



Сибирский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской терапии

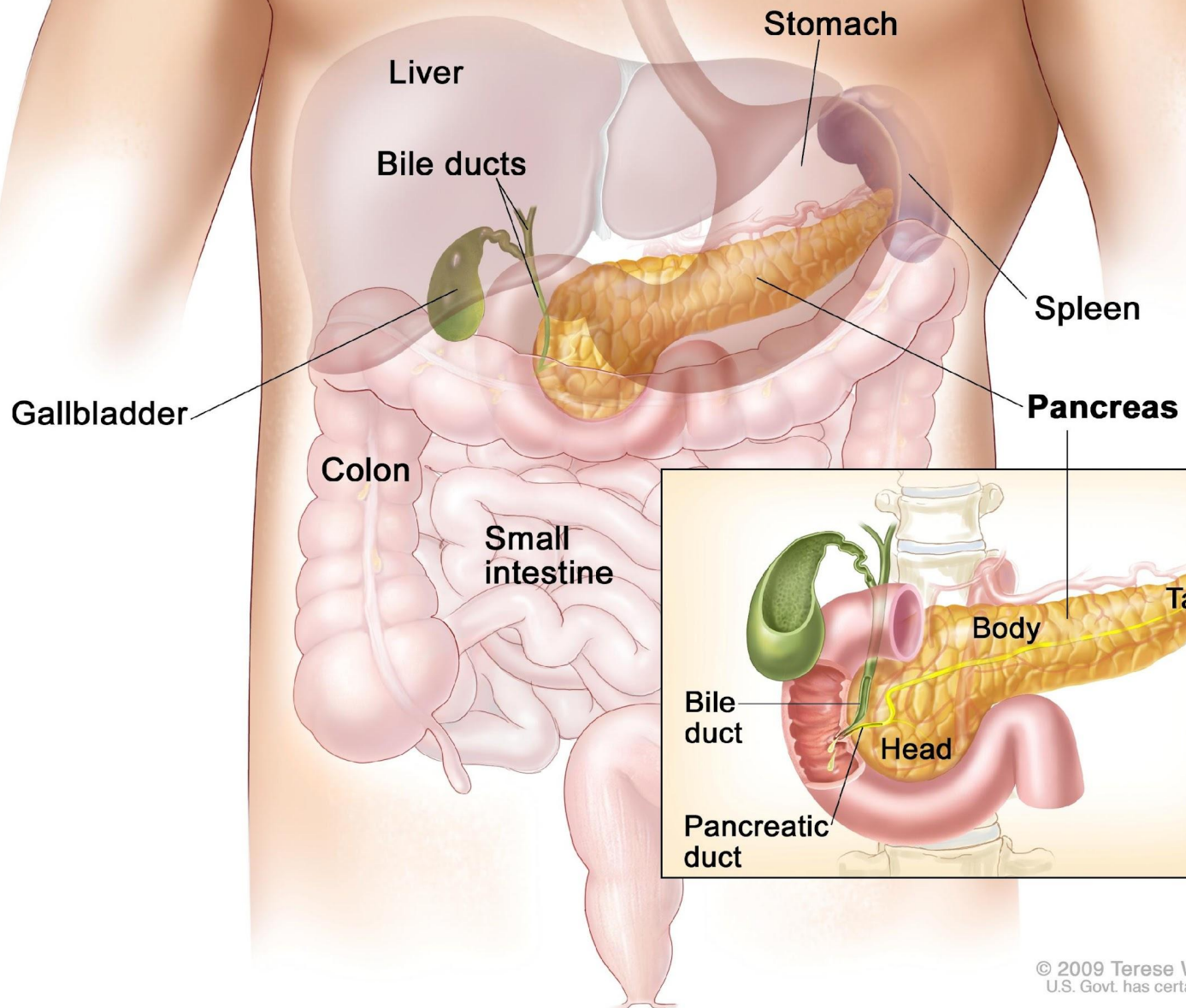
лекция

хронический панкреатит

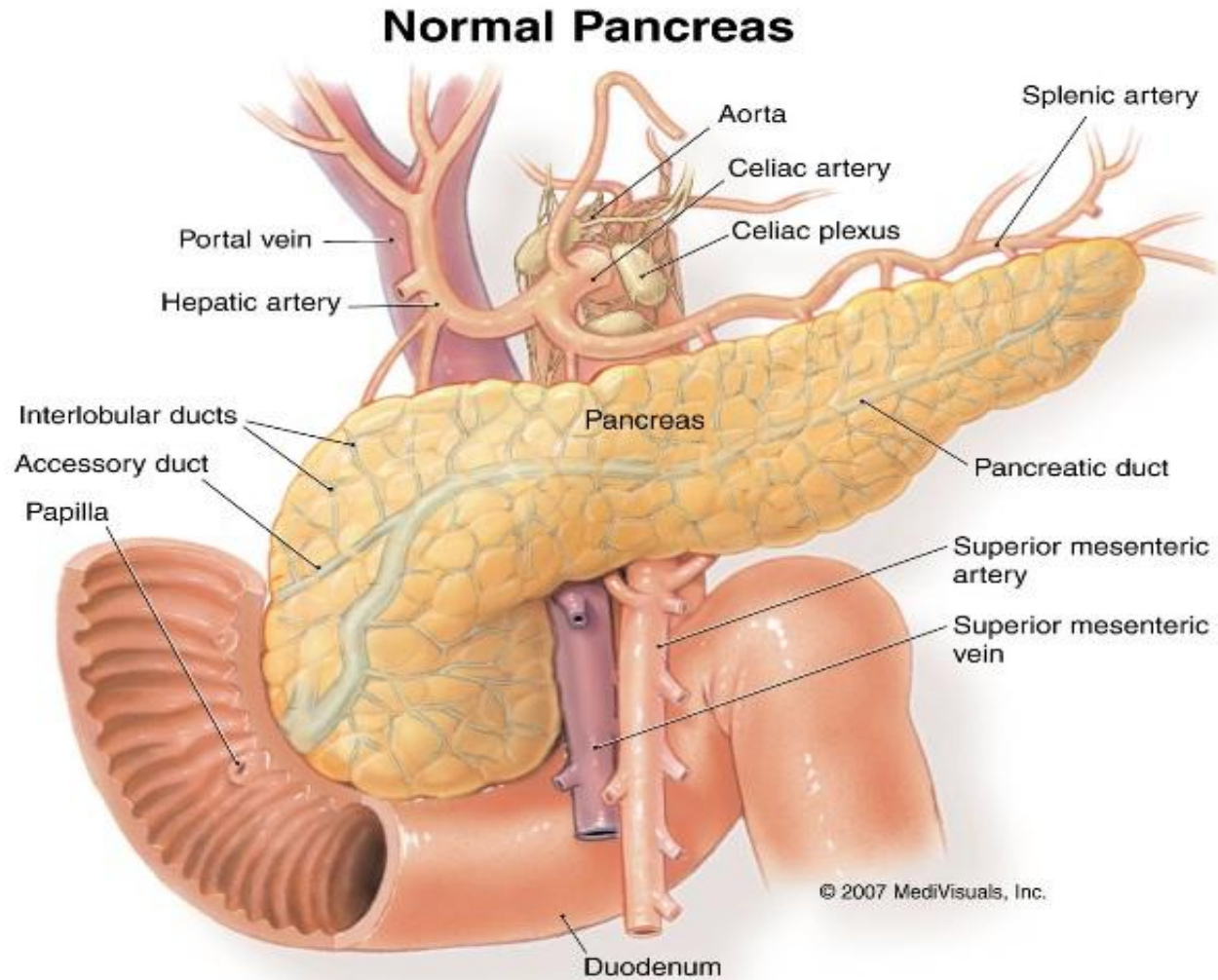
Долгалёв Игорь Владимирович

Хронический панкреатит (ХП)

– медленно прогрессирующее воспалительное заболевание поджелудочной железы продолжительностью более 6 месяцев, характеризующееся фокальными некрозами в сочетании с фиброзом, и приводящее к прогрессирующему снижению экзо– и эндокринной функции органа (даже после прекращения воздействия этиологического фактора).



Поджелудочная железа



Этиология ХП

- **алкогольный панкреатит** – (чаще у мужчин) употребление алкоголя в дозе более 20–80 мг этанола/сут. на протяжении 8–12 лет (по данным разных источников) – 40–80% и курение табака;
- **билиарный панкреатит** - (чаще у женщин) болезни ЖП и двенадцатиперстной кишки;
 - желчно–каменная болезнь является причиной ХП в 35–56%;
 - патология сфинктера Одди (стеноз, стриктуры, воспаление, опухоль);
 - дуоденит и язвенная болезнь 12 ПК. (ЯБ ДПК в 10,5–16,5% случаев ХП)
- **муковисцидоз** (часто у детей)
- **наследственный панкреатит**. Заподозрить наследственную форму панкреатита позволяют отсутствие этиологических факторов и случаи панкреатита в семье у родственников больного (Наиболее распространен в Северной Европе, его частота составляет около 5% из всех случаев ХП).;
- **идиопатический панкреатит**. Когда на момент исследования идентификация этиологического фактора не возможна – 10 до 30% от всех панкреатитов;
- **другие причины:**
 - аутоиммунный панкреатит
 - системные заболевания и васкулиты
 - вирусные (НВУ, Коксаки, ЦМВ, вирус паротита) и бактериальные инфекции
 - глистные инвазии (описторхоз)
 - нарушения метаболизма (гиперлипидемия, сахарный диабет, ХПН и др.)
 - дисциркуляторные расстройства (ишемический панкреатит)
 - аномалии развития ПЖ
 - Травмы (в т.ч. как осложнение ЭРПХГ), острые отравления

Патогенез ХП

Влияние алкоголя на ПЖ

- Изменяется качественный состав панкреатического сока, в котором содержится избыточное количество белка и имеется низкая концентрация бикарбонатов. В связи с этим создаются условия для выпадения белковых преципитатов в виде пробок, которые затем кальцифицируются и обтурируют панкреатические протоки (кальцифицирующий панкреатит).
- Спазм сфинктера Одди → внутрипротоковая гипертензия, повышение проницаемости стенок протоков для ферментов → активация ферментов → аутолиз ткани ПЖ (обструктивный).
- Нарушение синтеза фосфолипидов клеточных мембран → повышение проницаемости мембран для ферментов.
- Непосредственное токсическое действие этанола и его метаболитов на клетки ПЖ, снижение активности фермента оксидазы, что приводит к образованию свободных радикалов, ответственных за развитие некрозов и воспаления с последующим фиброзированием и жировым перерождением ткани ПЖ.
- Фиброз мелких сосудов с нарушением микроциркуляции.

Патогенез ХП

Механизмы развития билиарного панкреатита

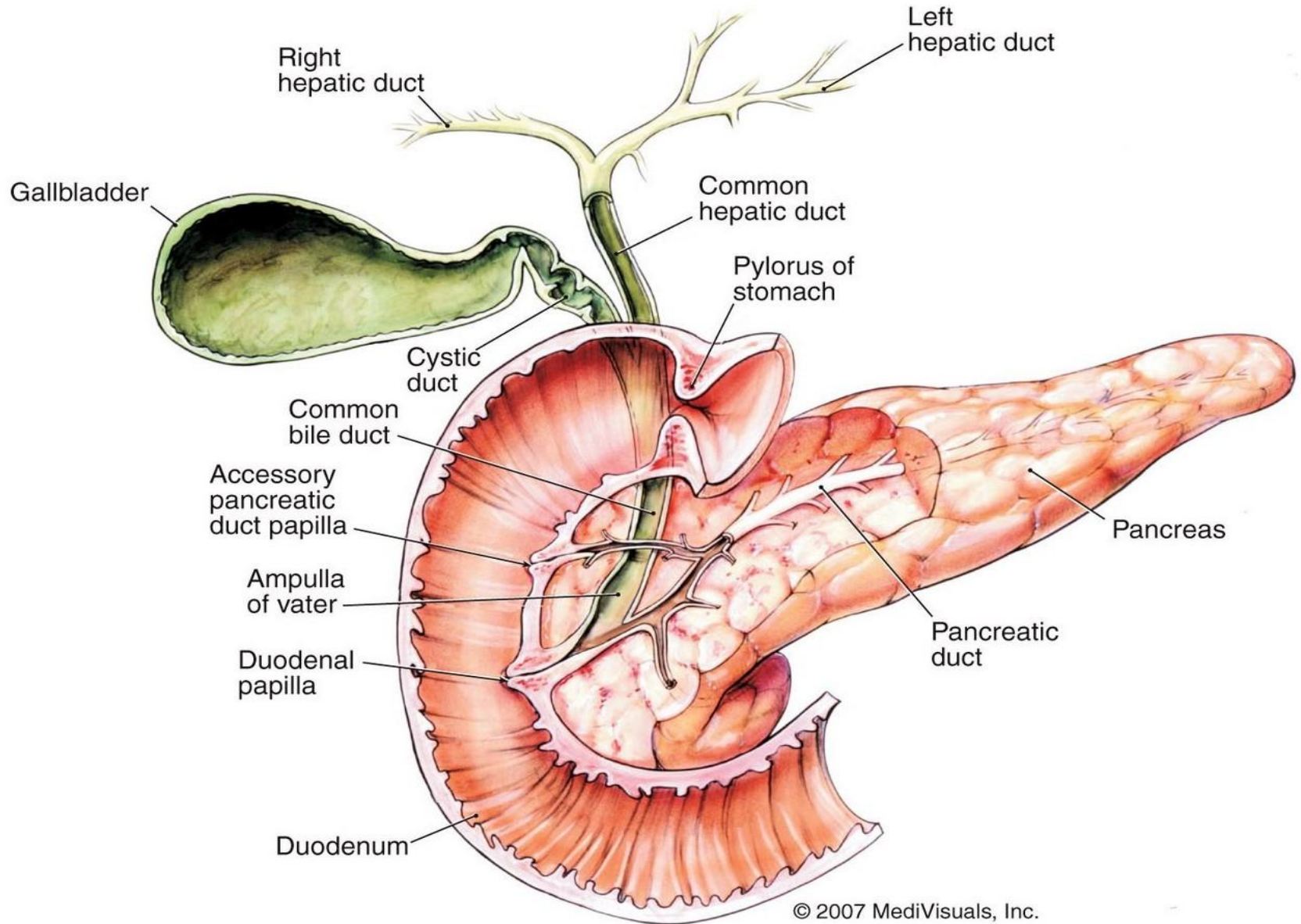
- **Рефлюкс желчи** в проток ПЖ в результате чего активируется **трипсиноген** (из-за анатомической близости мест впадения общего желчного и панкреатического протоков в двенадцатиперстную кишку)
- **Обструкция дуоденального сосочка** может вызвать гипертензию в протоке ПЖ с последующим разрывом мелких панкреатических протоков. Это приводит к выделению секрета в паренхиму железы и активации пищеварительных ферментов. Частые рецидивы билиарного панкреатита обычно возникают при миграции мелких и очень мелких камней (микролитов), наиболее опасными являются камни размером до 4 мм.
- **Атония сфинктера Одди** (особенно при наличии дуоденальной гипертензии), м.б. причиной дуоденопанкреатического рефлюкса
- **При язвенной болезни** патогенетическими факторами являются:
 - отек фатерова сосочка (папиллит) с вторичным затруднением оттока панкреатического секрета.
 - гиперацидность желудочного сока с чрезмерной стимуляцией ПЖ соляной кислотой, в условиях затруднения оттока это приводит к внутрипротоковой гипертензии.
- Часто в развитии билиарного ХП имеет место комбинация этиологических механизмов; например, у больных желчно–каменной болезнью выявляются опухоли БДС, язвенная болезнь и др.

Классификация ХП

Марсельско–Римская (1988)

- обструктивный
- кальцифицирующий
- воспалительный (паренхиматозный)

Поджелудочная железа



Классификация ХП

Степени тяжести

- Лёгкое течение
- Течение средней степени тяжести
- Тяжёлое течение

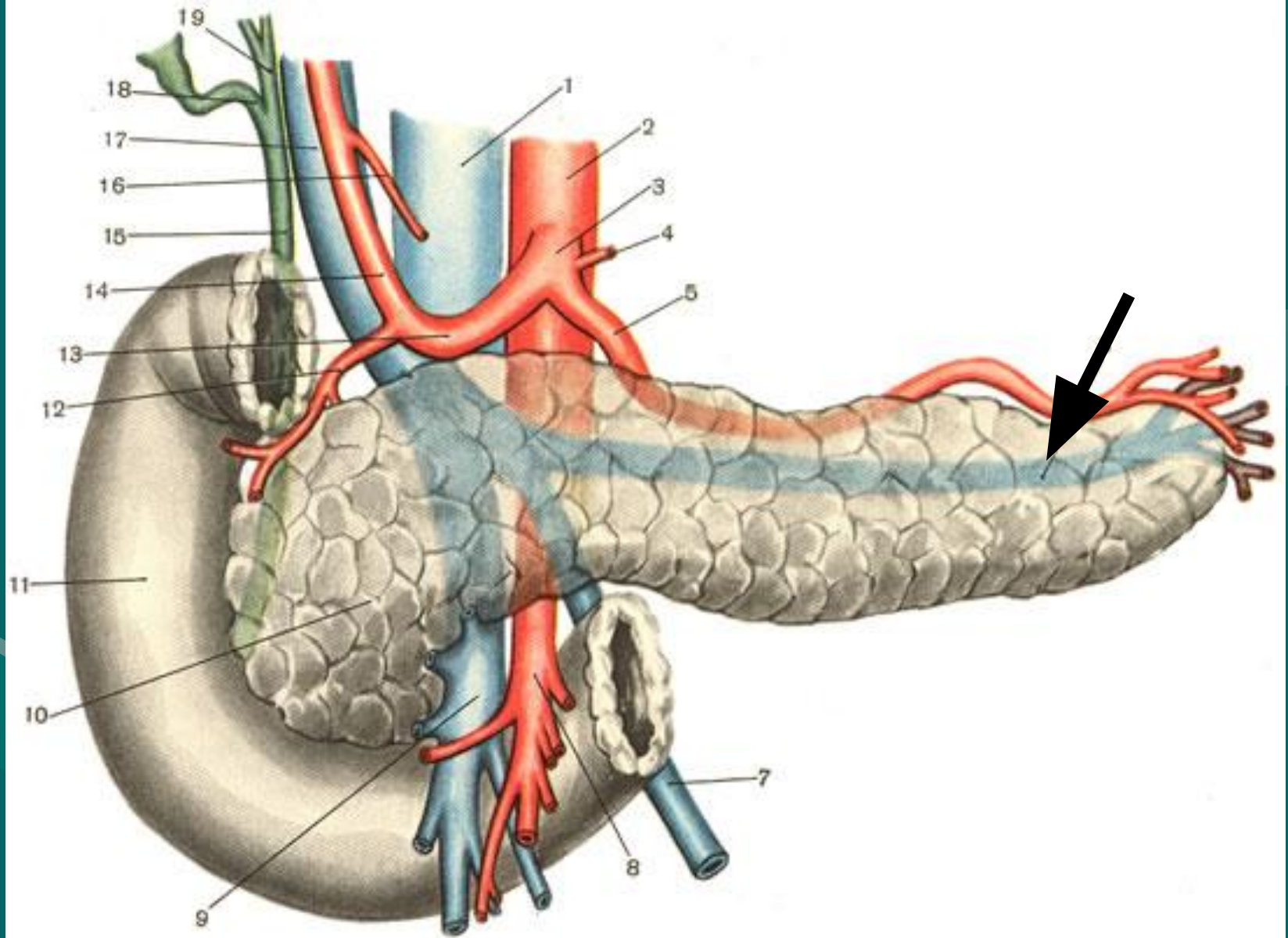
Фазы течения заболевания:

обострение, ремиссия

Осложнения:

- 1) нарушения оттока желчи;
- 2) портальная гипертензия (тромбофлебит селезёночной вены);
- 3) инфекционные (холангит, абсцессы);
- 4) воспалительные (абсцесс, киста, парапанкреатит, «ферментативный холецистит», эрозивный эзофагит);
- 5) гастро–дуоденальные кровотечения;
- 6) выпотной плеврит, пневмония, острый респираторный дистресс–синдром, паранефрит, острая почечная недостаточность;
- 7) экзокринные нарушения (сахарный диабет, гипогликемические состояния)

Селезёночная вена



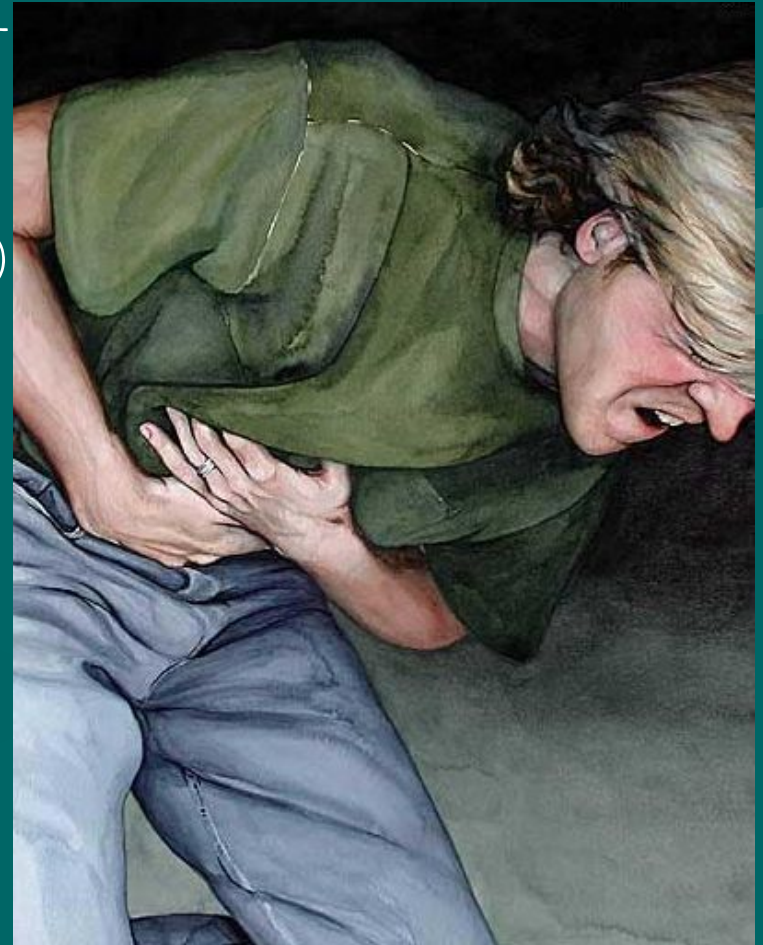
Клинические проявления ХП

- болевой абдоминальный синдром
- диспепсический синдром
- синдром внешнесекреторной недостаточности ПЖ
- синдром эндокринных нарушений
- синдром билиарной гипертензии

Болевой синдром

(причины)

- повышение внутрипротокового давления (обструкция панкреатического протока кальцинатом, псевдокистой; стеноз и дискинезия сфинктера Одди)
- острое воспаление ПЖ (повреждение паренхимы и капсулы), псевдокисты с перифокальным воспалением
- фиброз в области сенсорных нервов, приводящий к их сдавлению
- давление на окружающие нервные сплетения увеличенной ПЖ
- Повышение давления в ДПК (СИБР)



Синдромы диспепсический и внешнесекреторной недостаточности

- Тошнота, рвота
- потеря аппетита
- Полифекалия, стул неоформленный (1- 3 раза в сутки)
- стеаторея
- снижение массы тела
- СИБР (метеоризм, урчание в животе, отрыжка воздухом)
- СИМПТОМЫ ГИПОВИТАМИНОЗА

Внешнесекреторная недостаточность

- Абсолютная

- деструкция ацинарных клеток → снижение секреции панкреатического сока

- Относительная

- нарушение поступления сока в ДПК из ПЖ (стеноз фатерова соска, дуоденальная гипертензия, разрушение ферментов микробами в ДПК

- рН ниже 4 из-за снижения секреции бикарбонатов эпителием протоков ПЖ → денатурация белков ферментов или из-за высокой кислотности поступающего в ДПК желудочного сока)

- нарушение перемешивания ферментов с химусом (дискинезия ДПК, быстрый транзит химуса по тонкой кишке)

- не координированное поступление пищи и ферментов при гастростазах

Снижение массы тела

- **внешнесекреторная недостаточность**

(нарушение переваривания и всасывания это потеря энергетического и пластического материала)

- **снижение аппетита**

- **соблюдение больным чрезмерно строгой диеты**

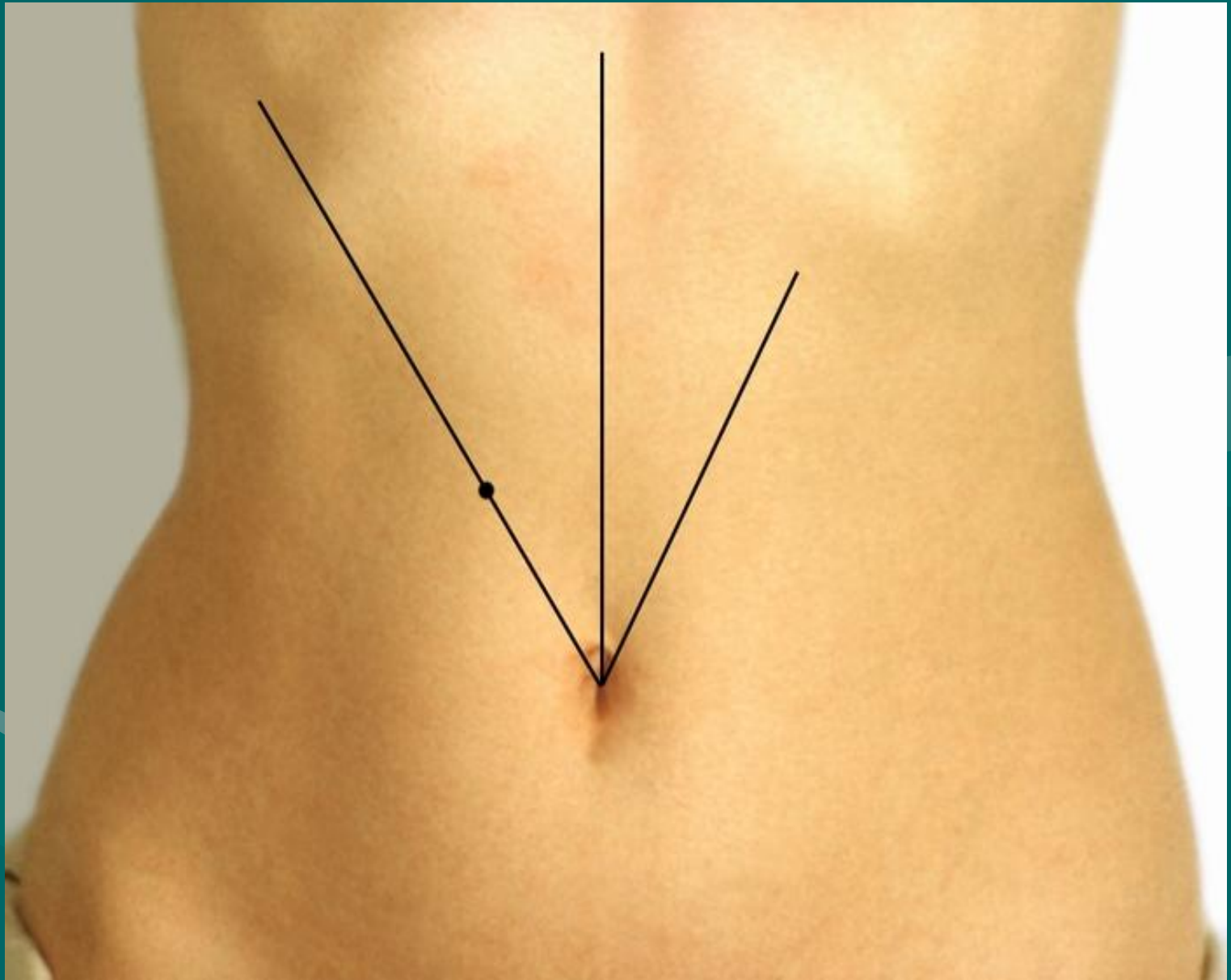
Синдром билиарной гипертензии

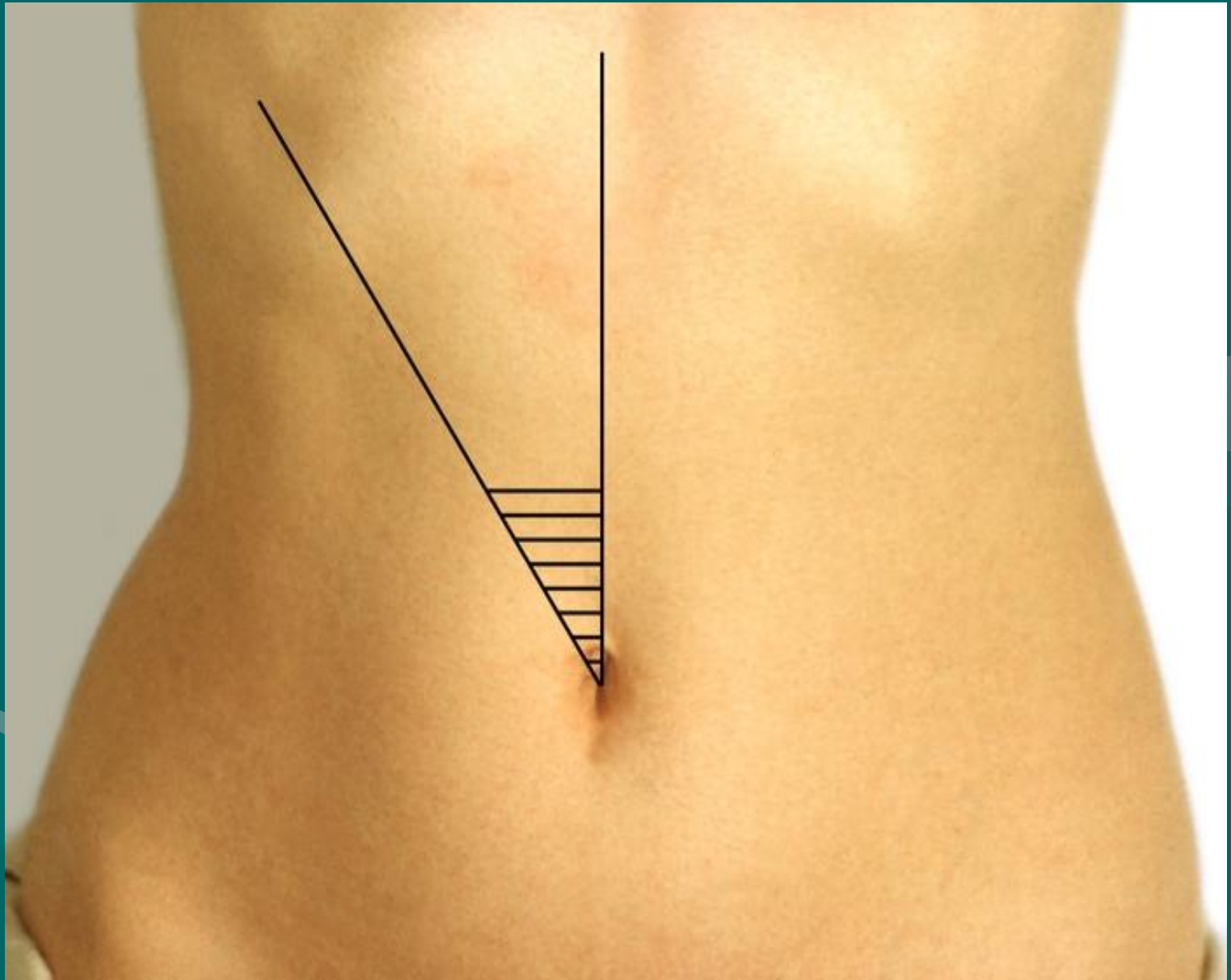
(причины)

- сдавление холедоха увеличенной головкой ПЖ
- холедохолитиаз
- патология БДС (конкременты, стеноз)

симптом Тужилина «рубиновые капли»







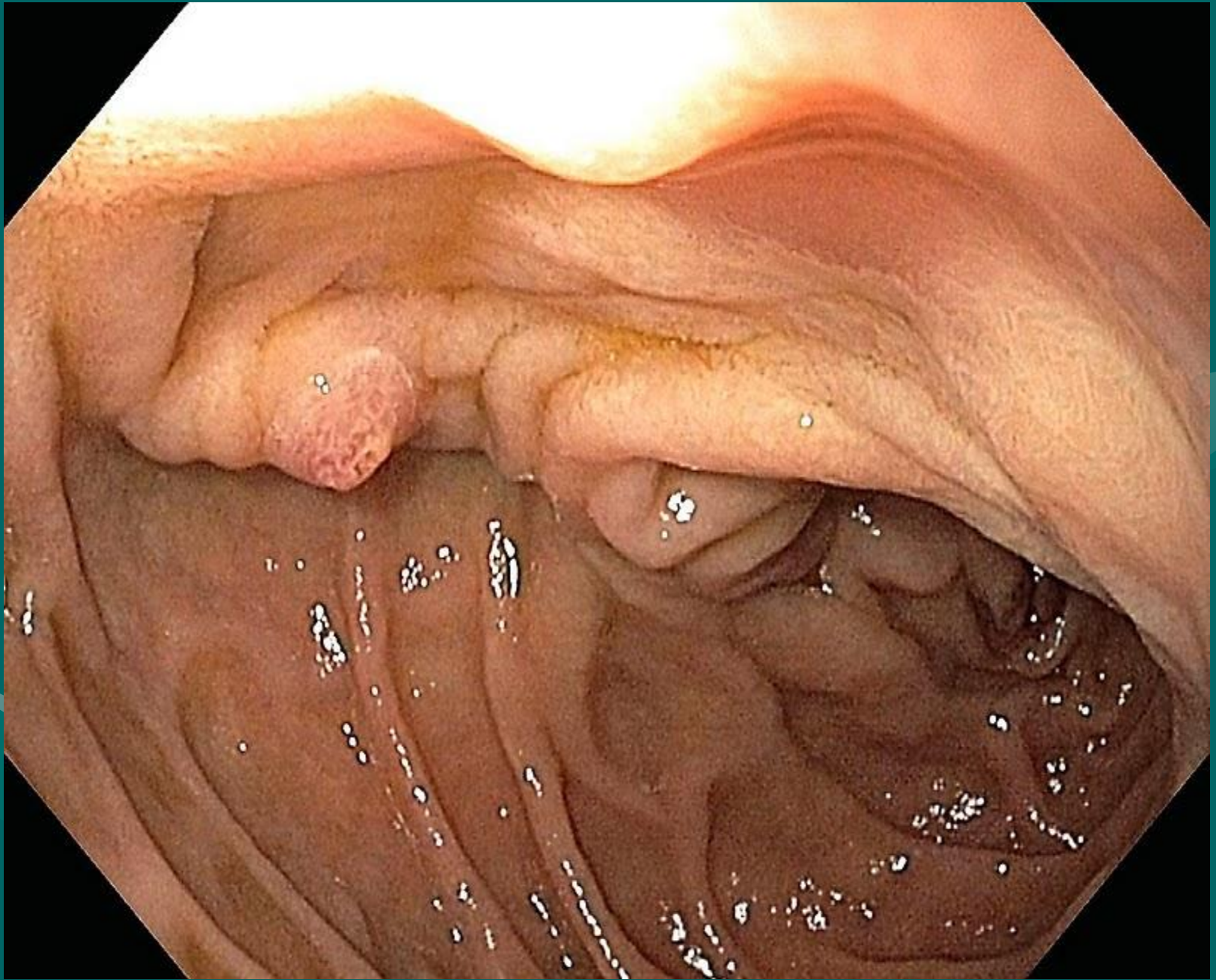


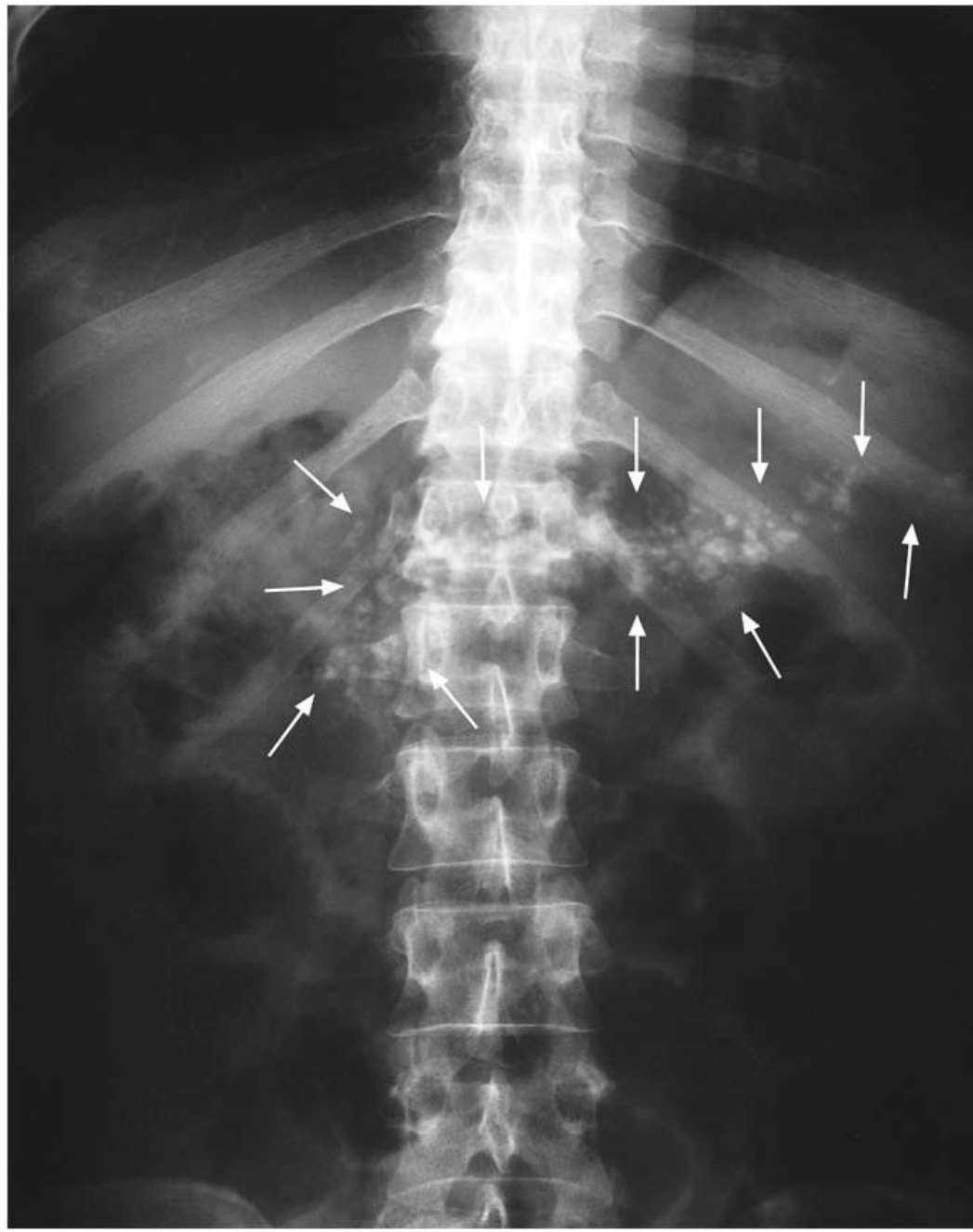
Лабораторная диагностика ХП

- **ОАК** : лейкоцитоз, ↑СОЭ
- **Б/х крови**: активности амилазы, липазы, трипсина, эластазы. ГГТП, ЩФ, АСТ, АЛТ, билирубина (при холестазе)
- **Копрограмма**: полифекалия (↑400г/сутки в течение 3 дней), стеаторея, креаторея (10 и более мышечных волокон без поперечно-полосатой исчерченности в поле зрения, признак тяжёлой панкреатической недостаточности), **амилорея**
- **гипергликемия** (возможна)
- **Секретин-панкреозиминный тест** (гиперсекреторный тип сокоотделения в начальных стадиях ХП, гипосекреторный при развитии фиброза ПЖ)

Инструментальные исследования

- **УЗИ:** изменение размеров головки ПЖ (более 3,5 см), хвоста (более 3 см), наличие псевдокист, кальцинатов
- **ФГДС** – экзогастральное надавливание, дискинезии, осмотр фатерова соска
- **Rg** - при объёмных процессах в ПЖ разворот петли ДПК, изменение рельефа слизистой; **обзорная Rg** - кальцинаты (на поздних стадиях у 30% больных)
- **ЭРПХГ** – дилатация или сужение протока, увеличение времени сброса контрастного вещества в ДПК, укорочение и обрыв боковых ветвей, ригидность стенок, кисты сообщающиеся с протоком.
- **ЯМРТ (холангио-панкреатография)**
- **КТ** - очаги некрозов, кальцинаты, кисты
(не обнаруживаемые при УЗИ)





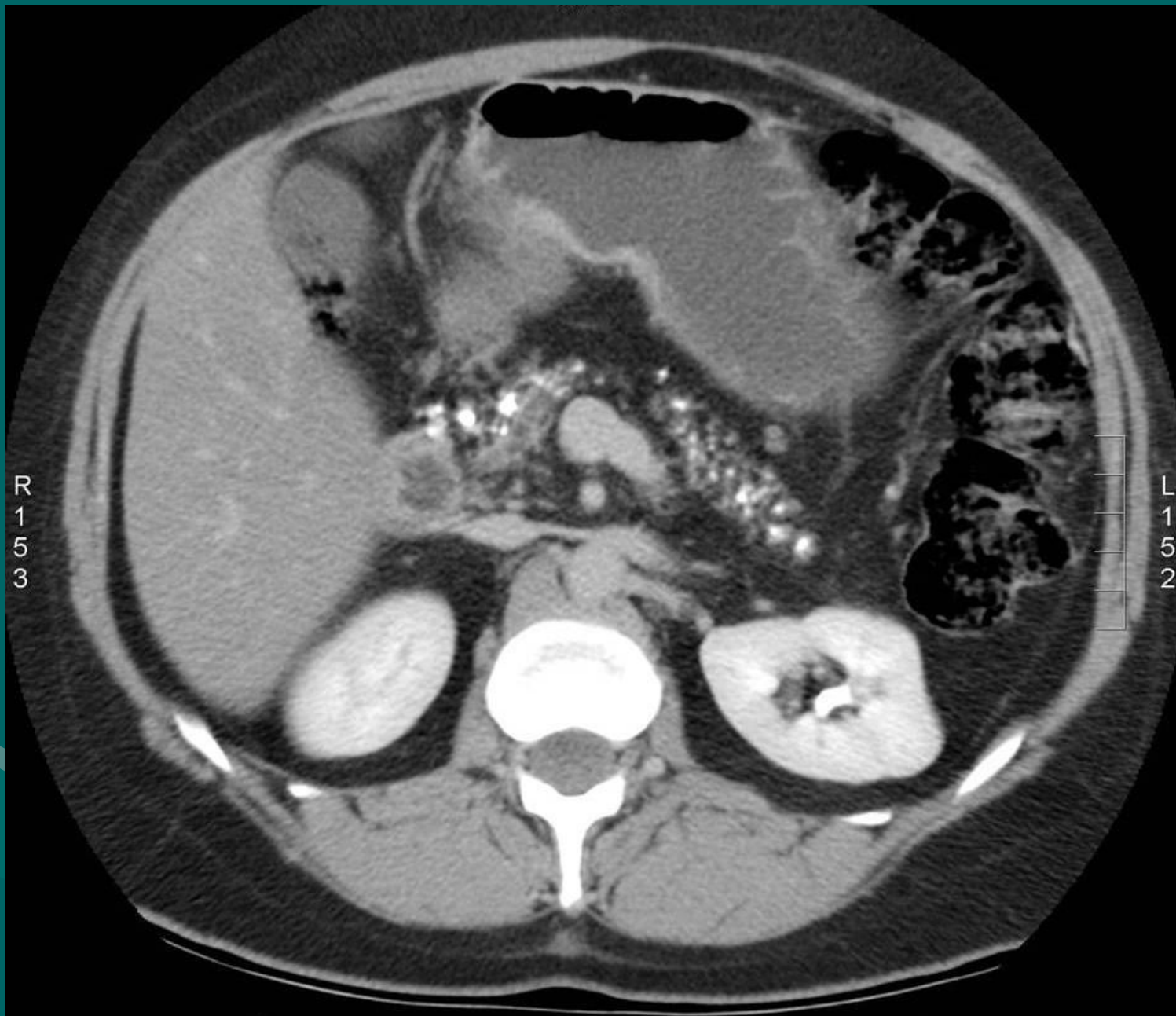
Обзорная Rg: XII кальцифицирующий



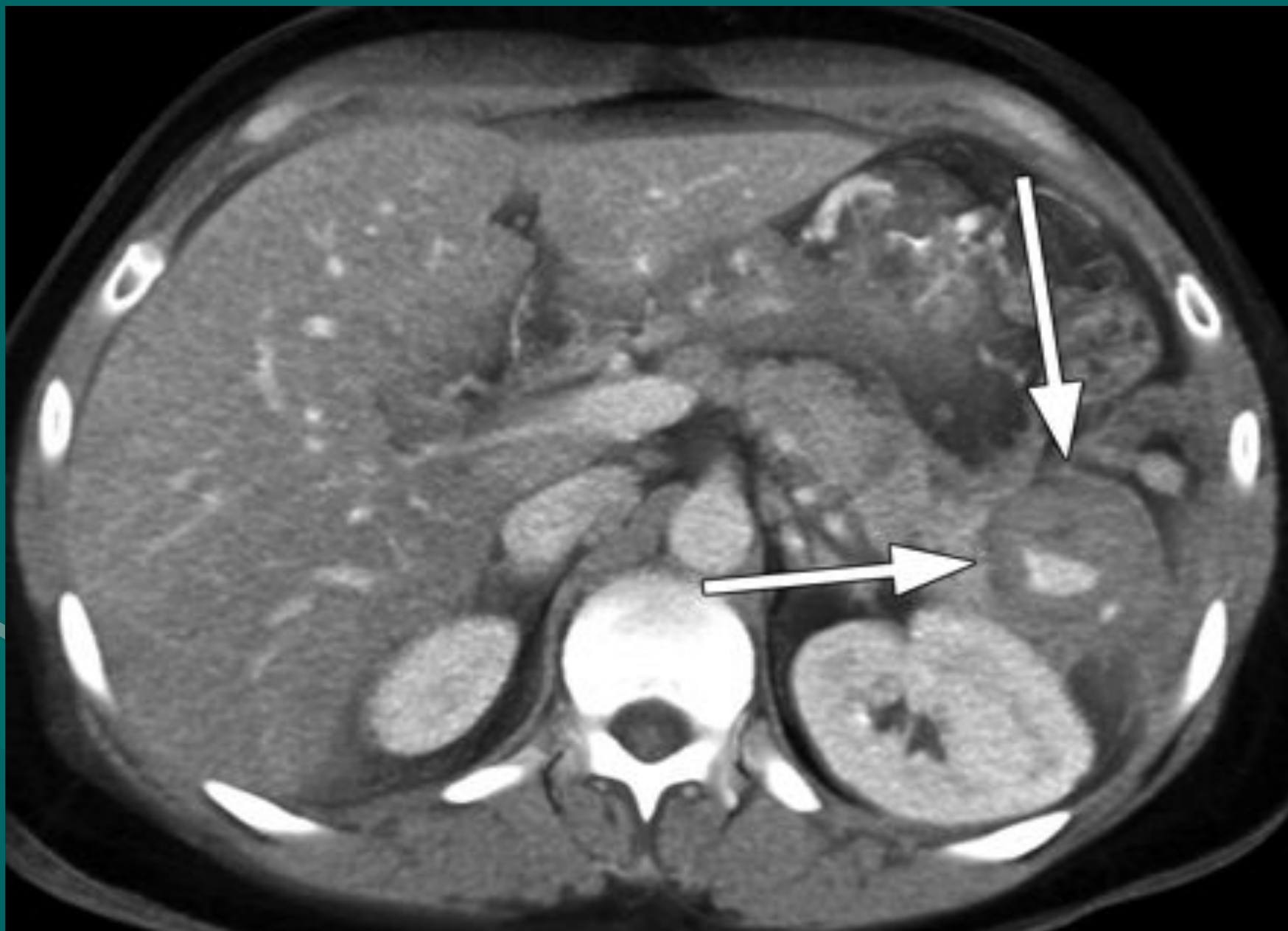
ЭРПХГ: расширение протока поджелудочной железы при ХП



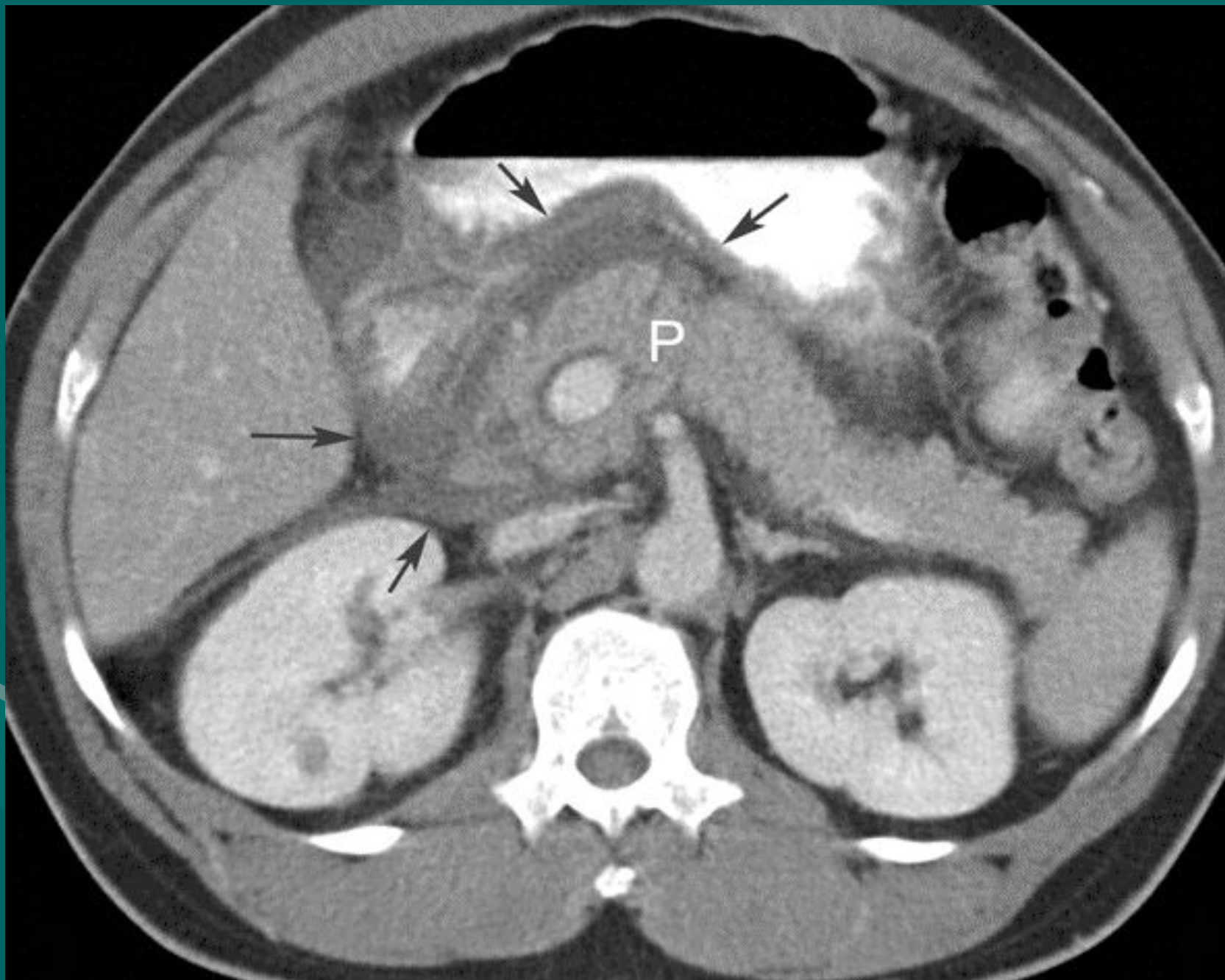
Расширенный проток ПЖ



Хронический кальцифицирующий панкреатит ²⁸



Псевдокиста хвоста поджелудочной железы ²⁹



Острый панкреатит

Лечение ХП

Пожизненный отказ от алкоголя

Терапия определяется фазой заболевания, функциональным состоянием ПЖ, наличием осложнений.

Принципы лечения в фазе обострения

- Постельный режим
- Снижение панкреатической секреции
- Купирование болевого синдрома
- Поддержание оптимального ОЦК
- Дезинтоксикационная и в некоторых случаях антиферментная терапия
- Профилактика бактериальных осложнений

Снижение панкреатической секреции

- Регионарная искусственная гипотермия области ПЖ
- Диета: при обострении ХП в первые 2-3 дня рекомендован голод. Разрешается только прием жидкости в количестве 1,0—1,5 л в сутки (5—6 раз по 200 мл). Назначают щелочную минеральную воду без газа, отвар шиповника, некрепкий чай.
- При гастро- и дуоденостазе - непрерывная аспирация желудочного содержимого с помощью тонкого зонда.
При выраженном обострении после голода + парентерального питания назначается **энтеральное питание** — не более 3–5 суток через зонд, введённый в тощую кишку
По мере улучшения состояния расширение диеты: слизистые супы, жидкие протертые каши, овощные пюре и кисели, обезжиренную белковую пищу.

Снижение панкреатической секреции (фармакотерапия)

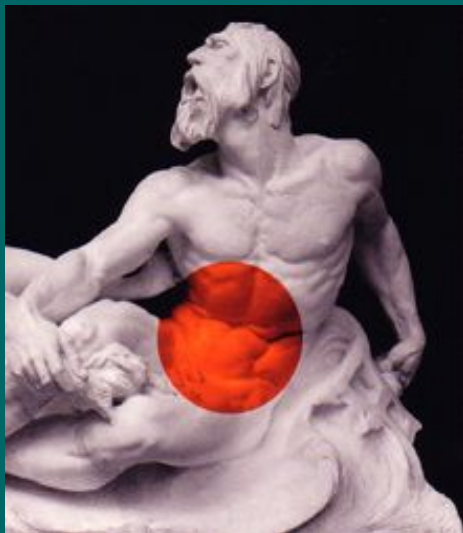
- соматостатин, октреотид 100 мкг
3 раза п/к – 5-7 дней (непосредственно
влияет на функциональную активность ПЖ и
опосредованно – через уменьшение желудочной
секреции за счет подавления секреции гастрина)
- антациды адсорбирующие:
маалокс, фосфалюгель, гастал, алмагель
и др. 4 – 6 р/сутки
- ИПП: омепразол 0,02 ; эзомепразол 0,04;
лансопразол 0,03; рабепразол 0,02;
пантопразол 0,04 x 2 р/д
- М-холинолитики: атропин, платифиллин, гиосцина бутилбромид
(бускопан),
- ферментные препараты: креон, панцитрат, мезим-форте и др.



Купирование болевого синдрома

- Ненаркотические анальгетики: парацетамол, анальгин, баралгин.
- Нейролептанальгезия:
дроперидол 0,25%-2мл. и фентанил 0,005%- 1-2мл
- Наркотические анальгетики (при сильных болях):
промедол 1-2% 1 мл п/к , в/м x 1-3 р/сутки, обычно в течение не более 3 дней;
трамадол (трамал) по 1-2 ампулы (по 50 мг) в/м, в/в или по 1-2 капсулы (по 50 мг) внутрь 1-3 р/сутки.
бупренорфин (торгезик) **0,2-0,4 мг x 3-4 р/с**
- спазмолитики: дротаверин внутрь 0,04 – 0,08 г (1-2 таблетки) или 2% р-р 2-4 мл x 2-3 р/сутки в/м; бускопан 0,01 по 1-2 драже 3-5 р/сутки;
дюспаталин 0,2 по 1г x 2 р/д
- Ферментативные препараты: панцитрат, креон 10000-40000 x 2-3 р/д
- ИПП
- Блокады новокаиновые паранефральные

Влияние ферментных препаратов на снижение интенсивности боли при ХП



Лечение ХП

Принципы лечения в фазе обострения

- Отказ от алкоголя
 - Постельный режим
 - Снижение панкреатической секреции
 - Купирование болевого синдрома
-
- **Поддержание оптимального ОЦК**
(↑ проницаемости сосудов → жидкая часть крови в ткани окружающие ПЖ; потеря жидкости при рвоте; гипоальбуминемия) → гиповолемический шок
(в/в 2,5 – 3,0 л. жидкостей в сутки – глюкоза, электролиты, плазма, альбумины, физ. раствор. ЦВД должно поддерживаться на уровне 120 мм. водного столба)
 - **Дезинтоксикационная терапия**
 - **Антиферментная** (только в случае значительной ферментемии с системными проявлениями (инфаркты в т.ч. миокарда, тяжелой дыхательной недостаточности, связанной с разрушением фосфолипидной структуры альвеол и т.д.)
 - **Профилактика бактериальных осложнений**

Антибактериальная терапия показания

- Развитие бактериальных осложнений (инфицирование панкреонекроза, кисты, парапанкреатит, холангит и др.)
- Профилактика бактериальных осложнений (предотвращение транслокации микробной флоры в брюшную полость): стаз желчи, формирование псевдокисты ПЖ, разрыв протока ПЖ, очаги некроза ПЖ

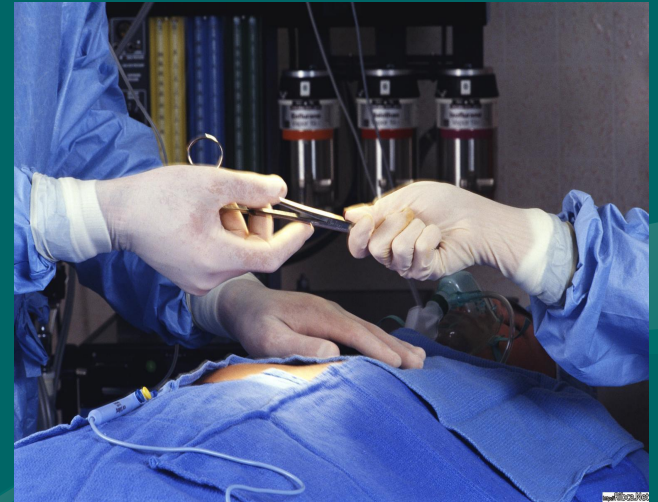
Препараты, хорошо проникающие в ткань ПЖ: карбапенемы, фторхинолоны; клиндамицин, метронидазол в комбинации с цефалоспоридами III–IV поколения. При грибковом поражении ПЖ препарат выбора флуконазол.

Показания к эндоскопическому лечению

- Папиллостеноз, стриктуры препапиллярного отдела, множественные и одиночные камни вирсунгова протока
- Сдавление общего жёлчного протока увеличенной головкой ПЖ (дистальный холедохостеноз)
- Свищи ПЖ, исходящие из дистальных отделов главного панкреатического протока
- Кисты и псевдокисты ПЖ, расположенные парадуоденально, ретрогастрально и выпячивающие стенку органа

Показания к хирургическому лечению

- Кальциноз ПЖ и камни протоков с выраженным болевым синдромом
- Обструктивный ХП — при невозможности эндоскопической декомпрессии
- Обтурационная желтуха за счёт сдавления холедоха
- Подпечёночная портальная гипертензия
- Кисты более 6 см в диаметре или свищ ПЖ, не излечивающиеся консервативно в течение 3 месяцев
- Вторичный ХП, связанный с ЖКБ, пенетрирующей язвой, дуоденостазом, абдоминальным ишемическим синдромом
- Неэффективность консервативной терапии: стойкий болевой синдром, прогрессирование панкреатической недостаточности, частые рецидивы
- Бактериально-гнойные осложнения при неэффективности медикаментозного лечения



Тактика поддерживающей терапии при ХП

Поддерживающая терапия особенно важна на протяжении первых 6-12 месяцев после стихания выраженного обострения (в этот период часто возникают рецидивы)

- **Полный отказ от алкоголя**
- **Соблюдение диеты**
- **Ферментные препараты**
- **Спазмолитики**
- **Ингибиторы протонной помпы** (при рецидиве болей)
- **Снижение давления в ДПК** (при синдроме дуоденальной гипертензии)
- **Деконтаминация ДПК**

Благодарю за внимание

