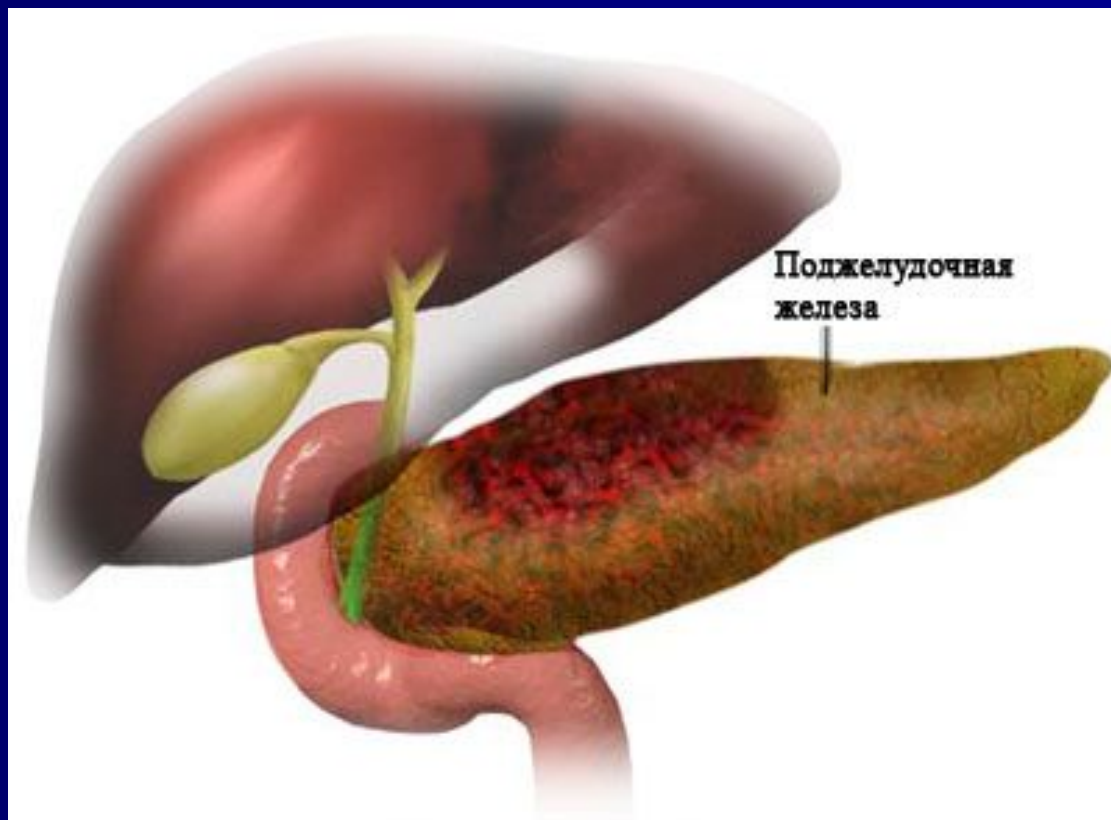


ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ



Хронический панкреатит (ХП) – прогрессирующий воспалительно-дегенеративно-склеротический процесс с фиброзно-кистозной перестройкой экзо- и эндокринного аппарата ПЖ, конечными этапами которого являются атрофия железистой и островковой ткани и развитие внешне- и внутрисекреторной недостаточности органа.

ЭТИОЛОГИЯ

Алкогольная – 50-60%;

Билиарная – 30-40%;

Генетическая – 10%;

Инфекционная (гепатит В, С).

По этиологии ХП делят на
первичные, вторичные и
посттравматические.

Первичные: ПЖ является органом-мишенью, ее поражение первично, и лишь затем могут появиться признаки поражения других органов.

Вторичные: развиваются вследствие патологии других органов (чаще пищеварительного аппарата).

Посттравматические панкреатиты: развиваются после открытой или тупой травмы ПЖ.

Причины развития первичных гиперферментативных ХП:

- ✓ Злоупотребление алкоголем;
- ✓ Систематическое употребление жирной пищи;
- ✓ Прием ЛС (азатиоприн, гипотиазид, сульфаниламиды, тетрациклин);
- ✓ Дефицит белка в питании (квашеный кор);
- ✓ Ишемический – при поражении сосудов, кровоснабжающих ПЖ.

Причины развития вторичных гиперферментативных ХП:

- ✓ Холецистит;
- ✓ Пептическая язва ДПК;
- ✓ Первичная (опухоли, папиллиты) и вторичная (дискинезия сфинктера Одди, рубцовый стеноз) патология фатерова соска;
- ✓ ХГ и ЦП;
- ✓ Энтерит и колит;
- ✓ Аллергические реакции;
- ✓ Эпидемический паротит;
- ✓ Гиперлипидемия;
- ✓ Гиперпаратиреоз.

ОСЛОЖНЕНИЯ

Ранние – гнойно-септические, абсцесс ПЖ, формирование псевдокист органа, кровотечения слизистой гастродуоденальной зоны, тромбоз селезеночной и портальной вен, стеноз холедоха или ДПК.

ОСЛОЖНЕНИЯ

Поздние – внешнесекреторная недостаточность ПЖ с развитием мальдигестии, мальабсорбции и кахексии, тяжелых гиповитаминозов, анемии, гипопротеинемических отеков; панкреатогенный сахарный диабет, рак ПЖ.

Псевдокисты ПЖ – кистозные образования, лишенные эпителиальной выстилки.

Причиной их формирования является некроз ткани ПЖ вследствие острого панкреатита или выраженного обострения ХП, травмы органа. Псевдокисты являются осложнением ХП.

Осложнения кист и псевдокист ПЖ:

- перфорация в брюшную полость;
- формирование наружных или внутренних свищей;
- абсцесс ПЖ;
- кровотечение;
- малигнизация;
- сдавление соседних органов.

ПАТОГЕНЕЗ

В основе развития ХП лежит первичное деструктивное поражение ацинусов, обусловленное внутриклеточной активацией ферментов ПЖ. При ферментативном панкреатите образуются очаги некроза и асептического воспаления.

КЛИНИКА

□ 1..

□ 2...

□ 3...

□ 4....

□ 5....

□ 6...

□ 7...

Диспепсический синдром:

Какие еще???

Провокация боли:

- ✓ переедание,
- ✓ жирная, жареная, копченая, острая еда,
- ✓ алкоголь,
- ✓ свежие овощи и фрукты,
- ✓ газированные напитки.

Еда, которая имеет желчегонные свойства (яйца), провоцирует приступ билиарного панкреатита в результате усиления билиопанкреатического рефлюкса.

Синдром внешнесекреторной недостаточности проявляется нарушением пищеварения (мальдигестия), в результате которой больные прогрессивно теряют массу тела.

Для панкреатитов, особенно гипоферментных, характерно «большое панкреатическое опорожнение» (объемное, вонючее, сероватого цвета с блестящей поверхностью – жирное).

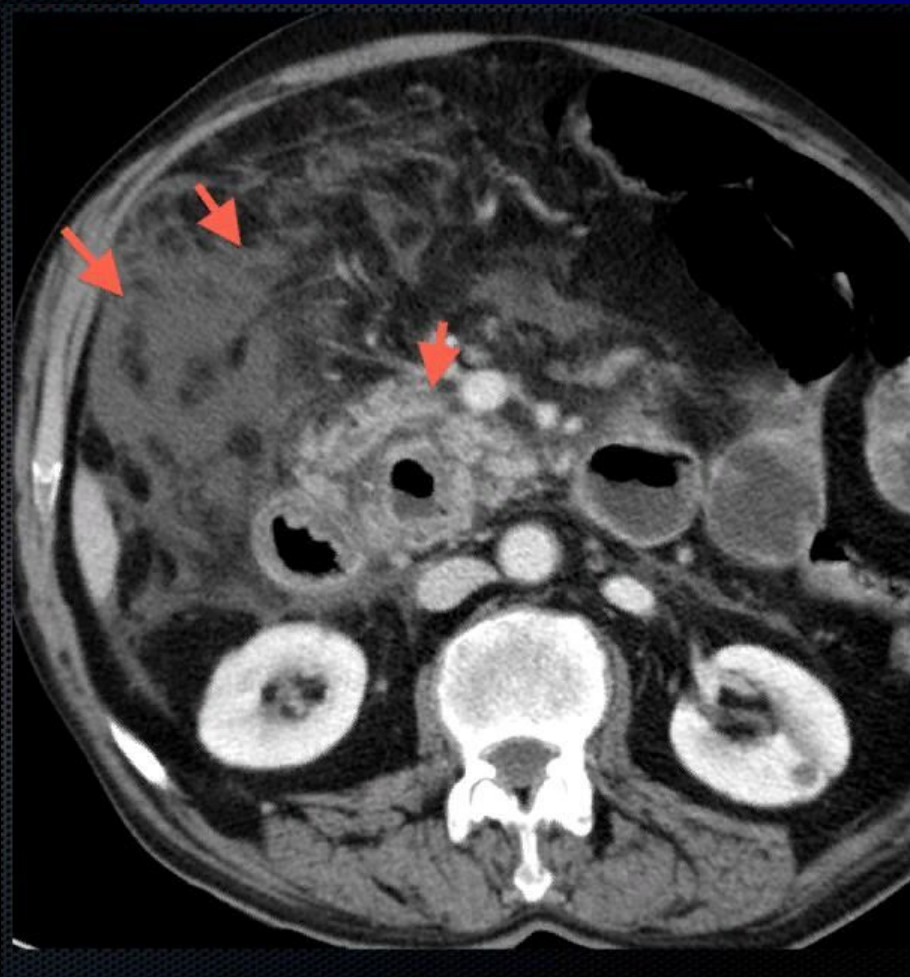
Мальдигестия приводит к гиповитаминозам (трещины в углах рта, сухость и шелушение кожи, кровоточивость десен, глоссит), снижение тургора кожи, анемии, нарушения половой функции, гипотонии. Как следствие нарушения всасывания кальция развивается остеопороз.

СИМПТОМЫ:

- Мейо-Робсона
- Щеткина –Блюмберга (обострение)

Диагностика

F R G 85%
D 13 cm XV C
PRC 12-4-H PRS 2
PST 1



Острый панкреатит - УЗИ

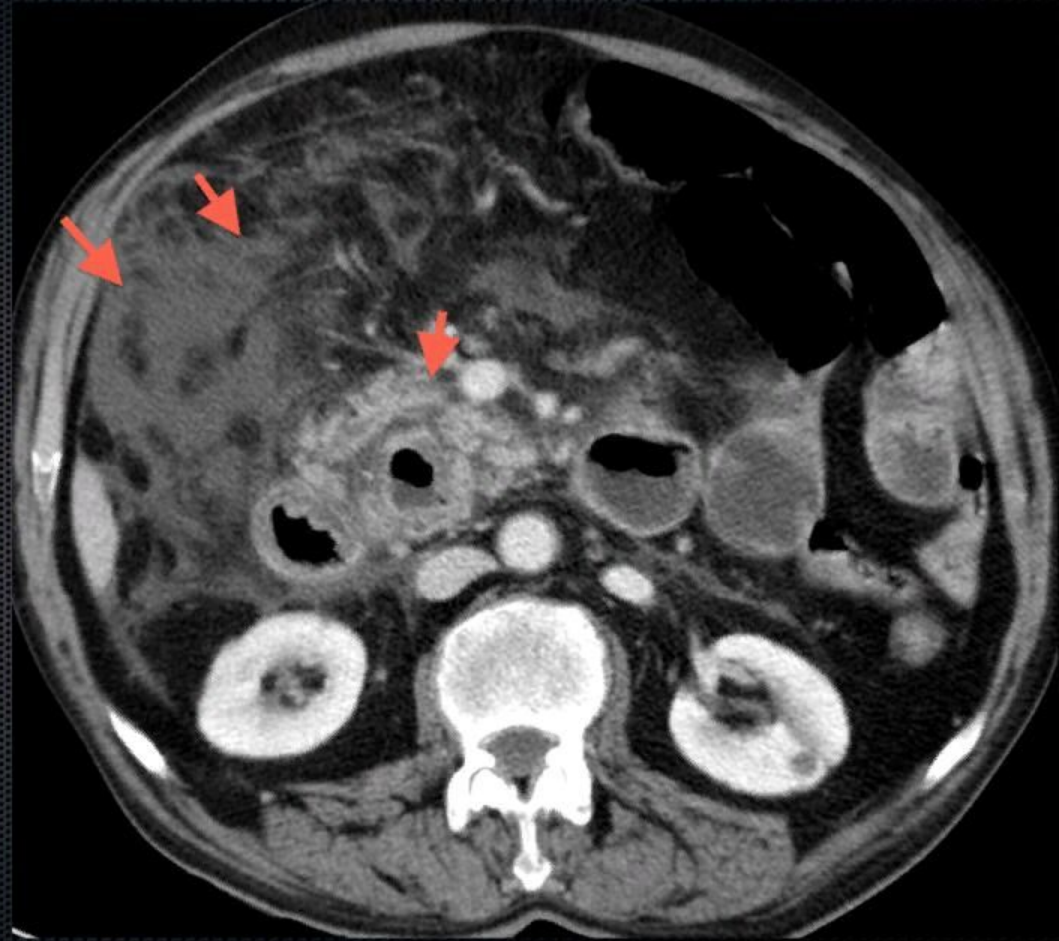
- Отек и увеличение размеров железы
- Снижение эхогенности, гетерогенность паренхимы железы
- Расширение протока незначительное, при локализации воспаления в головке железы
- Скопления жидкости
- Зачастую визуализация затруднена

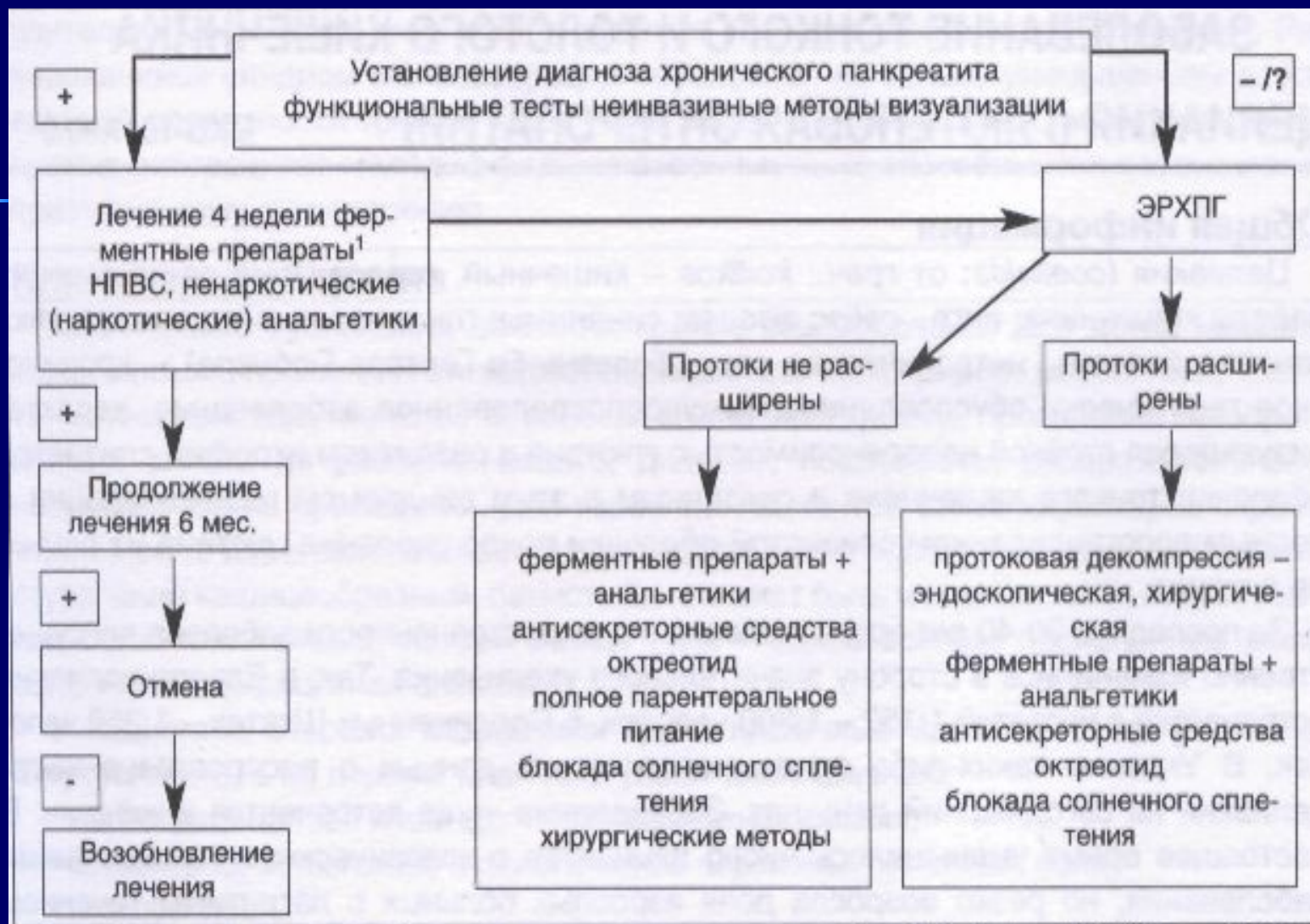
F R G 85%
D 13 cm XV C
PRC 12-4-H PRS 2
PST 1



Острый панкреатит - КТ

- Увеличение железы
- Воспалительные изменения прилежащей жировой клетчатки
- Скопления жидкости
- Отсутствие контрастирования участка паренхимы (снижение перфузии) - некроз!
- Осложнения - абсцедирование, гемorragии, формирование псевдокист





Классификация хронического панкреатита:

По этиологии:

1. Первичный – алкогольный и т.д.
2. Вторичный – билиарный и т.п.
3. Идиопатический.

Стадии:

- Обострение.
- Ремиссия.
- Неустойчивая ремиссия.

По морфологическим признакам:

1. Кальцифицирующий.
2. Обструктивный.
3. Инфильтративно-фиброзный.
4. Фиброзно-склеротический (индуративный).

По функциональным признакам:

- Патогенетически функциональный вариант – гиперферментемический, гипоферментный.
- Степени нарушения функции поджелудочной железы:

Экскреторная недостаточность:

- а) легкой, умеренной, тяжелой степени;
- б) гиперсекреторный, гипосекреторный, обтурационный, дуктулярный типы;

Инкреторная недостаточность:

- а) гиперинсулинизм;
- б) гипофункция инсулярного аппарата – панкреатический сахарный диабет.

Осложнения:

?????

Осложнения:

Ранние – кровотечения, ретенционные кисты и псевдокисты, бактериальные (абсцесс, парапанкреатиты, забрюшинная флегмона, холангит); системные осложнения (ДВС-синдром, дыхательная, почечная, печеночная недостаточность, энцефалопатия).

Поздние – стеаторея и другие признаки мальдигестии и мальабсорбции (гиповитаминоз, остеопороз), дуоденостеноз, анемия.

Лабораторные исследования:

Обязательные:

- Ан. Крови
- копрограмма –
- фекальная панкреатическая эластаза-1 –
снижение уровня при
внешнесекреторной недостаточности ПЖ.

При наличии показаний:

- Биохим. Ан. Крови ;
- С-пептид (иммунореактивный) крови —
снижение уровня

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА:

Основная задача лабораторной диагностики гиперментных панкреатитов – выявление феномена «отклонения» ферментов в кровь, который является маркером повреждения ацинарных клеток. При остром панкреатите уровень амилазы крови (мочи) повышается практически всегда.

При наличии показаний:

- ^{13}C -амилазный дыхательные тесты – для определения внешнесекреторной функции ПЖ;
- обзорное рентгенологическое исследование брюшной полости – позволяет выявить кальцификацию ПЖ или внутрипротоковые конкременты;
- ЭРХПГ – выявление изменений протока ПЖ и его ветвей (прерывистое расширение протоков – «цепь озер»);
- МРТ и холангиопанкреатография;
- тонкоигольная биопсия или аспирация ткани из участков панкреонекроза.



Рис. 14. ЭРХПГ у больного индуративно-фиброзным (псевдотуморозным) ХП (по M.W. Büchler et al., 2004 [7]). Определяется стеноз интрапанкреатической части холедоха — симптом «крысиного хвоста».

Группы ферментных препаратов:

- экстракты слизистой оболочки желудка – действующее вещество пепсин (абомин, пепсидил);
- панкреатические энзимы; в состав входят амилаза, липаза и трипсин (креон, пангрол, мезим-форте, панкреатин);
- комбинированные (панзинорм-форте: липаза, амилаза, трипсин, химотрипсин, холевая кислота и гидрохлориды аминокислот);
- ферменты, которые содержат лактазу (лактаза).

ЛЕЧЕНИЕ

Схема 1:

Препарат	Доза, кратность введения	Способ введения
Метронидазол	500 мг 2-3 р/день	В/в, капельно
Цефотаксим	2,0 г 2 р/день	В/м
Пирензепин	2,0 г 2 р/день	В/м
ИПП омепразол, рабепразол, лансопразол, эзомепразол, пантопразол	20 мг 1-2 р/день 30 мг 1 р/день 40 мг 1 р/день	Внутрь Внутрь Внутрь
Препараты с достаточным содержанием липазы	2 капсулы 3-4 р/день	Внутрь
Комбинированный антацид	15 мл 3-4 р/день	Внутрь
Мебеверин	200 мг 2 р/день	Внутрь