

# Хронический панкреатит

Заслуженный врач РФ,  
кандидат медицинских наук, доцент  
Сидоренко В.А.

# Хронический панкреатит (ХП)

- – диффузное, воспалительное, непрерывно прогрессирующее заболевание поджелудочной железы (ПЖ), с развитием необратимых структурных изменений паренхимы и протоков с замещением их соединительной тканью и наличием различной степени выраженности функциональной недостаточности (экзокринной и эндокринной).

Рабочая клинико-морфологическая классификация хронического панкреатита , предложенная В.Т. Ивашкиным и соавт. (1990)

- **-По морфологическим признакам:**
- 1) интерстициально-отечный;
- 2) паренхиматозный;
- 3) фиброзно-склеротический;
- 4) гиперпластический;
- 5) кистозный;
- **- По клиническим проявлениям:**
- 1) болевой вариант;
- 2) гипосекреторный;
- 3) астеноневротический (ипохондрический);
- 4) латентный;
- 5) сочетанный;
- **- По характеру клинического течения:**
- 1) редко рецидивирующий;
- 2) часто рецидивирующий;
- 3) персистирующий;

- **- По этиологии:**

- 1) алкогольный;
- 2) билиарнозависимый;
- 3) дисметаболический (сахарный диабет, гиперпаратиреоз; гиперхолестеринемия, гемохроматоз)
- 4) инфекционный;
- 5) лекарственный;
- 6) идиопатический;

- **- По фазам заболевания:**

- 1) фаза обострения;
- 2) фаза затухающего обострения;
- 3) фаза ремиссии;

- **- Осложнения:**

- 1) нарушение оттока желчи;
- 2) портальная гипертензия (подпеченочная форма);
- 3) воспалительные изменения, частично вызванные повреждающим действием панкреатических энзимов: абсцесс, киста, парапанкреатит, «ферментативный» холецистит, а также пневмония, выпотной плеврит, паранефрит и т.д.



# Современная этиологическая классификация TIGAR-O

- 1. Токсико-метаболический ХП (алкогольный, курение, медикаменты, токсины, гиперкальциемия, гиперпаратиреозидизм, гиперлипидемия, хроническая почечная недостаточность, сахарный диабет)
- 2. Идеопатический ХП:
  - ранний идиопатический;
  - поздний идиопатический;
  - тропический (тропический кальцифицирующий панкреатит, фиброкалькулезный панкреатический диабет);
  - другие;
- 3. Наследственный ХП:
  - аутосомно-доминантный тип: катионический трипсиноген (мутации кодонов 29 и 122);
  - Аутосомно-рецессивный тип/модификация генов (CFTR – мутация, SPINK 1 – мутации, катионический трипсиноген – мутации кодонов 16,22 и 23, недостаточность  $\alpha$ 1-антитрипсина);

- 4) Аутоиммунный ХП:
  - изолированный аутоиммунный;
  - синдром аутоиммунного ХП (аутоиммунный; синдром Шегрена, первичный билиарный цирроз, воспалительные заболевания кишечника, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона)
- 5) Рецидивирующий и тяжелый ОП:
  - постнекротический тяжелый ОП;
  - рецидивирующий ОП;
  - сосудистые заболевания;
  - постлучевой ОП;
- 6) Обструктивный:
  - Pancreas divisum;
  - патология сфинктера Одди;
  - протоковая обструкция (например опухолью);
  - периампулярные кисты стенки 12-ти перстной кишки;
  - посттравматические рубцовые изменения панкреатического протока.

**Whitcomb D. C. 2001**

## Марсельско-римская классификация (1988 г)

- **Хронический кальцифицирующий панкреатит.**  
Наиболее частая причина – алкоголь, а также гиперпаратиреоз, квашиоркор. В результате воспаления и изменения структуры мельчайших протоков поджелудочной железы происходит сгущение секрета с образованием пробок, богатых белком и кальцием. Важную роль в процессе играет понижение концентрации литостатина.
- **Хронический обструктивный панкреатит.**  
Наблюдается при выраженных сужениях главного панкреатического протока или его крупных ветвей, либо Фатерова соска. Причины развития – желчно-каменная болезнь, травма, опухоль, врожденные аномалии.
- **Хронический паренхиматозно-фиброзный (воспалительный) панкреатит.**

# Этиология хронического панкреатита

- Злоупотребление алкоголем;
- Заболевания желчного пузыря (стенозирующий дуоденальный папиллит который развивается не только при ЖКБ, но и при патологии двенадцатиперстной кишки: дуоденит, язвенная болезнь, парафатеральный дивертикул).



# Клинические синдромы хронического панкреатита

- Абдоминальный болевой синдром.
- Экскреторная недостаточность поджелудочной железы (диспепсия, стеаторея, креаторея, нарушение стула).
- Нарушение углеводного обмена.
- Синдром Мальабсорбции.
- Нарушение проходимости внепеченочных желчных путей и 12-ти перстной кишки.
- Развитие сегментарной портальной гипертензии.

# Причины абдоминальных болей при ХП

- 1) Воспалительный процесс ткани поджелудочной железы (растяжение капсулы, сдавление нервных окончаний).
- 2) Осложнения хронического панкреатита:
  - внутрипанкреатические (обструкция протоков, псевдокисты, панкреатический неврит);
  - внепанкреатические (стеноз внутрипанкреатического отдела холедоха, стеноз нисходящего отдела 12-ти перстной кишки).
- 3) Синдром внешнесекреторной недостаточности (метеоризм с повышением внутрикишечного давления, нарушение моторной функции тонкой и толстой кишки, избыточный бактериальный рост в кишечнике).
- 4) Сопутствующие заболевания органов пищеварения.

# Принципы этиотропной терапии

- 1) полное исключение алкоголя;
- 2) разрешение протоковой гипертензии;
- 3) нормализация метаболических нарушений.

# Основы патогенетической терапии хронического

## панкреатита

- 1)исключение факторов, стимулирующих панкреатическую секрецию;
- 2)снижение панкреатической секреции;
- 3)восстановление оттока панкреатического секрета в 12-ти перстную кишку.



# Ультразвуковые признаки ХП

## ■ Ранние

- Гомогенное диффузное повышение эхогенности паренхимы, сохранение рисунка
- Картина "булыжной мостовой", которую дают эхосигналы средней интенсивности
- Средний и плотный эхосигналы, неравномерно распределенные на нормальном фоне

## ■ Поздние

- Неоднородное распределение эхосигналов с чередованием плотных и кистозных участков
- Чрезвычайная вариабельность амплитуды и протяженности эхосигналов
- Изменение размера органа. Иногда лишь частичное увеличение (переднезадние размеры: головка - более 3 см, тело - 2,5 см, хвост более 3 см)
- Кальцификация тканей железы
- Конкременты в панкреатическом протоке
- Кисты
- Расширение панкреатического протока (более 2,5 мм)
- Деформация органа (изменение внешнего контура)
- Повышение плотности ткани ПЖ
- Снижение подвижности ПЖ при движениях диафрагмы
- Расширение общего желчного протока.

# Кембриджская классификация структурных изменений в поджелудочной железе при ХП

Изменения	ЭРХПГ	УЗИ или КТ
Нормальная ПЖ	Главный панкреатический проток (ГПП) и боковые ветви протока не изменены	Нормальные размеры, четкие контуры ПЖ ГПП=2 мм паренхима ПЖ гомогенна
Сомнительные изменения	ГПП не изменен, менее 3 измененных боковых ветвей	Один из признаков: ГПП= 2-4 мм, размеры ПЖ в пределах нормы, неоднородная паренхима ПЖ
Мягкие изменения	ГПП не изменен, более 3 измененных боковых ветвей	Два или более признаков: ГПП 2-4 мм, незначительное увеличение размеров ПЖ, неоднородность паренхимы, нечеткость контуров
Умеренные изменения	Изменения ГПП и более 3 боковых ветвей	Маленькие кисты (менее 10 мм) Неравномерный ГПП, острые фокальные некрозы, повышение экзогенности протока, неровность контуров ПЖ
Значительные изменения	Все + 1 из:	Кисты более 10мм, внутрипротоковые дефекты наполнения, камни/панкреатическая кальцификация, обструкция или стриктуры ГПП, выраженная дилатация и неравномерность ГПП,

# Ультразвуковые признаки ХП

- Ранняя
- Гомогенное диффузное повышение эхогенности паренхимы, сохранение рисунка
- Картина "булыжной мостовой", которую дают эхосигналы средней интенсивности
- Средний и плотный эхосигналы, неравномерно распределенные на нормальном фоне
- Поздняя
- Негомогенное распределение эхосигналов с чередованием плотных и кистозных участков
- Чрезвычайная вариабельность амплитуды и протяженности эхосигналов
- Изменение размера органа. Иногда лишь частичное увеличение (переднезадние размеры: головка - более 3 см, тело - 2,5 см, хвост более 3 см)
- Кальцификация тканей железы
- Конкременты в панкреатическом протоке
- Кисты
- Расширение панкреатического протока (более 2,5 мм)
- Деформация органа (изменение внешнего контура)
- Повышение плотности ткани ПЖ
- Снижение подвижности ПЖ при движениях диафрагмы
- Расширение общего желчного протока .

# Диагностика ХП по бальной системе

- Кальцификация поджелудочной железы 4
- Характерные гистологические изменения 4
- Характерные изменения по УЗИ или ЭРХПГ 3
- Экзокринная недостаточность ПЖ 2
- Приступы панкреатита и/или хр. абд. Боль 2
- Сахарный диабет 1

**Диагноз хронического панкреатита ставится в случае 4 и более баллов.**



# Примеры формулировки диагноза

- Хронический обструктивный панкреатит, болевая рецидивирующая форма, фаза обострения. Вторичный сахарный диабет, легкое течение.
- Хронический алкогольный кальцифицирующий панкреатит, безболевая форма с экзокринной недостаточностью, фаза обострения, киста тела поджелудочной железы.

# Наиболее типичные варианты болевого синдрома при ХП

- 1) язвенно-подобный;
- 2) по типу левосторонней почечной колики;
- 3) синдром правого подреберья;
- 4) дисмоторный;
- 5) распространенный (без четкой локализации)

# Основы лечения

- Купирование болевого синдрома.
- Уменьшение интоксикации, приводящей к мультиорганным повреждениям.
- Устранение экзо- и эндокринной недостаточности ПЖ.
- Создание функционального покоя ПЖ.
- Предотвращение рецидивирования при сохраняющемся причинном факторе.

# Контрольные вопросы

- Естественную секрецию ПЖ делят на: а) тощаковую; б) предпрандиальную; в) постпрандиальную.
- Ведущие синдромы в клинической картине ХП: а) болевой; б) веселящий; в) астенический; г) экзокринной недостаточности; д) эндокринной недостаточности.