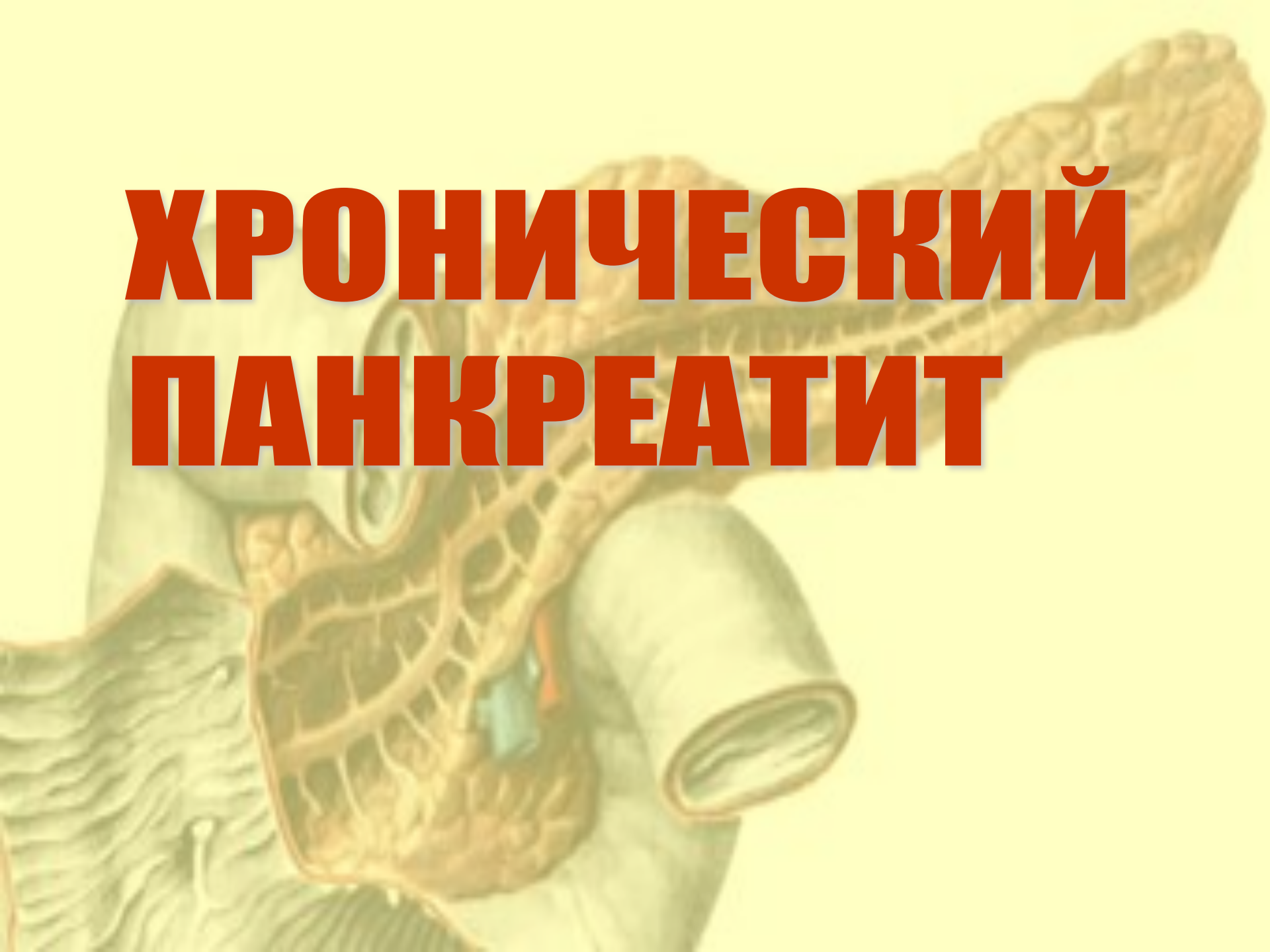


ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ



Определение

Хронический панкреатит (ХП) - длительное воспалительное заболевание поджелудочной железы, проявляющееся необратимыми морфологическими изменениями, которые вызывают боль и/или стойкое снижение функции.

Код заболевания по МКБ-10 K86.1



Острый панкреатит. Макропрепарат поджелудочной железы. Видны темно-коричневые участки кровоизлияний, в основном в области головки железы, а также участки жирового некроза в перипанкреатической клетчатке.

Причины хронического панкреатита

ЧАСТЫЕ	НЕРЕДКИЕ	РЕДКИЕ
Алкоголизм	Гиперлипидемия	Опухоль
Холелитиаз	Хирургические операции	Муковисцедоз
Идиопатический	Травма	Наследственный
Тропический	Лекарства	Васкулит
	Язвенная болезнь	
	Гиперпаратиреоз	
	Удвоение панкреатического протока	

Лекарственный панкреатит

группа высокого риска	группа возможного риска	группа потенциального риска
Диуретики	Кортикостероиды	Индометацин
Азатиоприн	Хлорталидон	Рифампицин
Тетрациклин	Метронидазол	Изониазид
L-аспарагиназа	Нитрофураны	Салицилаты
Эстрогены	Кальций	Циклоспорин
6-меркаптопурин		
Сульфосалазин		
Сульфаниламиды		

Клиническая картина

Клиническая картина заболевания складывается в большинстве случаев из 3 основных синдромов:

- **абдоминальные боли**
- **нарушение процесса пищеварения**
- **сахарный диабет**

Абдоминальные боли

Боли - ведущий симптом в клинике ХП.

Причины болей при ХП:

- Боли, связанные с отеком, инфильтрацией паренхимы повышением внутритканевого давления
- Боли при обструкции панкреатических протоков (камнями, рубцами, белковыми преципитатами), а также при развитии псевдокист и кист
- Боли в результате развития панкреатического неврита,
- Боли, обусловленные повышением давления в билиарной системе из-за сдавливания общего желчного протока (отек и фиброз либо киста) или стеноза большого дуоденального соска.
- Внешнесекреторная недостаточность ПЖ приводит к избыточному бактериальному росту в тонкой кишке, что является причиной болей у значительной части больных ХП.

Внешнесекреторная недостаточность ПЖ

характеризуется нарушением процессов кишечного пищеварения и всасывания, развитием избыточного микробного роста в тонкой кишке.

В результате у больных появляются:

- поносы,**
- стеаторея,**
- метеоризм,**
- боли в животе,**
- отрыжка,**
- тошнота,**
- эпизодически рвота,**
- потеря аппетита,**
- снижение массы тела,**
- позднее присоединяются симптомы, характерные для гиповитаминоза.**

Сахарный диабет

Расстройства углеводного обмена при ХП выявляются примерно у 1/3 больных, и только у половины из них наблюдаются клинические признаки сахарного диабета.

В основе развития указанных нарушений лежит поражение всех клеток островкового аппарата ПЖ, в результате чего возникает дефицит не только инсулина, но и глюкагона. Этим объясняются **особенности течения панкреатогенного сахарного диабета:**

- склонность к гипогликемии,
- потребность в низких дозах инсулина,
- редкое развитие кетоацидоза, сосудистых и других осложнений.

В клинической картине ХП выделяют 3 периода:

- 1. Начальный период**
- 2. Второй период – стадия внешнесекреторной недостаточности**
- 3. Третий период – стадия выраженной экзогенной и эндогенной недостаточности.**

Осложнения ХП

1. Холестаз (желтушный и безжелтушный варианты).
2. Реактивный гепатит.
3. Инфекционные осложнения:
 - воспалительные инфильтраты;
 - гнойный холангит;
 - септические состояния;
 - реактивный плеврит, пневмония.
4. Редкие осложнения:
 - подпеченочная форма портальной гипертензии;
 - хроническая дуоденальная непроходимость;
 - эрозивный эзофагит;
 - гастродуоденальные изъязвления с кровотечением;
 - синдром Мэлори-Вейса;
 - гипогликемические кризы;
 - абдоминальный ишемический синдром.

Диагностика хронического панкреатита

Клиническая картина требует в первую очередь исключения синдромосходных заболеваний:

- **гастродуоденальные язвы,**
- **карциномы желудка и ободочной кишки,**
- **хронический антральный гастрит,**
- **хронический энтерит, хроническая артериомезентериальная компрессия,**
- **острый вирусный гепатит и обострение хронического вирусного гепатита,**
- **обострение хронического холецистита,**
- **опухоль ПЖ, которая может вызывать острый панкреатит и поддерживать течение ХП на неопределенный период болезни и др.**

В этой связи необходимо рациональное обследование больных для исключения перечисленных заболеваний и для воздействия на них как на фактор, поддерживающий течение ХП.

Обследование больных хроническим панкреатитом

согласно приказу МЗ РФ № 125 от 17.04.98г.

«СТАНДАРТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ»

Обязательные лабораторные исследования

Однократно

- ОАК, ОАМ,
- Общий билирубин и фракции,
- АсАТ, АлАТ
- ЩФ, ГГТП
- Амилаза крови
- Липаза крови
- Копрограмма
- Сахар крови
- Кальций крови
- Общий белок и фракции

Обследование больных хроническим панкреатитом (приказ МЗ РФ № 125)

Обязательные инструментальные исследования

Однократно

- Rg брюшной полости
- УЗИ брюшной полости
- ЭРХПГ

Двукратно

- УЗИ поджелудочной железы

Дополнительные исследования по показаниям

Двукратно

- Лапароскопия с прицельной биопсией поджелудочной железы
- КТ поджелудочной железы
- Коагулограмма
- Сахар крови после приема глюкозы (сахарная кривая)

Консультации специалистов обязательные: хирурга, эндокринолога.

Лабораторные исследования

При обострении ХП наблюдается усиленное поступление в кровь панкреатических ферментов, так называемое "уклонение ферментов", которое обусловлено нарушением целостности паренхимы железы и панкреатических протоков. Концентрация α -амилазы в крови повышается через 2—12 ч после начала заболевания, максимальная, превышающая норму более чем в 5 раз, концентрация определяется через 24 ч. В моче подъем уровня α -амилазы "запаздывает" на 6 ч. Нормализация этих показателей происходит на 2-4-й день. Повышение активности сывороточной амилазы в 2 раза и более в сочетании с увеличением уровня сывороточных липазы и трипсина является достоверным лабораторным тестом поражения ПЖ.

Инструментальная диагностика ХП

При **УЗИ** обнаруживаются неровность контуров, изменение размеров, увеличение плотности ткани ПЖ, наличие псевдокист, кальцинатов, опухолевых образований, расширения главного панкреатического протока. Необходимо отметить, что, если полагаться только на данные УЗИ, то это может привести к гипердиагностике ХП.

Компьютерная томография позволяет выявить изменение формы и плотности ПЖ, очаги обызвествления (камни) и некроза, наличие кист и опухолей.

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) является "золотым стандартом" для выявления патологии протоковой системы ПЖ.

Инструментальная диагностика ХП

Эндоскопическое исследование:

- выявление изменений зоны большого дуоденального сосочка (БДС) нисходящего колена двенадцатиперстной кишки (парафатеральные дивертикулы, воспаление и опухоль БДС);
- выявление с-мов дуоденальной гипертензии, дуоденита
- восходящая панкреатохолангиография (возможно с предварительным забором панкреатического сока для ферментного и морфологического исследования);
- эндоскопический осмотр протока.

Обзорная рентгенография в 30–40% случаев выявляет кальцификацию поджелудочной железы или внутрипротоковые камни, особенно при исследовании в косой проекции. Это снимает необходимость дальнейшего обследования для подтверждения диагноза ХП.

лечение

Характеристика лечебных мероприятий

Согласно приказу МЗ РФ № 125 от 17.04.98г.

«Стандарты диагностики и лечения болезней органов пищеварения»

Первые три дня **при выраженном обострении** - голод и по показаниям парентеральное питание.



При дуоденостазе непрерывная аспирация кислого желудочного содержимого с помощью тонкого зонда,



в/венно через каждые 8 ч ранитидин (150 мг) или фамотидин (20 мг);



внутри - буферные антациды в виде геля (маалокс, ремагель, фосфалюгель, гастерин-гель) через каждые 2-3 часа;



внутривенно – полиглюкин 400 мл в сутки, гемодез 300 мл в сутки, 10% раствор альбумина 100 мл в сутки, 5-10 % раствор глюкозы 500 мл в сутки.

При некупирующемся болевом синдроме - парентерально 2 мл 50% р-ра анальгина с 2 мл 2% раствора папаверина или 5 мл баралгина или синтетический аналог соматостатина - сандостатин (50-100 мкг 2 раза в день подкожно, или внутривенно капельно лидокаин (в 100 мл изотонического раствора хлорида натрия 400 мг препарата).

Характеристика лечебных мероприятий

согласно приказу МЗ РФ № 125 от 17.04.98г.

После купирования выраженного болевого синдрома обычно с 4-го дня от начала лечения:

- ➡ дробное питание с ограничением животного жира;
- ➡ перед каждым приемом пищи полиферментный препарат креон (1-2 капсулы) или панцитрат (1-2 капсулы);
- ➡ постепенная отмена анальгетиков, инфузионной терапии и парентерального введения препаратов, некоторые из них назначают внутрь:
- ➡ ранитидин 150 мг или фамотидин 20 мг 2 раза в день,
- ➡ домперидон или цизаприд 10 мг 4 раза в день за 15 мин. до еды, или



б

100 000

0

15

Характеристика лечебных мероприятий

согласно приказу МЗ РФ № 125 от 17.04.98г.

Продолжительность стационарного лечения

28-30 дней (при отсутствии осложнений).

Требования к результатам лечения

Возможно наступление полной клинической ремиссии или ремиссии с дефектом (наличие псевдокист, не полностью устраненной панкреатической стеатореи с некомпенсированным дуоденостазом).

Больные с хроническим панкреатитом подлежат **диспансерному наблюдению** (повторный осмотр и обследование в амбулаторно-поликлинических условиях дважды в год).

Цели лечения

- 1. Купирование боли, уменьшение и снятие интоксикации, которая переводит процесс из локально-органного в мультиорганно-распространенный.**
- 2. Купирование прогрессирования отечно-интерстициальной стадии панкреатита с целью предотвращения развития “хирургических” осложнений при неосложненном и ограниченном неинфицированном панкреонекрозе.**
- 3. Стабилизация клинической ситуации, которая достигается созданием функционального покоя ПЖ с постепенным выходом ПЖ к функциональным нагрузкам.**
- 4. Лечение осложнений острого периода – несостоятельность внешне- и внутрисекреторной недостаточности ПЖ.**
- 5. Лечение хирургических осложнений и предотвращение рецидивирования при сохраняющемся причинном факторе.**
- 6. Реабилитация больных ХП.**

Диета

Через 3-5 дней от начала обострения диету постепенно расширяют.

Следует ограничить прием пищевых продуктов, способных стимулировать панкреатическую секрецию:



жиров (особенно подвергшихся термической обработке);



кислот (любые кислоты способны стимулировать секрецию ПЖ);



исключить продукты твердой и густой консистенции,



резко ограничить молочные продукты, богатые кальцием (сыры, творог).

Диета

Приемы пищи должны быть частыми и небольшими по объему (не более 300 г, 2500-3000 ккал/сут).

В состав суточного рациона следует включать

- жиры - 80 г/сут
 - 70% растительных,
 - 30% животных,
- белки – 80-120 г/сут
 - яичный белок,
 - нежирные сорта мяса в отварном виде
 - нежирные сорта рыбы в отварном виде,
- углеводы - 600 г/сут (предпочтительно в виде полисахаридов).

Лечение

в стадии обострения

- ☞ первые 3 дня голод и по показаниям парентеральное питание;
- ☞ при гастро- и дуоденостазе непрерывная аспирация желудочного содержимого с помощью тонкого зонда;
- ☞ **октреотид** 100 мкг 3 раза подкожно первые 5 дней (на сегодняшний день это является основным лечебным воздействием, направленным на уменьшение давления в протоковой системе ПЖ, так как непосредственно влияет на функциональную активность ПЖ и опосредованно – через уменьшение желудочной секреции за счет подавления секреции гастрина). Срок 5 дней и конкретные дозы вводимого препарата зависят от тяжести процесса, динамики обратного развития и переносимости препарата. Есть группа больных очень чувствительных к октреотиду, и в ответ на введение им препарата развивается резкое подавление функциональной активности ПЖ, сопровождаемое резчайшим вздутием и послаблением стула. Этот симптомокомплекс купируется введением ферментных препаратов и отказом от введения октреотида или уменьшением его дозы:

Лечение

в стадии обострения

- ☞ при отсутствии октреотида – внутривенно вводится **ранитидин** 150 мг каждые 8 ч или **фамотидин** внутривенно струйно 40–80 мг, каждые 8 ч;
- ☞ внутривенно **полиглюкин** 400 мл в сутки, **гемодез** 300 мл/сут, 5–10% раствор **глюкозы** 500 мл/сут с адекватным количеством инсулина;
- ☞ если предыдущие мероприятия не привели к купированию болевого синдрома, то парентерально вводится 2 мл 50% раствора **метамизола** с 2 мл 2% раствора **папаверина** или 5 мл **баралгина**. После купирования болевого синдрома или с 4-го дня от начала лечения:
- ☞ дробное питание с ограничением животного жира;
- ☞ полиферментные препараты: **креон** 1–2 капсулы или **панцитрат** 1–2 капсулы 3 раза в сутки. Они восполняют ферментную недостаточность ПЖ и обеспечивают функциональный покой, что является основным на протяжении значительного отрезка

Лечение

в стадии обострения

- ☞ постепенная отмена анальгетиков, инфузионной терапии и парентерального введения препаратов с переходом на прием блокаторов желудочной секреции в лечебной дозе, терапия которыми по существу остается основной (базисной);
- ☞ от самого раннего периода и на протяжении 3–4-х недель использование прокинетики (**домперидон**, а в самом раннем периоде **метоклопрамид** парентерально) – до периода стабилизации моторики (по крайней мере верхних отделов ЖКТ, обеспечивающих нормальный пассаж секрета ПЖ).

Лечение

Важной задачей в лечении ХП является **купирование болей**. С этой целью проводят следующие лечебные мероприятия:

- исключение алкоголя,
- использование лечебного питания,
- назначение ферментных препаратов, не содержащих желчных кислот,
- назначение блокаторов H₂-рецепторов гистамина (ранитидин, фамотидин),
- назначение антацидов буферного действия, связывающих желчные кислоты в ДПК,
- назначение анальгетиков, спазмолитиков и нейролептиков.

Лечение

Основные ферментные препараты в гастроэнтерологии

Название	Липаза	Протеазы	Амилаза	Прочее
Креон форте	10000 МЕ и 25000 МЕ	600 МЕ и 1000 МЕ	8000 МЕ и 18000 МЕ	
Мезим-форте	3500 МЕ	250 МЕ	4200 МЕ	
Панзинорм форте	6000 МЕ	450 МЕ +1500 химотрипсин	7500 МЕ	Холевая кислота
Панкреофлэт	6500 ЕД	400 ЕД	5500 ЕД	Диметикон
Панкурмен	875 МЕ	63 МЕ	1050 МЕ	
Панцитрат	25 000 МЕ	1250 МЕ	22 500 МЕ	
Солизим	20 000 липолитических ед.			
Фестал	4500 ЕД	300 ЕД	3000 ЕД	Компоненты желчи

Лечение

Препараты первого выбора с высоким содержанием трипсина - **панцитрат** и **креон**. В их составе нет желчных кислот и экстрактов слизистой оболочки желудка, стимулирующих панкреатическую секрецию. Они быстро достигают высоких концентраций трипсина в тонком кишечнике.

Для купирования болей эти препараты необходимо назначать в период полного голодания по 1 капс. каждые 3 ч или по 2 капс. 4 раза в день (1-3 дня), а после возобновления приема пищи - по 1 капс. в начале и в конце каждого приема пищи. Кроме панцитрата и креона можно использовать и другие препараты, не содержащие желчные кислоты (**панкреатин, мезим-форте, фестал-Н** и др.), их эффект значительно ниже. Следует исключить ферменты, содержащие желчные кислоты, - **фестал, дигестал, панзинорм, тагестал, энзистал** и др.

Лечение

Одновременно с ферментами целесообразно использовать H₂ блокаторы следующих дозах: **ранитидин** – 150-300 мг/сут, **фамотидин** - 40 мг/сут в сочетании с **буферными антацидами** по 1 дозе за 30 мин до и через 1,5 ч после приема пищи. Терапия должна поддерживать pH желудка не ниже 4,0 на протяжении всего периода обострения.

Для быстрого субъективного улучшения назначают **поэтапную анальгезирующую терапию**, включающую спазмолитики и анальгетики (2 мл 50% раствора анальгина с 2 мл 2% раствора папаверина или 5 мл баралгина в/м в сочетании с антигистаминными). При отсутствии эффекта в течение 3-4 ч - нейролептики (2,5-5 мг дроперидола + 0,05-0,1 мг фентанила внутривенно). Дополнительно используют в/в капельно лидокаин по 400 мг/сут (4 мл 10% раствора в 100 мл изотонического раствора хлорида натрия или глюкозы).

Лечение

Поэтапное лечение болевого синдрома при хроническом панкреатите

(модификация Ihse et al.)

Хирургическое вмешательство

Блокада солнечного сплетения

Наркотические анальгетики

Эндоскопическое дренирование

Октреотид (сандостатин)

Ненаркотические анальгетики

Панкреатические ферменты + H₂ блокаторы

Диета, дробное питание, жиры менее 60 г/сут

Показания к хирургическому лечению при ХП:

- выявление при ЭРХПГ очаговых повреждений,
 - таких как стриктуры
 - обтурирующий проток камень;
- панкреатические кисты и псевдокисты, абсцессы;
- билиарная гипертензия.

Возможность хирургического лечения обсуждается на консилиуме с участием специалистов и самого больного.

Экспертиза трудоспособности при хроническом панкреатите

Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при обострениях хронического панкреатита:

- Обострение с внешнесекреторной недостаточностью - 20-26 дней**
- Обострение с внешнесекреторной и инкреторной недостаточностью - 28-35 дней**

Экспертиза трудоспособности при хроническом панкреатите

При легком течении по заключению КЭК больным рекомендуется соблюдение диеты, они освобождаются от тяжелого труда, работ, связанных с вибрацией, бензолом, метилами и их производными, свинцом, мышьяком. Больные трудоспособны, некоторым в связи с потерей профессии получают 3 группу инвалидности.

При течении средней тяжести больные обычно получают инвалидность 3 группы.

При тяжелой форме обычно больные стойко нетрудоспособны, получают 2 группу инвалидности.