Хронический панкреатит

Хронический панкреатит

- Прогрессирующее заболевание поджелудочной железы, характеризующееся появлением во время обострения признаков острого воспалительного процесса, постепенным замещением паренхимы органа соединительной тканью и развитием недостаточности экзо- и эндокринной функций железы преимущественно алкогольного генеза.

Классификация

- ХП с диффузным или сегментарным фиброзом
- ХП с фокальными некрозами или без
- ХП с кальцификацией или без
- Хронический обструктивный панкреатит

Классификация

- Марсельско-Римская выделяет следующие формы:
- Хронический кальцифицирующий панкреатит (ХКП)
- Хронический обструктивный панкреатит (ХОП)
- Хронический фиброзно-индуративный панкреатит
- Хронические кисты и псевдокисты поджелудочной железы

Этиология хронического кальцифицирующего панкреатита

- Алкоголь
- Химические вещества
- Лекарственные препараты
- Гиперлипидемия
- Гиперкальциемия
- Наследственная предрасположенность
- Рацион с резко ограниченным содержанием белка и жиров (недоедание)
- Дефицит антиоксидантов в пище
- Комбинация факторов

Этиология хронического обструктивного панкреатита

- Кальцинаты в протоках
- Оддит (папиллит)
- Ампулома
- Гипертрофия сфинктера Одди

Клиническая картина

- Болевой синдром при ХП
- (язвенно-подобный –голодный или ранние боли, ночные боли)
- по типу левосторонней колики
- синдром правого подреберья
- дисмоторный (в сочетании с ощущением тяжести после еды и рвотой
- Распространенный (без четкой локализации)

Клиническая картина

- Диспепсический синдром (отрыжка, изжога, тошнота)
- Признаки экзокринной недостаточности (поносы, метеоризм)
- Эндокринная недостаточность (проявление симптомов СД или гипогликемического синдрома)
- Признаки, обусловленные действием активированных панкреатических ферментов

Разной величины (до 1-3 мм) круглые, красного или рубинового цвета капельки или пятнышки (микроаневризмы) на коже нижней части груди и туловища (симптом Тужилина)

Клиническая картина

- болезненность при пальпации живота
- При увеличении головки поджелудочной железы наблюдается симптом Курвуазье (механическая желтуха плюс пальпируемый желчный пузырь); постоянные боли в верхней части живота, признаки желудочной и кишечной диспепсии

Осложнения

- Дисбактериоз кишечника
- Неспецифический реактивный гепатит
- Псевдокисты (не выстланы эпителием) с абсцедированием или разрывом
- Сужение ДПК
- Механическая желтуха
- Варикозное расширение вен пищевода, асцит и другие признаки портальной гипертензии
- Тромбоз селезеночной вены

Диагностика

- ОАК (лейкоцитоз, увеличение СОЭ)
- ОАМ: наличие билирубина, отсутствие уробилина при желтушном варианте; повышение активности амилазы
- увеличение в крови содержания амилазы, липазы, трипсина, сиаловых кислот, серомукоида – в первые сутки обострения болезни
- Увеличение билирубина за счет конъюгированной фракции при желтушной формой
- Гипергликемия, снижение толерантности к глюкозе при нарушении инкреторной функции поджелудочной железы
- Снижение общего белка, альбуминов,калия, кальция, магния, холестерина, сывороточного железа при синдроме мальабсорбции

Диагностика

- Копроцитограмма: мазеподобная консистенция кала, непереваренная клетчатка, стеаторея, креаторея, амилорея при выраженной внешнесекреторной недостаточности
- УЗИ поджелудочной железы: неоднородность структуры поджелудочной железы с участками повышенной эхогенности; кальциноз железы и камни панкреатического протока; неравномерно расширенный вирсунгов проток; неровный контур поджелудочной железы; увеличение (уменьшение) размеров поджелудочной железы; увеличение и уплотнение головки поджелудочной железы при псевдотуморозной форме

Диагностика

- Рентгенологическое исследование (дуоденография) выявляет признаки увеличения головки поджелудочной железы: развернутость дуги ДПК или ее стенозирование; вдавление на внутренней стенке нисходящей части ДПК; деформация внутреннего контура нисходящей части ДПК в виде зеркально отраженной цифры 3.
- Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография выявляет признаки диффузных изменений протоковой системы: неравномерное расширение вирсунгова протока, его изломанный характер, деформация контура; камни в протоке пожделудочной железы; неоднородность контрастирование сегментов железы

Дифференциальный диагноз

- Хронические заболевания желчных путей и печени
- ЯБЖ и ДПК
- Рак ПЖ
- Хронический энтерит

Лечение

- При выраженном обострении показана госпитализация
- Диета (в первые 2-3 дня голод,
- Гидрокарбонатно-хлоридные воды («Боржоми», «Нарзан») внутрь до 6 стаканов в сутки. В последующие дни по мере улучшения больного диета постепенно расширяется (протертый вариант стола 5 п)
- В фазе затухающего обострения и ремиссии ХП показана щадящая диета с увеличением количества белка (130-150 г\сут) за счет включения в рацион нежирных сортов творога, сыра, мяса и рыбы; уменьшением содержания жиров (70-80 г/сут) и углеводов (300-400 г/сут). Рекомендуется вареная пища, небольшими порциями 4-6 раз в день. Запрещаются алкаголь, жирная, острая пища, консервы, газированные напитки, кислые сорта яблок и кислые фруктовые соки

Лечение

- Медикаментозное лечение
- 1.Средства, подавляющие панкреатическую секрецию:
- Антациды (альмагель, фосфалгель, смесь Бурже, викалин)
- Блокаторы H_2-рецепторов (фамотидин, ранитидин, циметидин)
- Холинолитики (гастроцепин, хлорозил, атропин, платифиллин)
- Данные препараты уменьшают стимулирующее действие соляной кислоты на секрецию железы, а холинолитики угнетают ее сокоотделение. Антациды назначаются через 1,5 часа после еды и на ночь

Лечение

- 2.Ингибиторы панкреатических протеаз:
- Пантрипин по 12-20 ЕД 1-2 раза в сутки
- Контрикал (трасилол) по 10-20 тыс. ЕД 1-2 раза в сутки
- Гордокс по 100 тыс. ЕД 1-2 раза в сутки
- Аминокапроновая кислота по 100 мл 5% го раствора в физиологическом растворе в/в кап, 1-2 раза в сутки 10-20 вливаний или внутрь по 1г 3 раза в день.
- Антикининовые средства: продектин (пармидин) по 0,25-0,5 г х 3 раза в день в течение 1-3 мес
- 4.Средства, снижающие давление в протоковой системе железы:

4.1Холинолитики.

4.2миолитики-галидор по 2 мл 2,5% го раствора 2-3 раза в/м или по 0,04-0,08 г 3 раза внутрь; эуфиллин по 2 мл 24%го раствора 2-3 раза в/м

4.3Верапамил (изоптин, финоптин)обладает спазмалитическим и уменьшающим панкреатическую секрецию действием. Назанчается в/в по 2 мл 0,25% -го раствора 2 раза в день в течение 5-7 дней

4.4 Нитраты (нитроглицерин по 0,5 мг под язык при сильнейших болях, нитросорбидпо 10-20 мг

Лечение

- Препараты, устраняющие нарушения гастродуоденальной и пищеводной моторики.
- 5.1Эглонил по 2 мл в\м 2 раза или по 50 мг 2-3 раза в день; церукал по 2 мл в/м 2 раза или 10-20 мг внутрь 3-4 раза в день.
- 6.Анальгезирующие средства:
- 6.1 Ненаркотические анальгетики –анальгин по 1-2 мл 50 % го раствора в сочетании с 1 мл 1% раствора димедрола в/м, баралгин по 5 мл в/м или по 1-2 таб.3 раза в день
- 6.2 Наркотические анальгетики – промедол по 1 мл 1-2 % раствора п/к; морфин противопоказан, т.к. вызывает спазм сфинктеров Одди.
- Наркотические анальгетики назначаются только при резких болях
- Антибактериальные средства: ампициллин по 0,5 г 4 раза в/м или внутрь; эритромицин по 0,25 г 4 раза внутрь; доксициклин по 0,2 г внутрь в первый день и по 0,1 г в каждый последующий день. Препараты назначаются при явлениях перипанкреатита (лейкоцитоз, увеличение СОЭ, лихорадка, данные пальпации, УЗИ) в течение 7-10 дней
- Эубиотики – интестопан, энтероседив.

Лечение

- Препараты, стимулирующие синтез ингибиторов трипсина: пентоксил по 0,4 г 3 раза внутрь; метилурацил по 1 г х3 раза в день внутрь в течение 4-6 недель
- Стабилизаторы клеточных мембран (эссенциале)
- Иммунодепрессанты (делагил по 0,25г 2 раза 4-6 недель с последующей отменой препарата или переходом на поддерживающую дозу 0,25 г после ужина в течение длительного времени (1 год и больше)
- Стимуляторы экзокринной функции поджелудочной железы (секретин по 10 мл 10% раствора в/в, 10-12 вливаний)
- Ферментные препараты (фестал)
- Седативные, транквилизаторы, антидепрессанты (валериана, белллоид, седуксен, тазепам)
- Лечение СД. Диета, сахаропонижающие средстваназначаются в зависимости от формы и степени тяжести диабета.

Лечение

- Продолжительность комплексного лечения обострений ХП 1-1,5 МЕС.
- Показания для хирургического лечения

1.Сужение или обтурация большого дуоденального сосочка, ДПК, холедохохолитиаз, причины, повышающие давление в протоковой системе и затрудняющие отток секрета железы

2.Механическая желтуха при увеличении головки поджелудочной железы

3.Кисты или псевдокисты поджелудочной железы

4.Неэффективность медикаментозного лечения.