



# ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

Подготовила: Ахмет М.М.

# План

- Определение ХП
- Этиология
- Патогенез
- Классификация
- Клиника
- Диагноз
- Диф.диагностика
- Лечение

**Хронический панкреатит** – прогрессирующее воспалительное заболевание, сопровождающееся склерозированием и деструкцией эндокринной ткани поджелудочной железы. Является следствием острого панкреатита.

# К особенностям развития поджелудочной железы у детей можно отнести

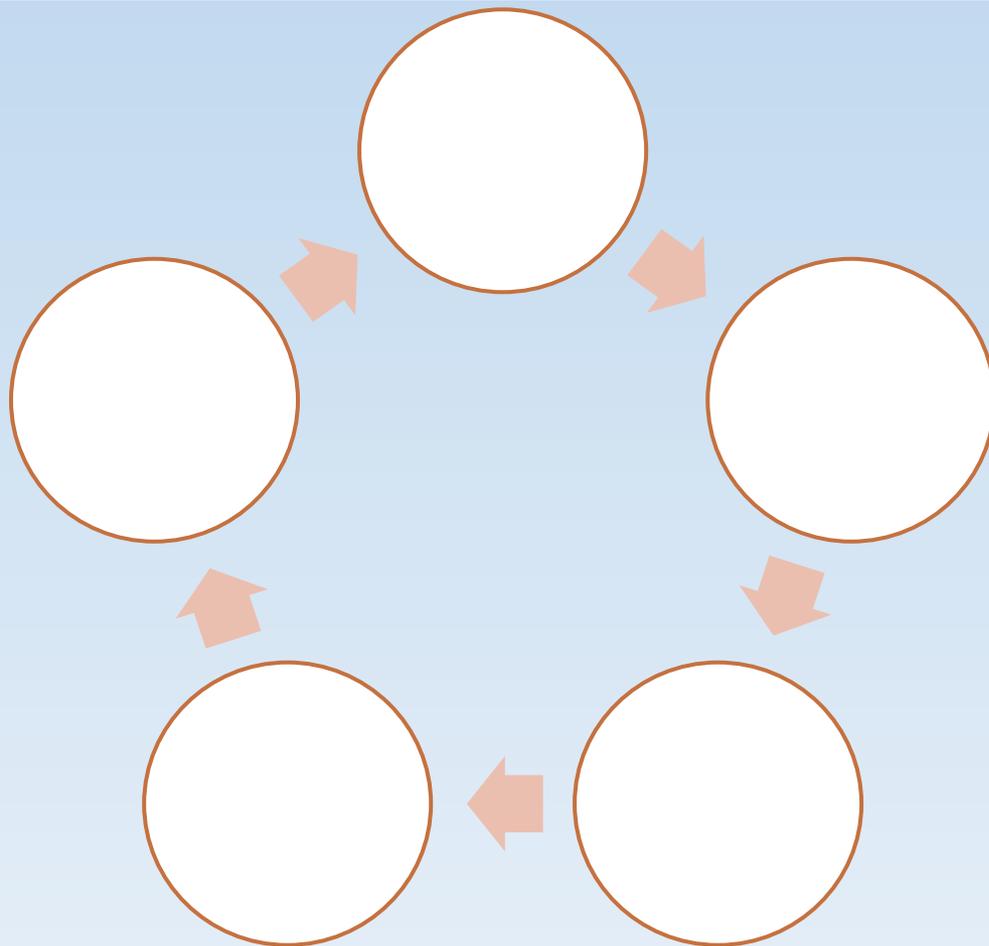
- относительную незрелость экзокринной части после рождения и мощное раннее развитие функционирующего эндокринного аппарата.
- к 2 годам гистологическое строение поджелудочной железы начинает приближаться к таковому у взрослых.
- В детском возрасте форма поджелудочной железы четко не дифференцируется, но у детей одного и того же возраста уже можно различать либо изогнутую, либо вытянутую форму
- Pancreas выделяет за сутки в двенадцатиперстную кишку такое количество сока, которое превышает в 10—15 раз массу самого органа

# Этиология

## *Причины хронизации:*

- Генетическая предрасположенность
- Обструктивные:врожденные аномалии ПЖ и протоковой системы
- Иммунопатологические:аутоиммунное поражение ПЖ и вторичное снижение экзокринной функции за счет нарушения дуоденальной гормональной регуляции
- Дисметаболические:СД,ожирение и гиперлипидемии,гиперпаратиреоз.

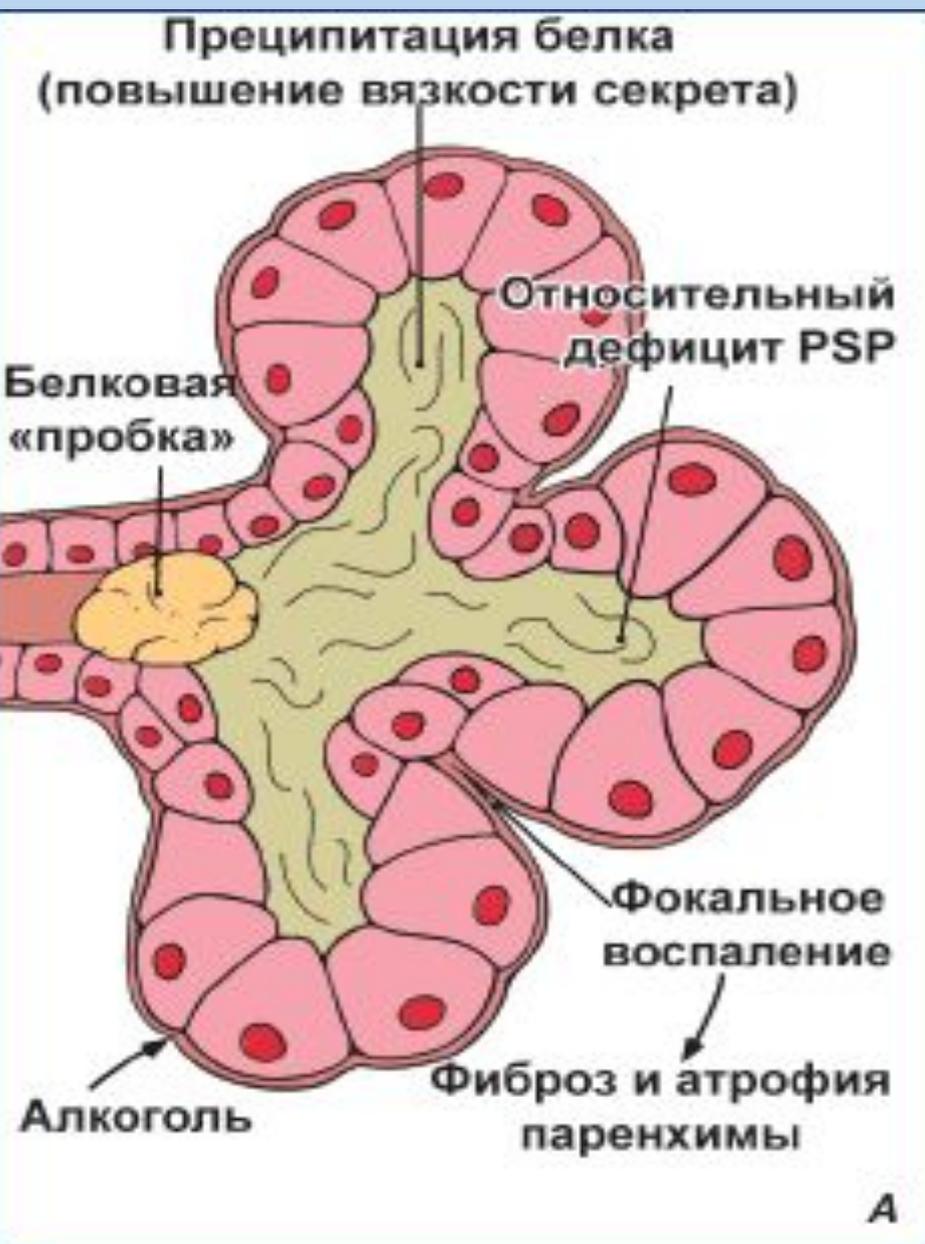
# Генетическая предрасположенность



# Патогенез

*Согласно Марсельско-Римской классификации выделяет 3 патогенетических варианта ХП:*

- Обструктивный ХП
- Кальцифицирующий ХП
- Паренхиматозный ХП



**этиологические факторы**

повреждение  
панкреатоцитов

высвобождение  
небольших  
количеств  
трипсина

активация  
проэластазы

эластаза

повреждение  
сосудов,  
геморрагии

повышенное  
внутрипротокового  
давления

**внутрипротоковая активация  
ферментов**

активация  
липазы

липаза

некроз  
жировой  
ткани

рефлюкс желчи  
или дуоденального  
содержимого

*энтерокиназа*

активация  
профосфолипазы А

фосфолипаза А

некроз  
паренхимы

активация  
калликреиногена

калликреин,  
брадикинин

воспаление,  
вазодилатация  
боль

**шок, диссеминированное внутрисосудистое свертывание  
высвобождение провоспалительных цитокинов**

# Классификация

## ***По происхождению:***

- Первичный
- Вторичный

## ***По течению:***

- Рецидивирующий
- С постоянными болями
- Латентный

## ***По периоду:***

- Обострение
- Субремиссия
- Ремиссия

## ***По тяжести:***

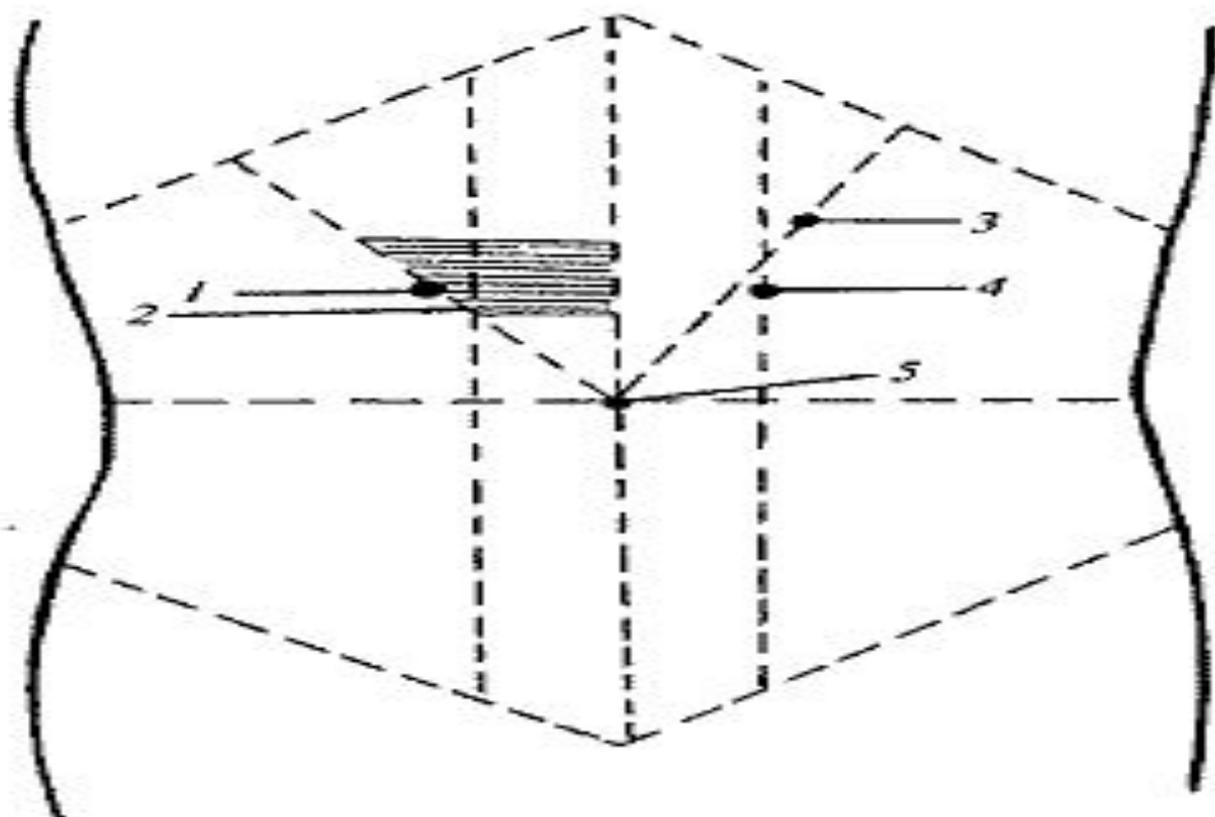
- Легкая
- Средней тяжести
- тяжелая

# Клиника

## 1) Рецидивирующий ХП

- Волнообразное течение (чередование периодов обострения и ремиссии)
- Боль:
  - сфинктерная(спазм сфинктера Одди).
  - капсульная.

сфинктерная	капсульная
Провоцируется погрешностями в диете	Обусловлена растяжением капсулы, отеком железы.
Боли приступообразного характера, купируется приемом спазмолитиков.	Боль носит постоянный характер, длительная. Сопровождается: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Тошнотой</li> <li>• Горечью или сухостью во рту</li> <li>• Рвота (повторная)</li> </ul>
Объективно: положительные симптомы Керте, Кача, болезненность в точке Мейо-Робсона, зонах Шоффара и Губергрица, + симптом Гротта	
Учащение и разжижение стула, полифекалия, стул жирный, блестящий, плохо смывается, нарастает дефицит массы тела.	



*Проекция болевых точек на переднюю стенку живота при заболеваниях поджелудочной железы (схема)*

- 1 — точка Дежардена;*
- 2 — зона Шофарра;*
- 3 — точка Мейо-Робсона;*
- 4 — точка Кача;*
- 5 — пупок.*

**Рис 1.**

**2) ХП с постоянными болями:** вялотекущий воспалительный процесс, без явных обострений и ремиссий.

- Жалобы: несильные постоянные боли в проекции ПЖ (усиливаются после диетопогрешностей)
- Длительность болей в течение нескольких недель и даже месяцев
- Проявляется астеновегетативным синдромом, похуданием.
- Периодически разжижение стула, метеоризм, полифекалия, стеаторея, кал-кашицеобразный, зловонный с жирным блеском
- Болезненность в точках и зонах ПЖ.

### 3) Латентная форма ХП

- Отсутствие болей
- Нарастание симптомов внешнесекреторной панкреатической недостаточности (симптомы гипогликемии спустя 1,5-2 ч после приема пищи, позднее-симптоматика сахарного диабета).
- Пальпаторно: болезненность ПЖ.

# Диагноз

## □ Лабораторные методы исследования

Подтверждающие обострение заболевания	Выявляющие признаки экзокринной недостаточности ПЖ
Уклонение панкреатических ферментов: <ul style="list-style-type: none"><li>•Амилаза(пов-через 2-12 ч быстрое падение-2-4 дней)</li><li>•Липаза</li><li>•Ингибитор /Трипсин</li></ul>	<b>Копрологическое исследование</b> (стеаторея , креаторея)
Провокационные тесты с введением <u>прозерина или приемом глюкозы</u>	<b>Липидограмма кала</b> (определение триглицеридов в кале методом тонкослойной хроматографии)
	Исследование содержания бикарбонатов и панкреатических ферментов в дуоденальном содержимом
	Определение эластазы в кале с исп моноклональных АТ к панкреатической эластазе (ниже 150-200 мкг/г)

## Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:

- - ОАК(лейкоцитоз,ускор.СОЭ)
- - АЛТ, АСТ, билирубин
- - Кал на я/г
- - Флюорография
- - ЭКГ

- **Инструментальные методы исследования:**
  1. УЗИ: гиперэхогенность ПЖ, чередование гипер и гипоэхогенных участков, псевдокисты, увеличение размеров ПЖ, расширение протока ПЖ.
  2. КТ: изменение размеров и структуры ПЖ, наличие кист очагов некроза и обызвествления.
  3. РХПГ (ретроградная холангио панкреатография) для уточнения причины обструкции путем эндоскопической канюлизации Фатерова сосочка.

# Дифференциальный диагноз

- С хроническими заболеваниями органов пищеварения:
  - хр.гастродуоденит,
  - хр.холецистит,
  - заболев кишечника.

# Лечение

## ***Функциональный покой ПЖ обеспечивается:***

- диетой, снижающей пищевую стимуляцию органа;
- антисекреторными препаратами: М-холинолитиками (селективным — пирензепин), Н<sub>2</sub>-блокаторами (фамотидин) или ингибиторами протонного насоса, понижающими желудочную секрецию и, соответственно, стимуляцию ПЖ кислотой;
- препаратами ферментов ПЖ, ингибирующих желудочную секрецию по принципу отрицательной обратной связи, разрушая рилизинг-пептиды, вырабатывающиеся в слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки.

# Цели лечения:

- - устранение болей и диспепсических расстройств, в том числе клинических проявлений внешнесекреторной и внутрисекреторной недостаточности поджелудочной железы;
- - ликвидация воспалительных изменений поджелудочной железы и сопутствующих поражений других органов, позволяющая в ряде случаев предупредить возникновение осложнений;
- - терапия осложнений, требующих хирургического лечения (проведение необходимой операции);
- - предотвращение осложнений и реабилитация больных;
- - повышение качества жизни.

# Основные принципы диеты:

- - избегать избыточного приема пищи, особенно в вечернее и ночное время;
- - избегать больших интервалов (более 6 часов) между приемами пищи;
- - обязательно включать в пищевой рацион жидкую пищу.

# Медикаментозное лечение

**Купирование болевого синдрома.** Поэтапное купирование болевого синдрома:

## **Миотропные спазмолитики:**

- - дротаверин 2% — 2–4 мл в/м или в/в
- - мебеверин 200 мг х 2 раза в сутки

## **Нестероидные противовоспалительные средства:**

- - парацетамол – разовая доза 500 мг, макс. суточная доза 2000мг, при отсутствии патологии печени;
- - кетопрофен 2,0 в/м.

□ **Трамадол 5% - 2 мл в/м.**

**С целью потенцирования действия анальгетиков возможен прием:**

- - сульпирида 100-300 мг/сутки в первой половине дня;
- - медазепам 5 мг 2-3 раза в день, постепенно повышая дозу до 30 мг/сут (при необходимости - до 40 мг/сут).

## **Антисекреторная терапия:**

- - Ингибиторы протонной помпы (ИПП) назначаются в инъекционной форме курсами до 10 дней. ИПП подавляют цитотоксическое действие и хемотаксис естественных киллеров полиморфноядерных лейкоцитов, что говорит о дополнительном протективном влиянии ИПП при панкреатитах.  
Рекомендуемая дозировка: пантопразол 40 мг в/в x 2 раза в сутки, эзомепразол 20 мг в/в стр x 2 раза в сутки.
- - Блокаторы H<sub>2</sub>-рецепторов гистамина, 6-10 дней: Фамотидин по 40-60 мг x 2 раза в сутки в/в.

## **Лечение недостаточности экзокринной функции ПЖ**

- - назначается после купирования острой фазы панкреатита
- - дозы ферментных препаратов зависят от степени панкреатической недостаточности и желаня больного соблюдать диету;
- - должны назначаться препараты на основе ферментов поджелудочной железы с кишечно-растворимыми минимикросферами, чувствительными к значению pH, и высоким содержанием липазы (1 d;A);
- - рекомендуемая доза составляет 25000 – 40000 единиц липазы на прием пищи

## Снижение панкреатической секреции

- - Октреотид – мощный ингибитор нейроэндокринных гормонов желудочно-кишечного тракта, угнетает стимулированную секрецию ПЖ. В дозе 50–100 мкг (0,05–0,1 мг) 2-3 раза в день п/к, также приводит к уменьшению болевого синдрома.