

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

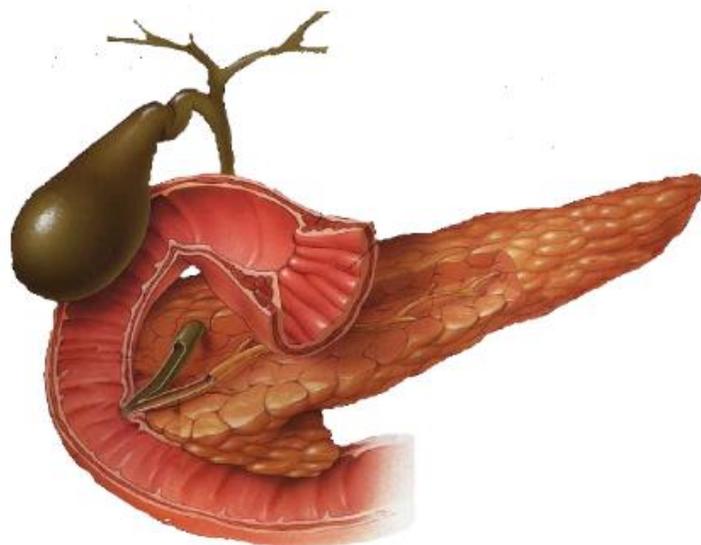
Подготовили:

Котлярова Виктория Сергеевна: ординатор кафедры факультетской терапии им. А.Я.Губергрица

Научный руководитель: Голубова Оксана Александровна: к.мед.н., доцент кафедры факультетской терапии им.А.Я.Губергрица

- **ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ** -длительное воспалительное заболевание поджелудочной железы проявляющееся необратимыми морфологическими изменениями паренхимы и протоков органа, которые вызывают боль и/или стойкое снижение функции

Хронический панкреатит



Частота – 5-9%
среди заболеваний
органов пищеварения

Общемировая тенденция:
увеличение заболеваемости
(в 2 раза за последние 30 лет).

Распространенность в России
среди взрослых за последние
10 лет увеличилась в 3 раза,
среди подростков в 4 раза.

Патология желчевыводящих
путей является причиной ХП
в 35-56% случаев
У 40% больных с ХП –
синдром дуоденальной
Гипертензии.

ПАТОГЕНЕЗ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКЕРАТИТА

- Воздействие этиологического фактора, приводящего к увеличению панкреатической секреции и/или нарушению оттока панкреатического сока, а также несостоятельность собственных защитных механизмов, препятствующих аутолизу ткани ПЖ, приводят к интрапанкреатической активации протеолиических ферментов, развитию воспалительного некроза паренхимы ПЖ, с последующим замещением ее фиброзной тканью. В результате фиброзных, атрофических процессов (при потере более 90% функционирующей ткани ПЖ) возникает прогрессирующая экзо-эндокринная недостаточность ПЖ, приводящая к развитию синдромов мальдигестии и мальабсорбции, панкреатогенного сахарного диабета. Исходом ХП может быть также панкреатическая неоплазия и аденокарцинома ПЖ

МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА



КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

ТОКСИЧЕСКИЙ/МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ

- АЛКОГОЛЬ
- ТАБАКОКУРЕНИЕ
- ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИЯ
- ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЯ
- ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ
- ДЕЙСТВИЕ МЕДИКАМЕНТОВ И ТОКСИНОВ

НАСЛЕДСТВЕННЫЙ

- АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНЫЙ
- МУТАЦИИ КАТИОНИЧЕСКОГО ТРИПСИНОГЕНА
- АУТОСОМНО-РЕЦЕССИВНЫЙ
- МУТАЦИИ CFTR
- МУТАЦИИ SPINK1
- МУТАЦИИ КАТИОНИЧЕСКОГО ТРИПСИНОГЕНА А1-АНТИТРИПСИН

ПО ЭТИОЛОГИИ:

- БИЛИАРНОЗАВИСИМЫЙ
- АЛКОГОЛЬНЫЙ
- ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКИЙ
- ИНФЕКЦИОННЫЙ
- ЛЕКАРСТВЕННЫЙ
- АУТОИММУННЫЙ
- ИДИОПАТИЧЕСКИЙ

КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

• ПО КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ:

- БОЛЕВОЙ
- ДИСПЕПТИЧЕСКИЙ
- СОЧЕТАННЫЙ
- ЛАТЕНТНЫЙ

ОСЛОЖНЕНИЯ:

- - НАРУШЕНИЕ ОТТОКА ЖЕЛЧИ И ПАССАЖА
ДУОДЕНАЛЬНОГО СОДЕРЖИМОГО
- - ПСЕВДОАНЕВРИЗМА
- - ЭНДОКРИННЫЕ НАРУШЕНИЯ:
- - ПАНКРЕАТОГЕННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ,
- - ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ И ДР.
- - ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ: АБСЦЕСС,
КИСТА, ПАРАПАНКРЕАТИТ, ХОЛЕЦИСТИТ

ПО МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ:

- ИНТЕРСТИЦИОНАЛЬНО-ОТЕЧНЫЙ
- ПАРЕНХИМАТОЗНЫЙ
- ФИБРОЗНО-СКЛЕРОТИЧЕСКИЙ
- ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЙ
- КИСТОЗНЫЙ

ПО ХАРАКТЕРУ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ:

- РЕДКО-РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ
- ЧАСТО-РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ
- С ПОСТОЯННО
ПРИСУТСТВУЮЩЕЙ
СИМПТОМАТИКОЙ ХП

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЗАБОЛЕВАНИЯ

- **1. Болевой синдром:** ранние резкие боли (через 15-30 минут) глубоко в эпигастральной области, после употребления жирной, жареной, острой, соленой, кислой, копченой, сладкой свежепеченой пищи и алкоголя, иррадиирующие в левое подреберье («левый полупояс»), в прекардиальную область, спину, в левую и правую лопатки («опоясывающие боли»).
- **2. Внешнесекреторная недостаточность (панкреатогенная диспепсия):** диарея с полифекалией и жирным, зловонным стулом (стеаторея), метеоризм, тошнота, рецидивирующая рвота, снижение аппетита, отвращение к жирной пище.
- **3. Синдром мальабсорбции (трофологическая недостаточность)** – нарушение всасывания в тонкой кишке вследствие мальдигестии, обусловленной дефицитом панкреатических ферментов.
- **4. Внутрисекреторная недостаточность (нарушение толерантности к глюкозе, панкреатогенный СД (типа 3с).** Панкреатогенный СД, в отличие от СД 2 типа, характеризуется отсутствием резистентности к инсулину более плохим контролем гликемии, частой склонностью к гипогликемическим состояниям, более редкому развитию кетоацидоза.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ СТАДИИ ХП С ОЦЕНКОЙ ПРОГНОЗА

Стадия	Признаки	Прогноз
1.	Доклиническая. Признаки ХП по данным лучевых методов диагностики	Неизвестен
2.	Начальных проявлений. Боль типа "А". Повторные приступы острого панкреатита. Снижение качества жизни. Длительность: 4 - 7 лет	↑ риск панкреонекроза, осложнений острого панкреатита
3.	Персистирующая симптоматика. Боль типа "В". Эндо- и/или экзокринная недостаточность	Трофологическая недостаточность
4.	Атрофия ПЖ. Выраженная недостаточность ПЖ. Интенсивность боли снижается,	Сахарный диабет, трофологическая
	отсутствуют эпизоды острого панкреатита	недостаточность. Повышен риск рака ПЖ

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

- 1. Клинический анализ крови.
- **2. Биохимический анализ крови** (липаза, амилаза, трипсин, эластаза-1, общий белок, белковые фракции, билирубин, АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП, липидограмма, кальций, ферритин, электролиты, глюкоза, нва1, креатинин, мочевины).
- **3. Копрограмма** – выявление стеатореи (нейтральный жир, мыла), креатореи (измененные мышечные волокна), иногда – амилореи.
- 4. Анализ мочи на диастазу (изоамилазу).
- 5. Определение ферментов ПЖ в кале (фекальная эластаза 1) – один из наиболее доступных методов диагностики ВСН ПЖ. Данное исследование целесообразно проводить после купирования диареи и СИБР, для исключения некорректной оценки результатов

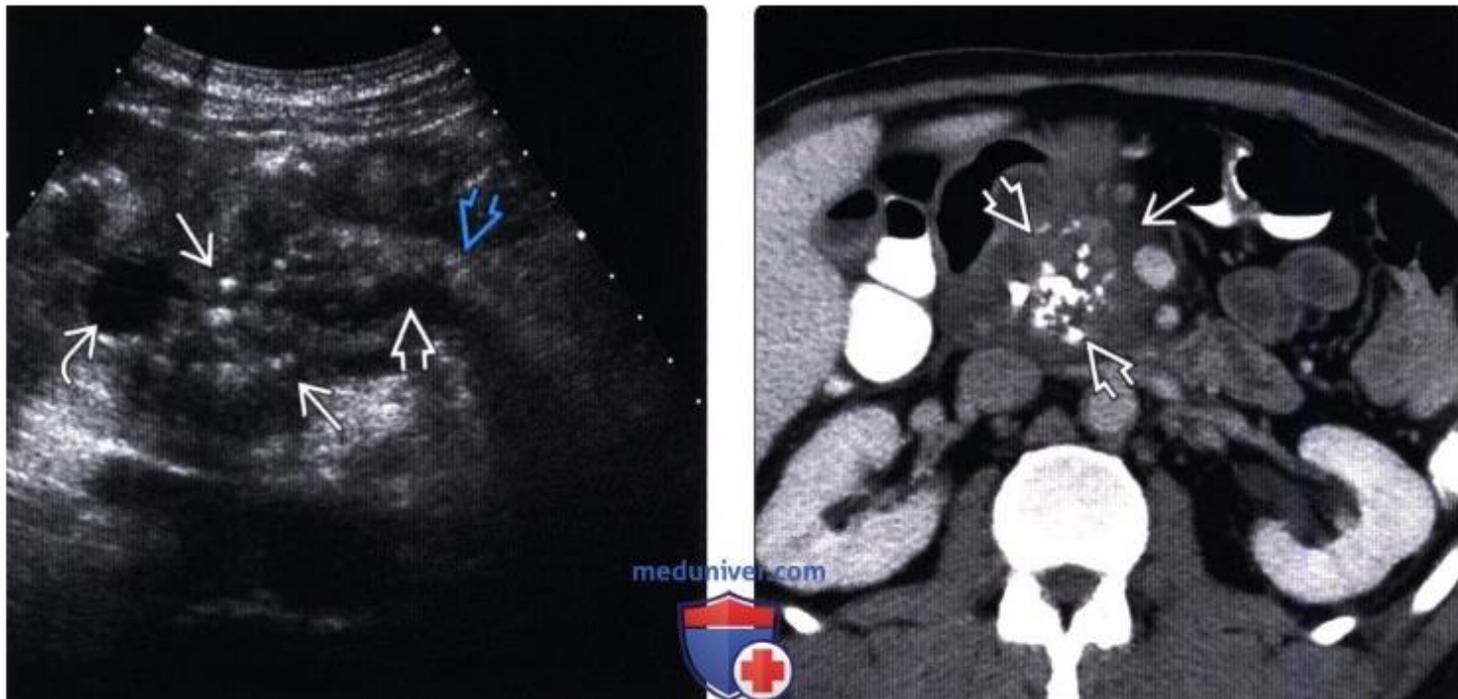
ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

• Основные:

- 1.УЗИ органов брюшной полости.
- 2.МСКТ брюшной полости с контрастированием.
- 3.Видеогастродуоденоскопия (ВГДС) - могут выявляться косвенные признаки: развернутость подковы ДПК, подслизистые кровоизлияния в дне желудка, симптом «манной крупы» в слизистой оболочке ДПК

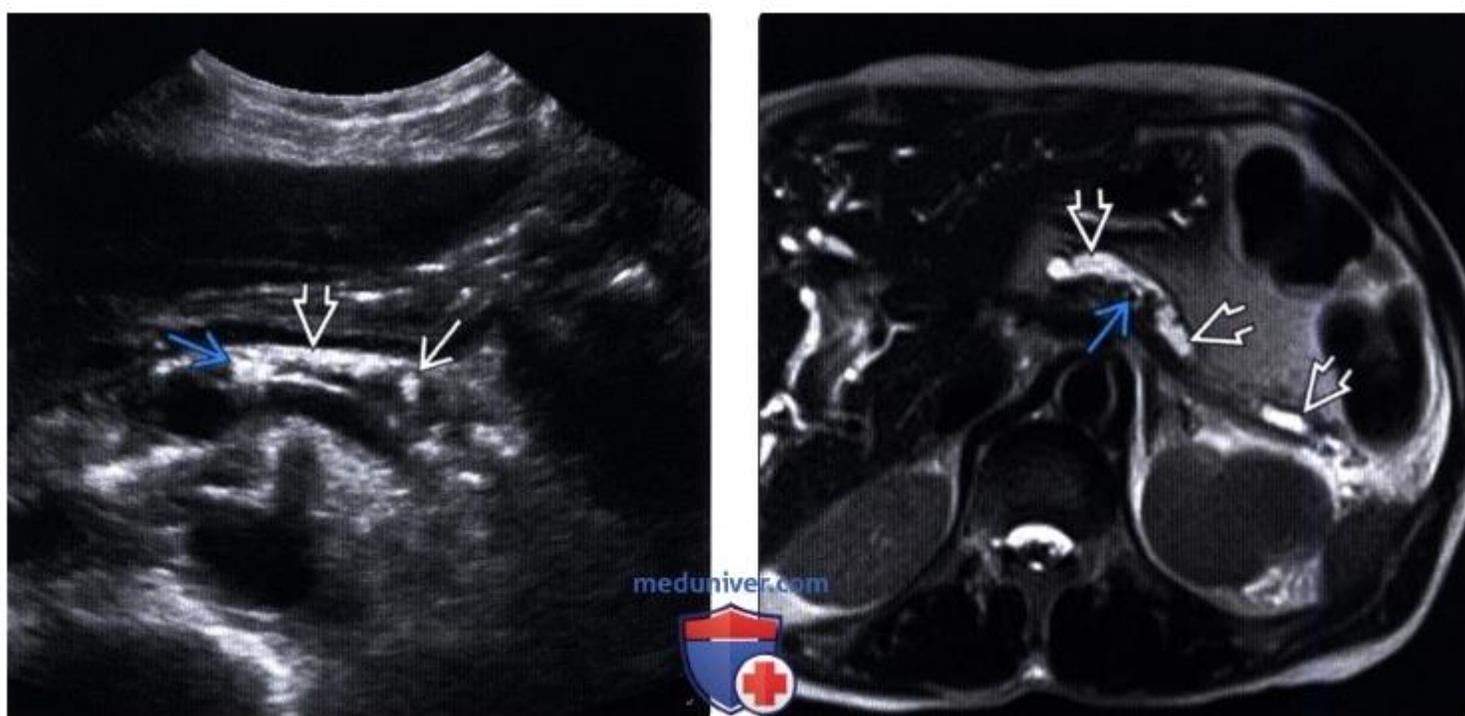
Дополнительные:

- 1.Эндо-УЗИ ПЖ.
- 2.МРТ и МРХПГ.
- 3.ЭРХПГ – по строгим показаниям.
- 4.Обзорная рентгенограмма брюшной полости - наличие кальцификатов в области ПЖ.
- 5.Контрастная рентгенография желудка с искусственной гипотонией - оценка контура головки ПЖ по развороту петли ДПК.
- 6.Рентген грудной клетки (может встречаться левосторонний экссудативный плеврит и дисковидные ателектазы нижней доли левого легкого при тяжелом обострении панкреатита).



(Левый) На поперечном УЗ срезе определяются кальцинаты паренхимы увеличенной головки поджелудочной железы. Отмечается расширение протоков атрофичных тела и хвоста железы. Также обратите внимание на расширенный общий желчный проток. Края поджелудочной железы неразличимы.

(Правый) При КТ у этого же пациента определяется увеличенная головка поджелудочной железы с многочисленными кальцинатами паренхимы. Перипанкреатический отек ВЕ и исчезновение четких контуров железы указывают на обострение хронического панкреатита



(Левый) На поперечном УЗ срезе визуализируется эхогенная атрофичная железа, внутрипротоковые и паренхимальные кальцинаты. Дистальная часть тела/хвост железы скрыты кишечными газами.

(Правый) У того же пациента на поперечной томограмме при T2-взвешенной МРТ определяется расширение протоков тела и хвоста железы; эти изменения визуализируются лучше, чем при УЗИ. Внутрипротоковые конкременты определяются как очаги отсутствия сигнала.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

- 1.ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА (ГЭРБ, ЭЗОФАГОСПАЗМ).
- 2.ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДКА (ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ, ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ).
- 3.ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ (ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА, ЖКБ).
- 4.ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ.
- 5.ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШКИ (СРК, ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА, ОПУХОЛИ).
- 6.РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.
- 7.ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА (АБДОМИНАЛЬНАЯ ФОРМА).
- 8.ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ.
- 9.ПАТОЛОГИЯ СКЕЛЕТНЫХ МЫШЦ.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

- **НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

- 1. Отказ от употребления алкоголя и табакокурения.
- 2. Диета 5П: исключаются кислые соки, газированные напитки, мясные, рыбные, костные бульоны, грибы, цельное молоко, мед, варенье, сдобное тесто, шоколад, кофе, бобовые, редис, лук, чеснок, тугоплавкие жиры, алкоголь, пиво, квас. Пища готовится на пару или запекается в духовке

- **МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

- **1. Купирование болевого синдрома:**

- **АНАЛЬГЕТИКИ** :слабая и умеренная боль (неопиатные анальгетики: ацетоминофен, метамизол; баралгин;
- **НПВС**: диклофенак, ибупрофен, парацетамол).
- **ФЕРМЕНТЫ** :панкреатин, креон, панцитрат, микразим

- **ПОДАВЛЕНИЕ СЕКРЕЦИИ И СОЗДАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПОКОЯ ПЖ**: секретолитики

(ингибиторы протонной помпы – рабепразол, омепразол; H₂-гистаминоблокаторы – фамотидин

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- **1) ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ, СТЕНТИРОВАНИЕ ГПП** (при помощи Метода эндосонографии) – при обструкции СО, вирсунгова протока
- **2) ДРЕНИРОВАНИЕ ИЛИ РЕЗЕКЦИЯ КИСТ ПЖ** - при наличии кист более 5 см, или кистах меньшего размера, но с выраженной симптоматикой и осложнениями, при подозрении на малигнизацию кисты



ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

- **Первичная профилактика** - активное выявление факторов риска и лиц, предрасположенных к возникновению ХП, диспансерное наблюдение за ними, соблюдение рекомендаций по изменению образа и стиля жизни, а также режима и характера питания.
- **Вторичная профилактика** - активное выявление больных с клинически выраженными формами хп, частыми обострениями и их адекватная немедикаментозная (диета, устранение факторов риска) и лекарственная противорецидивная терапия курсами 2 раза в год, поливитаминные препараты, ферментотерапия, коррекция кишечной микрофлоры.

ВЫВОДЫ

- В молодом возрасте самой частой причиной развития острого и хронического панкреатита является злоупотребление алкоголем. В пожилом – калькулез желчевыводящих путей или другое механическое препятствие оттоку панкреатического сока.
- Общая смертность составляет 20%, включая случаи, обнаруженные на аутопсии. • Диагностическое значение имеет четырех-шестикратное повышение амилазы крови.
- Опыт подтверждает полезность срочной РХПГ и ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛОТОМИИ при тяжелых приступах, вызванных камнями в желчных протоках.
- Щадящей при панкреатите является диета, бедная жирами и белками с высоким содержанием крахмалистых веществ. Терапия панкреатином восстанавливает потерю веса, улучшает экзо – и эндокринную функцию железы.
- Вне зависимости от тяжести приступа следует воздержаться от алкоголя в течение не менее трех месяцев

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!