

Панкреатиты

профессор Хамитов Р.Ф.
зав.кафедрой внутренних болезней №2
КГМУ

Хронический панкреатит

**хроническое прогрессирующее
воспалительно-склеротическое
заболевание поджелудочной железы
продолжительностью более 6 месяцев
с постепенным замещением паренхимы
органа соединительной тканью и
развитием недостаточности
экзокринной и эндокринной функции
железы**

Клиническая классификация ХП

- Х. кальцифицирующий панкреатит
- Х. обструктивный панкреатит
- Х. паренхиматозный панкреатит

Клиническая классификация ХП

(ранняя)

- Хронический рецидивирующий панкреатит
- Хронический болевой панкреатит
- Латентная форма ХП (безболевая)
- Псевдотуморозный ХП

Этиологические факторы ХП

- Алкоголизация;
- Заболевания желчного пузыря и ж/выводящих путей;
- Заболевания желудочно-кишечного тракта (дуодениты, папиллиты, язвенная болезнь);
- Токсические и лекарственные воздействия (сульфаниламиды, тетрациклины, гидрохлортиазид, фуросемид, иммунодепрессанты, непрямые антикоагулянты, НПВС);
- Особенности питания (низкая калорийность, недостаток белка);
- Наследственные обменные нарушения (аминокислоты, кальций, недостаток меди и селена);
- Травмы (в т.ч., интраоперационные и после ЭРПХГ);
- Инфекции (вирусный гепатит, инфекционный паротит).

Патогенез ХП



Клиническая диагностика ХП

- Этиологические факторы ХП в анамнезе
- Болевой синдром (локализация, иррадиация)
- Диспептический синдром (рефлюксные проявления: тошнота, отрыжка, изжога)
- Внешнесекреторная недостаточность (диарея, полифекалия, стеаторея, креаторея, метеоризм, снижение аппетита, массы тела, сухость кожи)
- Внутрисекреторная недостаточность (гипергликемия, низкие дозы инсулина, редкость кетоацидоза, нефропатий и микроангиопатий, гипогликемические состояния, нейропатии)
- Синдром билиарной гипертензии (механическая желтуха, холангит)
- Характерные осложнения ХП (панкреонекроз, кисты, кальцинаты)

Болевой синдром

Тупые ноющие или приступообразные сверлящие боли в верхней половине живота (в обеих подреберьях, эпигастрии) с полукружной иррадиацией (чаще) по левому подреберью в спину при нарушениях диеты (чаще после еды) или после инструментальных манипуляций

- При характерных признаках боли у алкоголизированных лиц
- У пациента с СД и стеатореей

Физикальная симптоматика

- Пальпация (1-5%)
- Точка Дежардена (5-7 см по линии, соединяющей пупок с пр.подмышечной впадиной)
- Холедохопанкреатическая зона Шоффара
- Точка Кача (по левой прямой мышце на 5 см выше пупка)
- Точка Мейо-Робсона (на границе наружной и средней трети линии, соединяющей пупок с серединой левой реберной дуги)
- Точка Малле-Ги (в углу между левым подреберьем и левой прямой мышцей)

Диагностика ХП по балльной системе

(по P.Layer и U.Melle, 2005)

Параметры	баллы
Кальцификация поджелудочной железы	4
Характерные гистологические изменения	4
Характерные изменения по УЗИ или РКТ	3
Экзокринная недостаточность	2
Приступообразная или хр. боль в животе	2
Сахарный диабет	1

Лабораторная диагностика ХП

- У 25% при обострении - умеренное ускорение СОЭ и небольшой лейкоцитоз
- Б/х исследование крови: амилаза, липаза (**вне обострения могут быть в Н или понижены**), АЛТ, АСТ, маркеры холестаза (билирубин, ЩФ, ГГТ), сахар, кальций, белок
- Исследование недостатка панкреатических ферментов и бикарбонатов в дуоденальном содержимом после введения панкреозимина (**ПФ – в далеко зашедших случаях**) и секретина (**БК – в начале процесса**)
- ПАБК-тест (0,5-1 г соли ПАБК внутрь – при ферментативной недостаточности за 6-8 ч с мочой выделяется менее 50% ПАБК)

Копрологический анализ

- Полуоформленный
- Непереваренные остатки пищи
- Полифекалия (более 400 г/сут)
- **Стеаторея** (мыла, нейтральный жир: достоверный признак – более 6 капель в поле зрения). **Умеренно выраженная с.** – при выявлении в препарате более 100 кап. жира диаметром 1-8 мкм; **тяжелая с.** – более 100 кап. диаметром 8-75 мкм). **На фоне приема жира не менее 100 г/сут 2-3 дня.**
- **Креаторея** (более 10 переваренных мышечных волокон в препарате). **На фоне приема мяса не менее 200 г/сут 2-3 дня.**

Инструментальная диагностика ХП

Обязательно

- Рентгенография (обзорная – кальцинаты; с контрастированием желудка и 12 пк – конфигурация, дискинезии; в условиях гипотонии 12 пк – медиальная стенка)
- УЗИ органов брюшной полости (размеры, уплотнение, нечеткость контуров, кальцинаты, расширение протоков, кисты)

По показаниям

- ФГДС (БДС, слизистая по типу «манной крупы», деформации стенок)
- РКТ поджелудочной железы
- ЭРПХГ (протоки, кисты, конкременты)
- Лапароскопическая биопсия

Комплексная диагностика ХП

- Рентгенологические или УЗ признаки панкреатолитиаза (10%)
- Повторное выявление гиперاميлаземии на высоте болевых приступов (26%)
- Выраженные внешнесекреторные нарушения (секретин-панкреозиминный тест) (40%)
- Выявление псевдокист после завершения приступа
- Повышенное содержание панкреатических ферментов в левостороннем плевральном выпоте при обострении

Внепанкреатические источники гиперамилаземии и гиперамилазурии

- Почечная недостаточность
- Трансплантация почки
- Болезни слюнных желез (инф.паротит, конкремент, осложнения ЧЛХ)
- Опухоли (легкого, пищевода, яичников)
- Ожоги
- Диабетический кетоацидоз
- Беременность (в том числе и внематочная)
- Травма головного мозга
- Медикаментозное лечение (морфин)
- Болезни органов брюшной полости (ЖП, ЯБ, кишечная непроходимость, перитонит, аневризма аорты, послеоперационная)

ПЕРЕРЫВ

Дифференциальная диагностика

- ЯБ желудка и 12 пк (пенетрация, признаки ХП у пациента с ЯБ, отсутствие сезонности, большая связь с погрешностями в диете, склонность к диарее, стеаторея, ФГДС)
- Калькулезный и бескаменный холецистит, ДЖВП (локализация боли в правом подреберье, иррадиация вправо и вверх, с-мы Ортнера, Кера, Мерфи, Мюсси, данные УЗИ)

Дифференциальная диагностика

- Хронические энтериты и колиты (отсутствие инкреторных и секреторных панкреатических нарушений, боли (дискомфорт) в околопупочной области, рентгено- и эндоскопия, бактериологические исследования)
- Абдоминальный (висцеральный) ишемический синдром при окклюзии ветвей брюшной аорты (систолический шум в эпигастрии, данные аортографии)

Дифференциальная диагностика

Опухоли поджелудочной железы (в 80% - аденокарцинома головки)

- Прогрессивное нарастание клинической симптоматики (для ХП – рецидивирующее течение)
- Механическая желтуха
- Кальциноз значительно менее характерен (только при возникновении рака на фоне ХП)
- Паранеопластические реакции (лихорадка с синдромом Иценко-Кушинга, мигрирующие тромбофлебиты)
- Выявление метастазов (в кости и др.)
- Необъяснимо быстрое развитие СД или острого панкреатита у лиц старше 50 лет
- РКТ, эндоскопическое УЗИ, лапароскопическая биопсия

Операбельность опухолей не более 10%

Показания к госпитализации

- Выраженный болевой синдром, не поддающийся купированию в амбулаторных условиях;
- При наличии тяжелых сопутствующих заболеваний,отягощающих течение ХП

Лечение обострения ХП

Первые три дня – голод

(по показаниям – парентеральное питание);

- При дуоденостазе – непрерывная аспирация кислого желудочного содержимого тонким зондом, при $\text{pH} < 4,0$ каждые 8 ч. в/в H_2 -блокаторы (ранитидин по 150 мг, фамотидин по 20 мг);
- Невсасывающиеся антациды (в виде геля) внутрь каждые 2-3 ч.;
- В/в капельные инфузии: полиглюкина 400 мл/сут, поливидон 200-400 мл/сут, 10% р-р альбумина 100 мл/сут, 5% р-р глюкозы 500 мл/сут.

Лечение обострения ХП

- При **выраженном** болевом синдроме – ненаркотические анальгетики (анальгин, баралгин), холинолитики (пирензепин по 10 мг 2-3 р/сут, платифиллин) или сандостатин (октреотид) (выраженное антисекреторное действие) 50-100 мкг п/к 2 р/сут или в/в кап. инфузия 400 мг лидокаина на 100 мл физ.р-ра;
- При **некупирующемся** болевом синдроме – наркотические анальгетики (промедол, трамадол, **морфин не желателен**); в ряде случаев – антидепрессанты (амитриптилин 75-150 мг/сут внутрь)

Лечение обострения ХП

При персистирующем болевом синдроме небольшой выраженности

- ПФ в высоких дозах (панкреатин 20 тыс – 80 тыс ЕД 4-6 р/сут, креон или панцитрат по 2 капс 4-6 р/сут) с последующим переходом на поддерживающие дозы
- Антисекреторные препараты (внутри в 2 приема в сутки не менее 8 нед)
- Прокинетики (мотилиум по 10 мг 3-4 р/сут)
- Частый дробный прием пищи, полный отказ от алкоголя
- Снижение потребления жира до 50-75 г/сут
- При тяжелой стеаторее – жирорастворимые витамины и группы В

Требования к ферментным препаратам

- Высокое содержание липазы (до 30 000 ЕД на 1 прием при обострениях)
- Наличие кишечнорастворимой оболочки (кислая среда инактивирует липазу)
- Маленький размер гранул или микротаблеток (не более 2 мм), наполняющих капсулы препарата (для одновременной с пищей эвакуации из желудка)
- Быстрое высвобождение ферментов в верхних отделах тонкого кишечника
- Отсутствие желчных кислот (ЖК усиливают панкреатическую секрецию, вызывают хологенную диарею) – (в связи с этим фестал, панзинорм, энзистал не желательны)

Эффективность ферментной терапии

- Нормализация стула (менее 3 раз в день)
- Увеличение массы тела, улучшение аппетита
- Уменьшение вздутия живота

Лечение обострения ХП

При неэффективности медикаментозного лечения

- **Эндоскопическое лечение** (папиллосфинктеротомия, литотрипсия, стентирование главного протока п/железы)
- **Хирургическое лечение** (при расширении протоков – латеральная панкреатоеюностомия, протоки не расширены – резекция части органа; торакоскопическое иссечение нервных стволов)

Принципы лечения инкреторных нарушений

- Лечение СД
- Нецелесообразно жесткое ограничение углеводов в пище (недостаток не только инсулина, но и глюкагона, снижение энергетического калоража пищи из-за более и вынужденных ограничений)
- Инсулинотерапия низкими дозами (склонность к гипогликемическим состояниям)

Ошибки и необоснованные назначения

- Использование инфузий **антипротеазных ферментов** (гордокс, трасилол), аминокaproновой кислоты является не обоснованным с позиций доказательной медицины
- В нескольких рандомизированных контролируемых исследованиях показана неэффективность указанных ингибиторов протеаз
- Данные препараты не входят в перечень медикаментозных мероприятий, рекомендованных к лечению обострений ХП приказом МЗ РТ №506 «Стандарты...»

Осложнения ХП

- Подпеченочная портальная гипертензия, холестаз (сужения желчевыводящих путей)
- Инфекционные осложнения (воспалительные инфильтраты, гнойные холангиты, абсцессы ПЖ)
- Гастродуоденальные язвы (снижение продукции БК), эрозивные эзофагиты, кровотечения
- Гиповолемический шок (активация ПФ вазоактивных медиаторов)
- Хронические нарушения дуоденальной проходимости
- Плеврит и асцит (попадание ПФ в брюшную полость и плевру через лимфатические пути и вследствие разрыва протоков)
- Фиброз ПЖ, формирование кист и псевдокист (вследствие разрывов протоков, на месте некрозов ткани и последующего скопления секрета)
- Рак ПЖ

Острый панкреатит

острое воспаление поджелудочной железы,
при котором клинические и
гистологические изменения полностью
разрешаются после прекращения
действия этиологического фактора

Диагностика ОП

- Анамнез (алкоголь, ЖКБ, после хирургических вмешательств, ЭРПХГ, травмы живота);
- Клинические признаки:
 - Частые
 - интенсивные боли в околопупочной области и подреберьях, в 50% иррадиирующие в спину. Кашель, движения, глубокое дыхание усиливает боль.
 - Тошнота и рвота (75%).
 - Болезненность и резистентность передней брюшной стенки (больше в верхней половине).
 - Редкие
 - Лихорадка
 - Тахикардия, артериальная гипотензия.
 - Выбухание в верхней части живота, асцит, плеврит, кишечная непроходимость.
 - Доступность железы для пальпации.
 - Механическая желтуха.

Общие принципы лечения ОП

- В/в введение солевых и коллоидных р-ров.
- Введение свежесзамороженной плазмы или альбумина.
- Полный голод (не менее 3-5 дней), при необходимости парентеральное питание.
- Анальгезия наркотическими (искл. – морфин) и ненаркотическими анальгетиками.
- Аспирация желудочного содержимого через зонд для облегчения рвоты, купирования пареза ЖКТ и уменьшения стимуляции подж/железы.

Благодарю за внимание !