

04.05
06.05
07.05
08.05
10.05
11.05
13.05
14.05
15.05
16.05
17.05
18.05
20.05

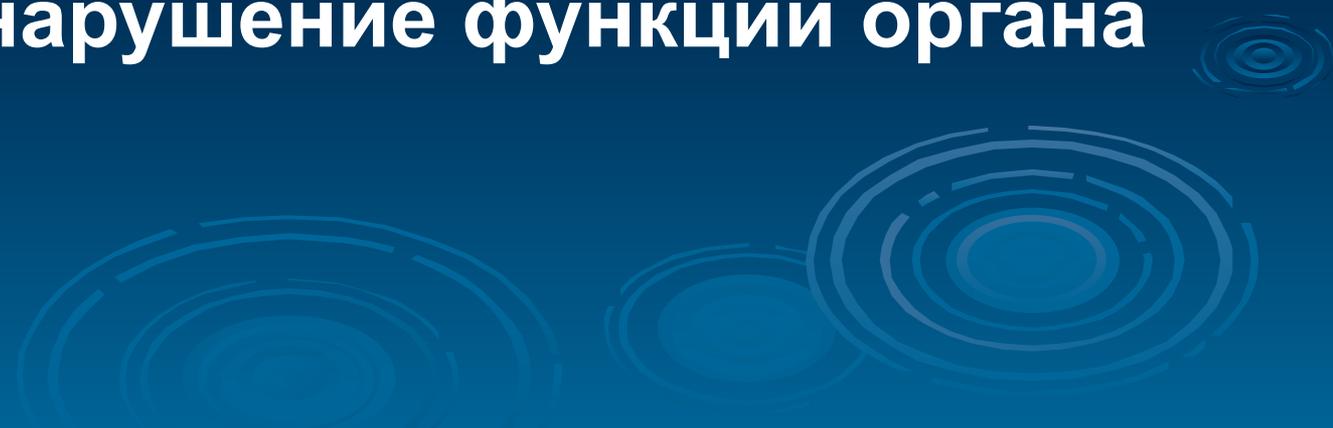
Хронический панкреатит

Заведующая кафедрой факультетской
терапии
доктор медицинских наук, профессор
Джулай Галина Семеновна



Определение

Хронический панкреатит - длительное воспалительное заболевание поджелудочной железы, проявляющееся необратимыми морфологическими изменениями, которые вызывают боль и (или) стойкое нарушение функции органа



Этиология хронического панкреатита

- систематическое употребление алкоголя
- заболевания билиарной системы
- заболевания большого дуоденального соска
- травмы поджелудочной железы
- прием панкреатотоксичных лекарств
- вирусные инфекции
- гиперпаратиреоз
- гиперлипидемии
- атеросклероз мезентериальных артерий
- наследственные факторы

Патогенетические механизмы развития хронического панкреатита

- **повышение давления в протоковой системе**, запускающее процесс активации ферментов поджелудочной железы
- **отложение белковых преципитатов** в мелких протоках поджелудочной железы
- **микроциркуляторные расстройства**, усугубляющие апоптоз и дистрофию тканей железы
- **непосредственное вирусное повреждение** клеток железы с прогрессированием фиброзных изменений

Классификация хронического панкреатита

По этиологии:

Алкогольный
Билиарнозависимый
Ассоциированный с гастродуоденальной патологией
Лекарственный
Токсический
Инфекционный
Ишемический
Идиопатический

По клиническому течению:

Болевой
Диспепсический
Латентный
С экзокринной и эндокринной недостаточностью ПЖ

По степени тяжести:

Легкое течение
Среднетяжелое течение
Тяжелое течение

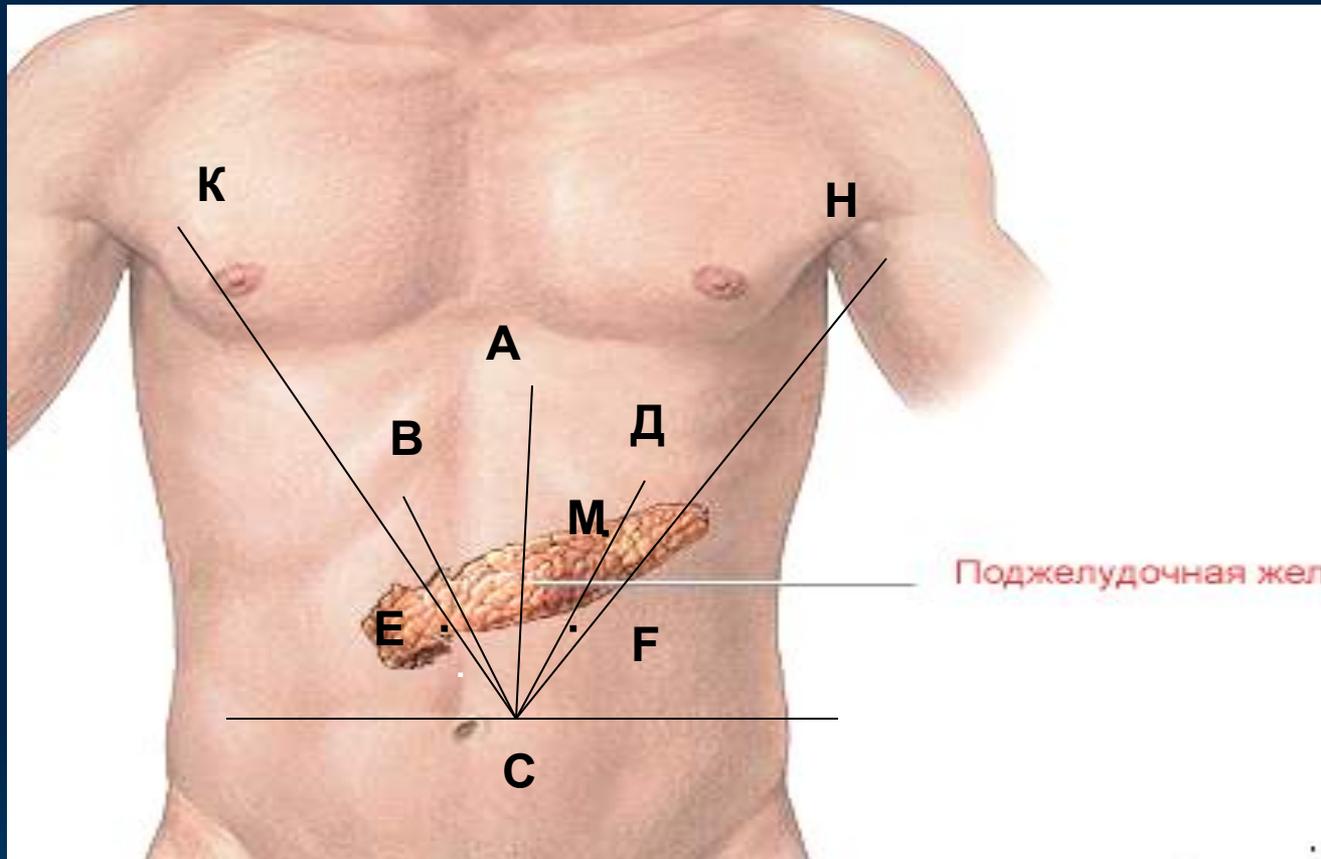
По морфологии:

Паренхиматозный
Фиброзно-склеротический
Псевдотуморозный (гиперпластический)

Основные патологические синдромы хронического панкреатита

- болевой
- диспепсический
- внешнесекреторная панкреатическая недостаточность
- скрытый либо явный сахарный диабет, реже – гипогликемический синдром
- холестааз
- нарушение дуоденальной проходимости
- сегментарная портальная гипертензия
- воспалительные и гнойные осложнения

Болевые точки и зоны при ХП



▽ ABC – зона Шоффара

▽ ADC – зона Губергрица-Скульского

- E – т. Дежардена – на 6 см выше от пупка по линии СК
- F – т. Губергрица – на 6 см выше от пупка по линии СН
- M – т. Мейо-Робсона на границе наружной и средней трети линии, соединяющей пупок с серединой левой реберной дуги

Периоды течения хронического панкреатита

- **Начальный**, протекающий с абдоминальным болевым синдромом и неспецифическими диспепсическими расстройствами
- **Развернутой клинки**, характеризующийся сформированной внешнесекреторной панкреатической недостаточностью (синдромы мальабсорбции и мальдигестии), упорной желудочной и кишечной диспепсией
- **Тотальной функциональной недостаточности ПЖ**, протекающий с присоединением нарушений углеводного обмена (сахарный диабет с абсолютной инсулярной недостаточностью) при утрате 90% паренхимы органа

Локализация максимальной пальпаторной болезненности при хроническом панкреатите

- **Панкреатическая точка Дежарена**, которая располагается на линии, проведенной от пупка к правой подмышечной впадине на расстоянии 5-7 см от пупка и соответствует проекции головки поджелудочной железы
- **Панкреатико-дуоденальная зона Шоффара** определяется следующим образом: от точки Дежарена проводят перпендикуляр к срединной линии живота, образовавшийся треугольник и представляет собой зону повышенной болезненности
- **Точка Мейо-Робсона** определяется на расстоянии 5-7 см от пупка по линии, проведенной от пупка к середине левой реберной дуги, она соответствует проекции хвоста поджелудочной железы

Осложнения хронического панкреатита

- Холестаз (желтушный и безжелтушный)
- Реактивный гепатит
- Инфекционные осложнения:
 - воспалительные инфильтраты
 - гнойный холангит
 - септические состояния
 - реактивный плеврит
 - пневмония
- Редкие осложнения:
 - подпеченочная форма портальной гипертензии
 - хроническая дуоденальная непроходимость
 - эрозивный эзофагит
 - гастродуоденальные изъязвления с кровотечением
 - синдром Мэллори-Вейсса
 - гипогликемические кризы
 - абдоминальный ишемический синдром

Методы диагностики структурных изменений поджелудочной железы

- обзорная рентгенография брюшной полости
- контрастное рентгенологическое исследование желудка в условиях гипотонии
- ультразвуковое сканирование
- компьютерная томография
- магнитно-резонансная томография
- эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ)
- сцинтиграфия с мечеными гранулоцитами

Диагностические критерии хронического панкреатита по данным УЗИ брюшной полости

- уменьшенный размер либо локальное увеличение некоторых отделов поджелудочной железы
- гетерогенное повышение эхогенности ткани органа за счет участков воспалительного отека, фиброза и кальцификатов
- неровные, с зазубринами контуры поджелудочной железы
- неравномерное расширение главного панкреатического протока, уплотнение и деформация его стенок
- деформация верхней брыжеечной и нижней полой вен

Методы диагностики функциональных изменений поджелудочной железы

□ Экзокринная недостаточность:

- снижение уровня общего белка и фракции альбуминов, факторов свертывания крови, кальция, витамина В₁₂
- копрологический тест (стеаторея, креаторея, амилорея)
- функциональные тесты - секретин-панкреозиминный, Лунда, бентироминовый, двойной тест Шиллинга
- Опоределение панкреатических ферментов в кале

□ Эндокринная недостаточность:

- гипергликемия, глюкозурия, нарушение толерантности к глюкозе

Цели лечения при обострении хронического панкреатита

- купирование боли
- уменьшение и ликвидация интоксикации
- купирование отечно-интерстициальной реакции поджелудочной железы для предотвращения «хирургических» осложнений
- создание функционального покоя органа
- лечение и профилактика осложнений

Основные лечебные мероприятия при обострении хронического панкреатита

- Голод первые 3 дня и по показаниям парентеральное питание
- Непрерывная аспирация желудочного содержимого через назогастральный зонд при явлениях гастро- и дуоденостаза
- Введение октреотида (соматостатина) по 100 мкг 3 раза в день п/к с целью снижения давления в протоковой системе поджелудочной железы и опосредованно за счет снижения желудочной секреции
- При отсутствии октреотида назначается внутривенно струйно ранитидин по 150 мг или фамотидин 40-80 мг каждые 8 часов
- Инфузионное введение реологических и дезинтоксикационных растворов – полиглюкина, гемодеза, 5-10% глюкозы
- Назначение анальгетиков в комбинации со спазмолитиками, нейролептиками, аналогами опиатов (трамадол), нестероидными противовоспалительными средствами
- Эффективность использования ингибиторов протеолитических ферментов (контрикала, гордокса, апротинина, габексата) не является доказанной

Показания к хирургическому лечению хронического панкреатита

- некупирующиеся боли
- формирование псевдокист
- рецидивирующие желудочно-кишечные кровотечения

Базисная терапия хронического панкреатита

- обеспечение функционального покоя поджелудочной железы путем длительного назначения **блокаторов желудочной секреции** (**блокаторы H_2 -рецепторов гистамина** – ранитидин, фамотидин и **ингибиторы протонной помпы** – омепразол, лансопразол, пантопразол)
- купирование гастро- и дуоденостаза **прокинетиками** (мотилиум), **спазмолитиками** (но-шпа), **холинолитиками** (бускопан)
- коррекция внешнесекреторной панкреатической недостаточности (**полиферментные препараты**)
- коррекция внутрисекреторной панкреатической недостаточности (**инсулин**)

Принципы диетической терапии хронического панкреатита

- пожизненное соблюдение диеты!
- полный отказ от приема алкоголя
- частый прием пищи (4-6 разовое питание)
- общая энергетическая ценность рациона 2500-3000 ккал на фоне адекватной заместительной ферментной терапии
- снижение количества жиров до 60 г/сутки (540 ккал), углеводов – до 300-400 г (1200-1600 ккал), белков – до 60-120 г (320-480 ккал)
- коррекция имеющейся инсулиновой недостаточности

Принципы заместительной полиферментной терапии при внешнесекреторной панкреатической недостаточности

- Расчет дозы замещения по липазе (не менее 20000 – 40000 ед.)
- Использование микрогранулированных форм препаратов в капсулах
- Дополнительное назначение жирорастворимых витаминов (А, D, Е, К) и витаминов группы В

Критерии адекватности заместительной полиферментной терапии

- нарастание массы тела
- нормализация стула (менее 3 раз/сутки)
- снижение метеоризма

Прогноз хронического панкреатита

- Десятилетняя выживаемость больных с наиболее тяжелым алкогольным панкреатитом составляет 80% при условии полного прекращения потребления алкоголя, однако снижается более чем в 2 раза, если пациент продолжает прием спиртных напитков



**Спасибо за внимание!
Не зная боли!**