 раза за последние 30 лет**)



- Распространенность в России среди взрослых за последние 10 лет увеличилась **в 3 раза**, среди подростков **в 4 раза**
- Патология желчевыводящих путей является причиной ХП в **35-56% случаев**
- **У 40% больных с ХП – синдром дуоденальной гипертензии**



ПЖ:

2 литра сока в сутки

22 фермента

эндогенные гормоны (6
типов клеток в островках
Лангерганса)

ФЕРМЕНТЫ ПЖ:

Протеазы - трипсин,химотрипсин,эластаза,аминопептидаза и др.

Липазы - липаза,фосфолипаза, холестеролэстераза.

Карбоангидразы - амилаза, мальтаза, лактаза.

Нуклеазы - РНК-аза, ДНК-аза

Поджелудочная железа

красива и спокойна как спящая чёрная пантера.

Она вальяжно разлеглась, положив голову на солнечное сплетение, брюшную аорту и воротную вену.

Голову заботливо обвила подкова двенадцатиперстной кишки. Милостливо пропускает поджелудочная железа общий жёлчный проток, а по задней поверхности в специальных бороздках - селезёночные сосуды.

Хвост пантера уложила в ворота селезенки, а укрылась желудком и большим сальником.

Но разбудите её - и она не станет вести себя спокойно.

И.А.Абрикосов

Исход заболевания

- Нарушение экскреторной и инкреторной функций
- Рак ПЖ

Классификация (1)

■ По клиническим проявлениям:

1. Болевой
2. Гипосекреторный
3. Астеноневротический
4. Латентный
5. Сочетанный

Классификация (2)

■ По характеру клинического течения:

1. Редко рецидивирующий (не > 1-2 раза в год)
2. Часто рецидивирующий (3-4 и > раз в год)
3. Персистирующий (постоянные симптомы)

Классификация (3)

■ По этиологии:

1. Билиарный
2. Алкогольный
3. Дисметаболический (СД, гемохроматоз, гиперхолестеринемия)
4. Инфекционный
5. Лекарственный
6. Идиопатический

Этиологические факторы ХП (1)

- ❖ Интоксикация алкоголем (25-50%)
- ❖ Заболевания билиарной системы (25-40%)
- ❖ Патология области большого дуоденального сосочка (опухоли, отек, стриктуры)

Алкогольный хронический панкреатит

- 150-200 мл алкоголя
- 10 лет
- 90% пациентов

Патогенез алкогольного хронического панкреатита



Этиологические факторы ХП (2)

- ✓ гиперлипидемия
- ✓ ЭРХПГ
- ✓ оперативные вмешательства на органах ЖКТ
- ✓ язвенная болезнь
- ✓ аномалии панкреатического протока
- ✓ опухоли поджелудочной железы
- ✓ муковисцидоз
- ✓ ишемия
- ✓ аллергия
- ✓ васкулит
- ✓ травмы живота
- ✓ лекарства

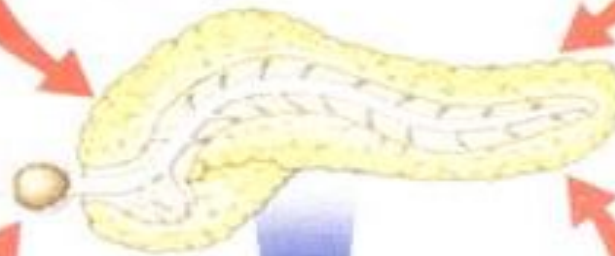
Лекарственные препараты



Алкоголь



Нормальная поджелудочная железа



Желчнокаменная болезнь



Хронический панкреатит



Вирусы

Лекарства, повреждающие поджелудочную железу (группа высокого риска XII):

- ◆ диуретики
- ◆ азатиоприн
- ◆ тетрациклин
- ◆ 6-меркаптопурин
- ◆ сульфасалазин
- ◆ сульфаниламиды

Клинические признаки ХП

- боли - 95%
- слабость - 86%
- кишечная диспепсия - 64%
- запоры - 51 %
- похудание - 50%
- желудочная диспепсия - 24%
- поносы - 14 %



% больных



Синдромы при ХП



Рис. Частота различных симптомов при хроническом панкреатите (M.W. Buhler et al., 2002)

- Болевой
- Дисмоторной желудочно-дуоденальной диспепсии (рвота, не приносящая облегчения, тошнота, отрыжка, снижение аппетита)
- Кишечной диспепсии (метеоризм, понос)
- Мальабсорбции
- Нарушенного питания
- Кишечной дискинезии (запор)
- Вегетативных и психических нарушений
- Панкреатического цитолиза
- Внешнесекреторной недостаточности

Локализация болей при ХП

Локализация процесса	Локализация болей
Головка ПЖ	правое подреберье
Тело	эпигастральная область
Хвост	левое подреберье
Тотальный панкреатит	опоясывающие боли

Характеристика болевого синдрома при ХП

I вариант – *приступообразные* боли, возникающие после приема алкоголя, жирной, жареной, копченой пищи, в верхних отделах живота, иррадиирующие в спину, опоясывающие

II вариант – *постоянные, ноющие* боли, усиливающиеся после погрешности в питании

III – сочетание I и II вариантов

Стадии клинического течения

I Преклиническая стадия

- (клиническая симптоматика отсутствует, при КТ или УЗИ выявляются признаки, характерные для хронического панкреатита).

II Стадия начальных проявлений

- эпизоды обострения хронического панкреатита по типу острого панкреатита;
- прогрессирующее течение с нарастанием интенсивности и продолжительности болевого синдрома;
- сохранение симптоматики в периоды между обострениями;
- осложненное течение хронического панкреатита

Стадии клинического течения

III Стадия постоянной клинической симптоматики с преобладанием болевого абдоминального синдрома и появлением признаков экзокринной и эндокринной недостаточности

IV конечная стадия

- преобладание клинических признаков экзокринной и /или эндокринной недостаточности
- синдром белково-энергетической недостаточности

Осложнения хронического панкреатита

- Желтуха, билиарная обструкция (10-30% случаев)
- Дуоденальная обструкция (10-25% случаев)
- Избыточный бактериальный рост (40 % случаев)
- **Экзокринная недостаточность ПЖ-диарея, стеаторея**
- Сахарный диабет (развивается по мере прогрессирования заболевания)
- **Ретенционные кисты и псевдокисты**
- Мальдигестия и мальабсорбция
- **Трофологическая недостаточность**

Диагностика внешнесекреторной недостаточности ПЖ (1)

Клинические признаки внешнесекреторной недостаточности:

- полифекалия
- «панкреатический» стул
- уменьшение массы тела
- признаки дефицита витаминов А, Д, Е, К

Рекомендуемые лабораторные исследования при ХП:

однократно

- общий анализ крови
- общий анализ мочи
- общий билирубин и фракции
- АСТ, АЛТ
- ЩФ, γ -ГТ
- амилаза крови
- липаза крови
- сахар крови
- общий белок
- копрограмма

Диагностика внешнесекреторной недостаточности ПЖ (2)

Лабораторные признаки:

■ Стеаторея

- ✓ Обнаружение крупных (> 8 мкм) капель нейтрального жира
- ✓ Выделение > 6 г жира в сутки при приеме 10 г жира в сутки

■ Креаторея

- ✓ Обнаружение > 10 мышечных волокон в п/зр при приеме 200 г мяса в сутки
- ✓ Выделение $> 5\%$ радиоактивности при приеме альбумина, меченного ^{131}J

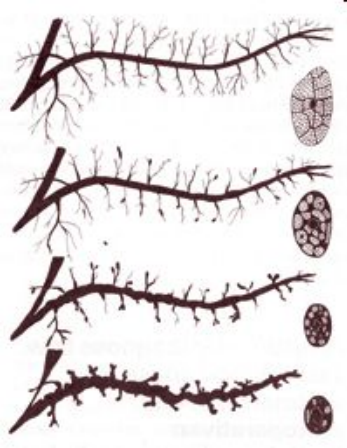
Рекомендуемые инструментальные исследования при ХП:

однократно

- обзорный рентгеновский снимок брюшной полости
- УЗИ органов брюшной полости (комплексно)
- ЭРХПГ

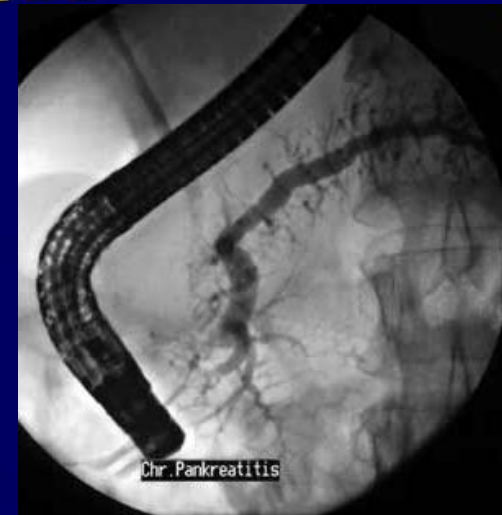
двукратно

- УЗИ поджелудочной железы



Методы визуализации поджелудочной железы

- Трансабдоминальное УЗИ
- Эндоскопическое УЗИ
- ЭРХПГ
- КТ с внутривенным контрастированием
- Сцинтиграфия с введением гранулоцитов, меченных Tc или In



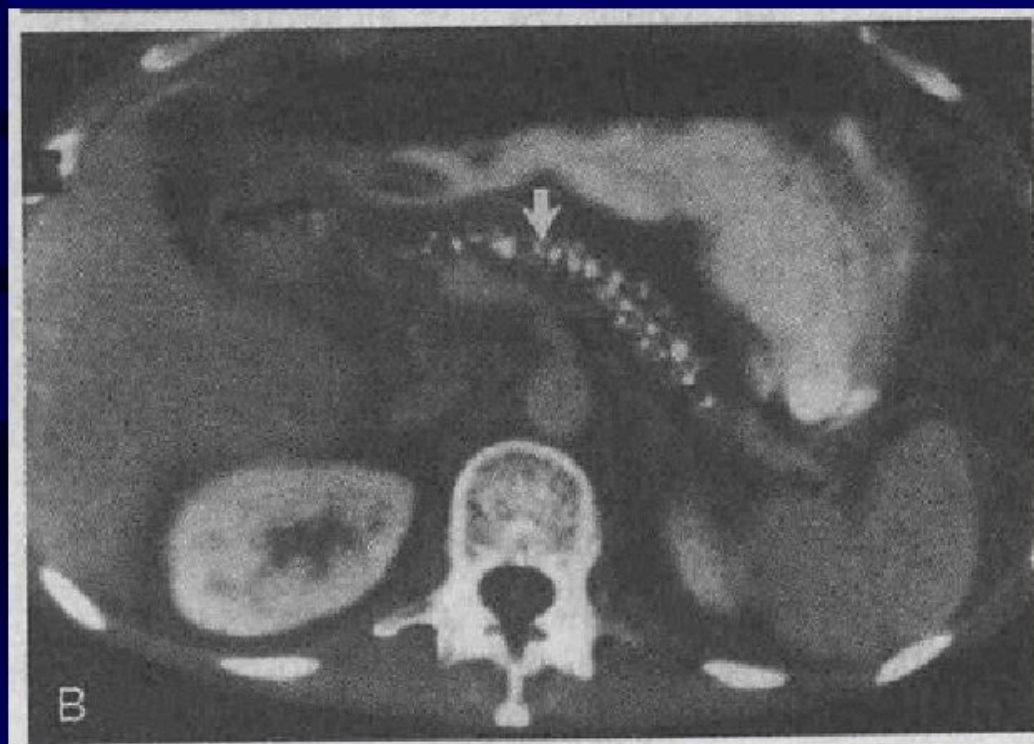
ЭРХПГ при хроническом панкреатите (1)



ЭРХПГ при хроническом панкреатите (2)



КТ при хроническом панкреатите



Дополнительные исследования

- Лапароскопия с прицельной биопсией поджелудочной железы
- КТ поджелудочной железы
- коагулограмма
- сахар крови после приема глюкозы («сахарная кривая»)

лечение

- при лечении пациента с хроническим панкреатитом требуется решить сразу три задачи:
 - **купировать абдоминальную боль**
 - купировать клинические симптомы экзокринной недостаточности
 - восстановить белково-энергетический статус организма

Причины болевого абдоминального синдрома при хроническом панкреатите и принципы консервативного лечения

Гиперсекреция

на фоне
нарушенной
проходимости
протоков

Отек паренхимы
поджелудочной
железы

Растяжение
капсулы

Сдавление
нервных
окончаний

Метеоризм

Явления
гастродуоденита



Создание
функционального
покоя
поджелудочной
железы

Уменьшение
ее
секреторной
активности

Купирование
боли

1. Диета и исключение алкоголя
2. Ненаркотические и наркотические анальгетики
3. Панкреатические ферменты
4. Антисекреторные препараты
5. Спазмолитики
6. Октреотид
7. Эндоскопическое лечение
8. Хирургическое лечение



Тактика определяется
этиологией панкреатита!

Лечение ХП в период стихания обострения, ремиссии

- ✓ Отказ от потребления алкоголя, диета стол 5
- ✓ Предупреждение миграции желчных камней
- ✓ Соблюдение диеты с низким содержанием жира, высоким содержанием белка, частым приемом небольших порций пищи; исключение грубой клетчатки, «сокогонных» продуктов, холодных и шипучих напитков
- ✓ Купирование болей (НПВП, спазмолитики), трамадол, антидепрессанты)
- ✓ Коррекция нарушений переваривания и всасывания, ликвидация недостаточности витаминов А, D, E, К и В
- ✓ Лечение эндокринной недостаточности

диета



Диета(принципы)

- Начальное голодание
- Переход к полноценному питанию в кратчайшие сроки(белок)
- Постепенное расширение диеты
- Постепенное увеличение вводимой пищи и калорийности рациона
- Максимальное механическое и физическое щажение

диета

- 1-2 день – голод (можно 1,0-1,5 л жидкости)
- 3-4 день - жидкая пища + легкоусвояемые углеводы + 30% белка животного происхождения
- До 2-х недель - механически и термически щадящая диета, прием дробный, 5-6 раз в сутки, малыми порциями, еда медленная, тщательное пережевывание пищи.
t° пищи: горячие блюда не >57-62°;
холодные блюда не <15-17°.



панкреатин®
Мезим® форте 10000

Ферментный препарат первого выбора для лечения
болевого синдрома при хроническом панкреатите

АКТИВАЦИЯ ПРЕПАРАТА

**МАКСИМАЛЬНОЕ
ОБЕЗБОЛИВАНИЕ**

Мезим® форте 10000

20 капсул, 10000 ЕД
ПАНКРЕАТИН

© 2007 МП «Медиа-Визуал»
Всё права защищены. МП «Медиа-Визуал»
г. Москва, ул. Мясницкая, д. 20, стр. 1

профилактика

■ Первичная:

1. Разнообразное питание
2. Баланс между принимаемой пищей и физической активностью
3. Поддержание норм.веса тела
4. Рацион большим содержанием зерновых, овощей, зелени
5. Низкое содержание в пище жира, и холестерина
6. Умеренное содержание сахара и соли
7. Исключение алкоголя и отказ от курения

профилактика

- **Вторичная:**
 1. «Д» наблюдение (терапевт, гастроэнтеролог, хирург по необходимости)
 2. Санация ж/в путей
 3. Раннее выявление калькулезного холецистита, его своевременное оперативное лечение
 4. Соблюдение диеты
 5. Нормализация образа жизни