

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

2019 г.

Кафедра внутренних болезней и
функциональной диагностики
ФУВ КГМИПК асс. Жаханбаева М.А.

ЗАДАЧИ:

В конце лекции вы должны уметь:

- Написать определение хронического панкреатита (ХП).
- Перечислить клинические синдромы ХП.
- Составить алгоритм диагностики больного с подозрением на панкреатит.
- Перечислить признаки, позволяющие провести грань между острым и хроническим панкреатитами.
- Перечислить степени тяжести ХП.
- Назвать критерии неблагоприятного прогноза острого и обострения хронического панкреатита по Рэнсону.
- Перечислить основные направления лечебных мероприятий на первичном уровне здравоохранения.

ЦЕЛЬ:

Научиться применять алгоритм действия врача ВОП при хроническом панкреатите для своевременной диагностики и лечения.

Клинический случай

Мужчина В. 56-ти лет. **Жалобы:** Острые боли приступообразного характера в эпигастральной области, иррадиирующие в левое подреберье. Боли возникают после еды и употребления алкоголя, сопровождаются отрыжкой воздухом, тошнотой, многократной рвотой с примесью желчи, резкой общей слабостью. Кал кашицеобразный до 3 раз в сутки, без п.к.

Anamnesis morbi: Болен с 2009 года, когда стали появляться боли в эпигастральной области и левом подреберье, возникающие вскоре после еды и употребления алкогольных напитков. Длительное время лечился самостоятельно. Принимал но-шпу, анальгетики. Состояние значительно ухудшилось 4 апреля 2014 года после запоя, длившегося 14 дней.

Объективное обследование больного: состояние средней тяжести. Положение постельное.

При пальпации живота определяются симптомы панкреатита: болезненность в точке Дежардена, в зонах Шеффара, Губертица, Мейо-Робсона, левосторонний френикус – симптом. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. При перкуссии живота определяется ясный тимpanicкий звук (метеоризм). При аусcultации живота - частые кишечные тоны.

Данные лабораторно-инструментального обследования больного:

Клинический анализ крови: высокий лейкоцитоз ($16,8 \cdot 10^9$) с нейтрофильным сдвигом влево, СОЭ ускорено–28 мм/ч. **Клинический анализ кала:** а) креаторея (непереваренные мышечные волокна в значит. кол-ве), б) амилорея (крахмальные зерна, мыла в значительном кол-ве). в) стеаторея (нейтральный жир, жирные кислоты в значит.кол-ве). **Биохимическое обследование:** липаза крови - 162 Ед/л (верхняя граница нормы - 60 Ед/л), амилаза панкреатическая - 130,10 Ед/л (верхняя граница нормы - 53 Ед/л), глюкоза, ЛДГ, - в норме, АСТ – повышенено.

УЗИ поджелудочной железы: признаки хронического панкреатита (увеличение размеров поджелудочной железы. Эхо структура поджелудочной железы неоднородная, эхогенность повышена, контуры волнистые). **Каков Ваш предварительный диагноз и тактика ведения?**

(напишите свой ответ в чат, в конце лекции мы с вами подробно разберем случай)

Определение

Хронический панкреатит – прогрессирующее заболевание поджелудочной железы, при котором повторяющиеся эпизоды воспалительного процесса приводят к замещению паренхимы фиброзной соединительной тканью, что ведет к нарастающей экзокринной и эндокринной недостаточности поджелудочной железы.

5

Этиология

- Употребление алкоголя (40–80%) – алкогольный панкреатит (чаще у мужчин) в дозе более 20–80 мг этианола/сут. на протяжении 8–12 лет
- Курение табака;
- Болезни ЖП и 12-перстной кишки – билиарный панкреатит (чаще у женщин):
 - ЖКБ является причиной ХП в 35–56%;
 - холецистит, ДЖВП, стриктуры ЖВП и др.
 - патология сфинктера Одди (стеноз, стриктуры, воспаление, опухоль);
 - дуоденит и язвенная болезнь 12 ПК (в 10,5–16,5% случаев является непосредственной причиной развития ХП)
- Муковисцидоз (часто у детей);
- Оперативные вмешательства на органах брюшной полости
- Отравления свинцом, ртутью, мышьяком

6

Этиология

- Наследственный панкреатит.
- Идиопатический (10 до 30%)
- Другие причины:
 - аутоиммунный панкреатит
 - системные заболевания и васкулиты
 - вирусные (Коксаки, ЦМВ, вирус гепатита В и С, паротита)
 - бактериальные инфекции (туберкулез, сифилис и др.)
 - глистные инвазии (описторхоз)
 - нарушения метаболизма (ожирение, белковое голodание, СД, ХПН)
 - дисциркуляторные расстройства (ишемический ХП)
 - аномалии развития ПЖ
 - травмы, острые отравления
 - злоупотребление острой и жирной пищей
 - нерегулярное питание
 - авитаминоз
 - травма живота
 - прием лекарств

7

Патогенез

Преждевременная активация собственных ферментов (превращение трипсиногена в трипсин), что приводит к аутолизу («самопревариванию») ПЖ:



8

Патогенез

Влияние алкоголя на ПЖ

Этанол вызывает спазм сфинктера Одди



внутрипротоковая гипертензия



стенки протоков становятся проницаемыми для ферментов



ферменты активируются



автолиз ткани ПЖ



белковые преципитаты в виде пробок обтурируют панкреатические протоки



кальцифицирующий панкреатит

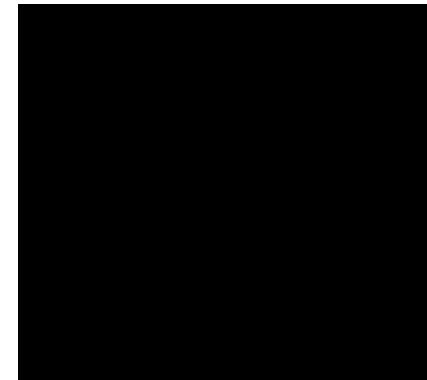
9

•Анатомия панкреато-дуоденальной зоны.

Большой дуоденальный сосочек (Фатеров сосок) – ампула Фатерова соска – место слияния:

- общего желчного протока и
- вирсунгова протока (протока поджелудочной железы),
диаметр устья сосочка – 2-3 мм.

- Здесь же расположен сфинктер Одди



10

Патогенез

Механизмы развития билиарного панкреатита

В норме давление в протоке поджелудочной железы (ПЖ) выше давления

в общем желчном протоке (ЖП) и 12-перстной кишке

В силу разных причин (обтурация протока опухолью, камнем, атония сфинктера Одди)

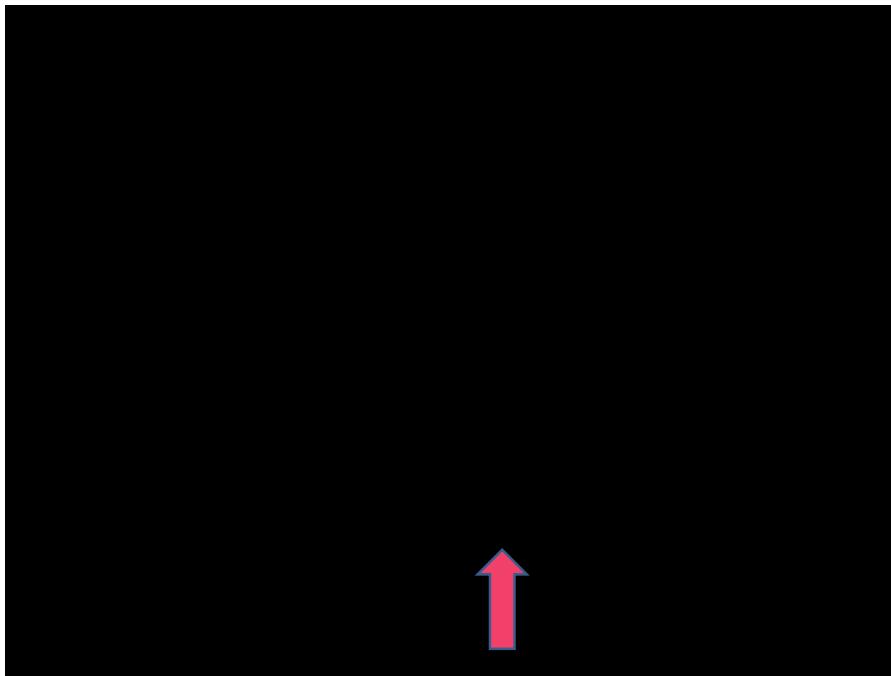


рефлюкс желчи или содержимого 12-перстной кишки в вирсунгов проток



в результате чего активируется трипсиноген.

- Частые рецидивы билиарного панкреатита обычно возникают при миграции мелких и очень мелких камней (микролитов), наиболее опасными являются камни размером до 4 мм.



11

12

Патогенез

Механизмы развития ишемического панкреатита.

Ишемический панкреатит достаточно часто возникает в пожилом и старческом возрасте.

Выделяют несколько основных причин ишемии ПЖ:

- сдавление чревного ствола увеличенными забрюшинными лимфатическими узлами, кистами ПЖ;
- давление питающих сосудов увеличенной ПЖ при псевдотуморозном панкреатите.
- атеросклеротическое поражение чревного ствола;
- тромбоэмболия;
- диабетическая ангиопатия.

13

Патогенез

Гиперлипидемия.

Высокий риск панкреатита наблюдается при повышении триглицеридов более 500 мг/дл.

Механизм развития ХП связывают с токсическим воздействием на ткань ПЖ высоких концентраций свободных жирных кислот

14

КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА TIGAR-O

- Токсико-метаболический:
 - алкогольный (>80 г/сут),
 - лекарственный (ИАПФ, статины, гидрохлортиазид и др.),
 - почечная недостаточность,
 - гиперпаратиреоз.
- Идиопатический.
- Генетический:
 - мутации генов PRSS1, CFTR, SPINK1 и др.
- Аутоиммунный:
 - Изолированный аутоиммунный ХП
 - Синдромный аутоиммунный ХП
 - ХП, ассоциированный с синдромом Шегрена
 - ХП, ассоциированный с воспалительными заболеваниями кишечника
 - ХП, ассоциированный с первичным билиарным холангитом

15

КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА TIGAR-O

- Рецидивирующий:
 - Постнекротический (вследствие тяжелого острого панкреатита)
 - Вследствие рецидивирующего острого панкреатита
 - Ишемический / вследствие сосудистых заболеваний
 - Постлучевой
- Обструктивный:
 - дисфункция сфинктера Одди,
 - посттравматический фиброз панкреатического протока,
 - обструкция протока опухолью.

16

Манчестерская классификация ХП

По тяжести:

Легкая степень:

- a) по данным ЭРХПГ/ МХРПГ/ КТ диагностирован ХП;
- b) боль в животе;
- c) нет регулярного приема анальгетиков;
- d) сохраненная эндокринная и экзокринная функции;
- e) отсутствие пери-панкреатических осложнений.

Умеренная степень:

- a) по данным ЭРХПГ/ МХРПГ/ КТ диагностирован ХП;
- b) боль в животе;
- c) регулярная (еженедельная) потребность в анальгетиках/опиатах;
- d) имеются данные за нарушение эндокринной/экзокринной функции;
- e) отсутствие пери-панкреатических осложнений

17

Манчестерская классификация ХП

По тяжести:

Выраженная степень:

- a) по данным ЭРХПГ/ МХРПГ/ КТ диагностирован ХП;
- b) один или несколько из следующих «дополнительных признаков поражения поджелудочной железы»:
 - билиарная стриктура;
 - сегментарная портальная гипертензия;
 - дуоденальный стеноз;
- c) плюс один или несколько из следующих клинических симптомов:
 - диабет;
 - стеаторея.

18

Классификация

Фаза:

- Обострение,
- Ремиссия

По МКБ-10

Код	Название
K86.0	Хронический панкреатит алкогольной этиологии
K86.1	Другие хронические панкреатиты
K86.8	Другие уточненные болезни поджелудочной железы
K86.2	Киста поджелудочной железы
K86.3	Ложная киста поджелудочной железы

19

Примеры формулировки диагноза

Ds: Хронический алкогольный панкреатит, обострение умеренной степени тяжести. [K86.0]

Осложнения: Портальная гипертензия. Вторичный сахарный диабет.

Ds: Хронический аутоиммунный панкреатит, обострение выраженной степени тяжести. [K86.1]

Ds: Хронический рецидивирующий панкреатит, обострение легкой степени тяжести. [K86.1]

20

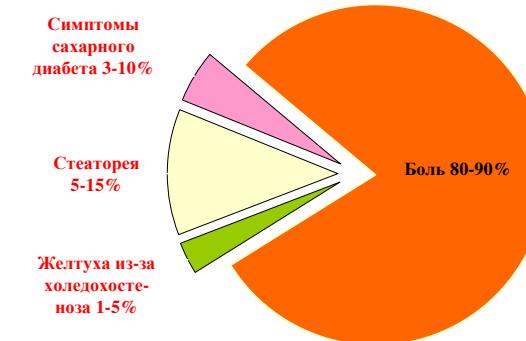
Клиника ХП

Наиболее часто встречающимися клиническими синдромами при ХП являются:

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

21

Доминирующие симптомы хронического панкреатита



P.G. Lankisch et al., 1997

M.W. Büchler et al., 1996

22

Панкреатическая боль



Oldrich Kulhanek

23

Клиника ХП

1. Болевой синдром

- Боль может встречаться как при обострении, так и в фазу ремиссии ХП.
- Боль не имеет четкой локализации:
 - в верхнем или среднем отделе живота слева или посередине,
 - боль в эпигастрии в правом (поражение головки ПЖ) или
 - в левом подреберье (поражение хвоста),
 - иногда опоясывающего характера (вся ПЖ) с иррадиацией в спину.
- Боли крайне интенсивные более чем у половины больных.
- Боли носят постоянный или непостоянный характер
- Боли приступообразного характера связаны с повышением давления в протоках ПЖ

24

Клиника ХП

2. Болевой синдром

- Боль возникает:
 - после приема жирной через 1,5-2 часа
 - острой пищи через 1,5-2 часа
 - после переедания
 - после сотрясения тела
 - в положении лежа
 - при употреблении больших доз алкоголя боль может возникнуть через 48-72 часа
- Боль ослабевает в вертикальном положении.

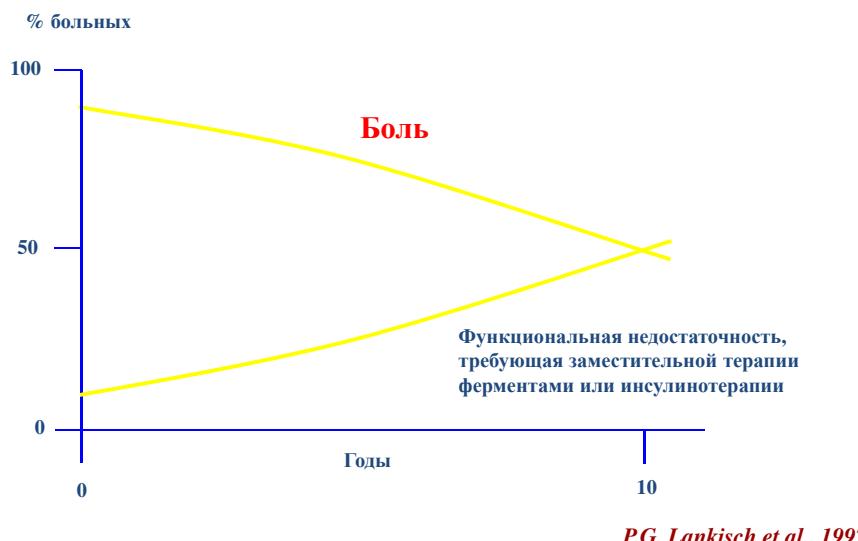
25

Клиника ХП

- **Симптом Шоффара** – болезненность и локальное мышечное напряжение в эпигастральной области в зоне Шоффара (правый верхний квадрант живота, кнутри от биссектрисы, разделяющей прямой угол, образованный двумя пересекающимися линиями: передней срединной линией живота и линией, проведенной перпендикулярно к ней через пупок)
- **Болезненность в точке Дежардена** (расположена на границе средней и верхней трети расстояния между пупком и правой реберной дугой по линии, мысленно проведенной от пупка к правой подмышечной впадине) при воспалении головки поджелудочной железы;
- **Болезненность в левом подреберье**
- Болезненность в левом реберно-позвоночном углу при поражении хвоста поджелудочной железы отмечается (**с-м Мейо-Робсона**)
- Болезненность в зоне **Губергрица-Скульского** (симметрично зоне Шоффара слева) и точке Губергрица (расположенной на 5-6 см выше пупка на линии, соединяющей его с левой подмышечной ямкой)
- Пальпация живота сопровождается болью, иррадиирующей в спину, позвоночник, левое подреберье, надплечье.

26

Доминирующие симптомы хронического панкреатита



Клиника ХП

2. Синдром внешнесекреторной недостаточности

Внешнесекреторная недостаточность ПЖ проявляется нарушением процессов кишечного пищеварения и всасывания из-за недостатка ферментов (липазы, амилазы, трипсина):

- понос (стул от 3 до 6 раз в сутки),
- стеаторея - жирный обильный стул (возникает при снижении панкреатической секреции на 10%, кал кашицеобразный, зловонный, с жирным блеском, с остатками непереваренной пищи (креаторея), зерна крахмала (амилорея)).
- снижение массы тела,
- тошнота,
- отрыжка,
- эпизодическая рвота,
- потеря аппетита, отвращение к мясной и жирной пище

28

Клиника ХП

2. Синдром внешнесекреторной недостаточности

Довольно быстро развивается синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке, проявляющийся:

- метеоризмом,
- урчанием в животе,
- отрыжкой.

Позднее присоединяются симптомы, характерные для гиповитамина.

29

Клиника ХП

3. Синдром эндокринных нарушений

- Выявляется примерно у 1/3 больных:
 - симптомы сахарного диабета
 - гипогликемический синдром
- В основе развития данных нарушений лежит поражение всех клеток островкового аппарата ПЖ, вследствие чего возникает дефицит **не только инсулина, но и глюкагона**.
- Это объясняет особенности течения панкреатогенного сахарного диабета:
 - склонность к гипогликемиям,
 - потребность в низких дозах инсулина,
 - редкое развитие кетоацидоза, сосудистых и других осложнений.

30

Клиника ХП

4. Диспепсический синдром

- плохой аппетит,
 - тошнота,
 - рвота, не приносящая облегчения,
 - изжога,
 - отрыжка
-
- На ранних стадиях обострение болезни напоминает острый панкреатит (боль, тошнота, рвота, понос)
 - Может быть желтуха из-за сдавления желчного протока головкой ПЖ

31

Клиника ХП

5. Симптомы, обусловленные ферментемией:

- Интоксикационный синдром проявляется:
 - общей слабостью,
 - снижением аппетита,
 - гипотонией,
 - тахикардией,
 - лихорадкой,
 - лейкоцитозом
 - повышением СОЭ.
- Симптом Тужилина (симптом «красных капелек») - появление ярко-красных пятнышек на коже груди, спины, живота. Эти пятнышки представляют собой сосудистые аневризмы и не исчезают при надавливании.

32

Осложнения

- Ранние:
 - механическая желтуха,
 - портальная гипертензия (подпеченочная форма),
 - кишечные кровотечения,
 - ретенционные кисты и псевдокисты.
- Поздние:
 - стеаторея и другие признаки мальдигестии (полостное пищеварение) и мальабсорбции (пристеночное пищеварение);
 - дуоденальный стеноз;
 - энцефалопатия;
 - анемия;
 - локальные инфекции (абсцесс, парапанкреатит, реактивный плеврит, пневмонит, паранефрит);
 - артериопатии нижних конечностей, остеомаляция
 - рак ПЖ
 - панкреатический плеврит, асцит
- Эндокринные нарушения:
 - панкреатогенный сахарный диабет
 - гипогликемические состояния

33

Тяжелое течение и критерии неблагоприятного прогноза острого и обострения хронического панкреатита по Рэнсону

1. Возраст старше 55 лет
2. Лейкоцитоз больше 16 тыс.
3. Уровень глюкозы крови больше 11,1 ммоль/л
4. Активность ЛДГ больше 2 норм
5. АСТ больше 250 МЕ/л

34

Критерии Рэнсона через 48 часов

- Снижение гематокрита более 10%
- Повышение азота, мочевины больше 5%
- Понижение уровня кальция сыворотки крови менее 2 ммоль/л
- Дефицит оснований более 4 мэкв/л
- Р_O₂ в артериальной крови менее 60 мм рт. Ст.
- Задержка жидкости более 6 литров

Смертность при наличии :

5-6 признаков - 50%,
7-8 признаках -100%

35

Дифференциальный диагноз

- Хронический холецистит
- Язвенная болезнь
- Хронические энтериты
- Хронические колиты
- Рак ПЖ
- Мезентериальная ишемия
- Инфаркт миокарда
- Кишечная непроходимость
- Радикулопатия
- Постгерпетическая невралгия
- Нефролитиаз

36

Дифференциальный диагноз

В дифференциальной диагностике помогает:

- Характер болей
- Симптомы внешне- и внутрисекреторной недостаточности
- Признаки воспалительно-дистрофического процесса в железе (амилазный и липазный тесты на высоте болей)
- Изменения на УЗИ, КТ, МРТ, ЭРПХ

37

Практикующему врачу важно провести грань между острым (ОП) и хроническим панкреатитом (ХП), поскольку имеются принципиальные отличия в тактике ведения таких пациентов.

В то же время провести эту грань порой чрезвычайно сложно, поскольку обострение ХП по своей клинической картине очень напоминает ОП, а ОП, в свою очередь, может оставаться нераспознанным (в 60% случаев!), протекая под масками других болезней ЖКТ.

Острый панкреатит

- В диагностике ОП важнейшим маркером является **повышение уровня сывороточной амилазы** более чем в 4 раза.
- Известно, что острый панкреатит в 10% случаев трансформируется в хронический.

38

Диагностика и тактика при остром панкреатите

Диагностика острого панкреатита на догоспитальном периоде:

1. Основанием для установления диагноза острого панкреатита (после исключения других хирургических заболеваний) является сочетание минимум 2-х из следующих выявленных признаков:

а). типичная клиническая картина:

- интенсивные некупируемые спазмолитиками боли опоясывающего характера,
- неукротимая рвота,
- вздутие живота;
- употребление алкоголя, острой пищи
- или наличие ЖКБ в анамнезе и др.

39

Диагностика и тактика при остром панкреатите

б). УЗИ:

- увеличение размеров ПЖ,
- снижение эхогенности,
- нечеткость контуров поджелудочной железы;
- наличие свободной жидкости в брюшной полости;

в). лабораторные показатели:

- гиперамилаземия,
- гиперамилазурия;

г). высокая активность амилазы ферментативного экссудата (в 2—3 раза превышающая активность амилазы крови), полученного при лапароцентезе;

д). лапароскопические признаки острого панкреатита

Пункты:

а), б), в) являются обязательными при диагностике ОП

г), д) (лапароскопия и лапароцентез) - выполняются по показаниям

40

Диагностика и тактика при остром панкреатите

2. Параллельно с диагностикой острого панкреатита необходимо определение тяжести заболевания (тяжелый или нетяжелый).

Признаки, характерные для тяжелого ОП, следующие:

а). клинические:

- перитонеальный синдром;
- нестабильная гемодинамика:
тахикардия (>120 ударов в 1 мин) или брадикардия (<60) ударов в 1 мин); снижение систолического АД <100 мм. рт. ст.;
- олигурия (<250 мл за последние 12 ч);
- энцефалопатия (заторможенность или возбуждение, делирий);
- наличие "кожных" симптомов (гиперемия лица, мраморность и др.);

б). общий анализ крови:

- гемоглобин >150 г/л;
- лейкоцитоз >14 x 10⁹/л;

41

Диагностика и тактика при остром панкреатите

в). биохимический анализ крови

- глюкоза >10 ммоль/л;
- мочевина >12 ммоль/л;

г). ЭКГ — ишемия миокарда или выраженные метаболические нарушения.

Наличие хотя бы 2-х признаков, перечисленных в п.2, позволяет диагностировать тяжелый ОП, который подлежит направлению в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Остальным пациентам (нетяжелый панкреатит) показана госпитализация в хирургическое отделение.

42

Диагностика и тактика при остром панкреатите

3. О наличии вклиниченного камня большого дуоденального сосочка (БДС) свидетельствуют:

- интенсивный болевой синдром, не купируемый наркотическими анальгетиками
- быстро прогрессирующая желтуха
- отсутствие желчи в 12-перстной кишке при ФГДС
- признаки билиарной гипертензии по данным УЗИ

В этом случае пациент нуждается в срочном восстановлении пассажа желчи и панкреатического сока, оптимальным методом которого служит эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ).

43

Диагностика хронического панкреатита (ХП)

Основные (обязательные) лабораторные исследования включают:

ОАК с подсчетом тромбоцитов:

- выявление признаков воспаления (лейкоцитоз, ускорение СОЭ и др.);
- выявление возможной В12-дефицитной анемии в следствии нарушения всасывания витамина В12;
- гемоглобин: отражает нутрициологический статус;

Биохимический анализ крови:

- альбумин, преальбумин: отражает нутрициологический статус;
- АСТ, АЛТ: в некоторых случаях возможно повышение активности;
- билирубин по фракциям,
- ГГТП, ЩФ: данные показатели холестатического синдрома особенно важны при проведении дифференциального диагноза синдрома желтухи;

Коагулограмма: МНО или ПВ (отражают нарушения коагуляционного гомеостаза);

Определение IgG 4: необходимо с целью диагностики аутоиммунного панкреатита;

ОАМ: обнаружение амилазы в моче также свидетельствует о панкреатите (в основном, при остром панкреатите);

СА 19-9 – рака поджелудочной железы;

44

Диагностика ХП

Основные (обязательные) лабораторные исследования включают:

Исследование содержания (активности) ферментов поджелудочной железы: Диагностически значимо более чем трехкратное повышение активности ферментов

- Амилаза крови: активность амилазы повышается в начале обострения, достигая максимума к концу первых суток, на 2–4 сутки активность амилазы снижается, на 4–5 – нормализуется;
- Липаза крови: активность липазы чаще возрастает с конца 4–5 суток и остается повышенной около 10–13 дней, затем снижается.
- Эластаза 1 в крови и кале – высокочувствительный маркер. Активность этого фермента в крови повышается при панкреатите раньше, чем уровень других ферментов, и удерживается дольше. Иммуноферментный метод определения эластазы1 в кале является «**золотым стандартом**»

Однако при выраженному фиброзе ПЖ уровень ферментов в сыворотке крови даже при обострении заболевания может быть нормальным или низким.

45

Диагностика ХП

Основные (обязательные) лабораторные исследования включают:

Стандартное копрологическое исследование:

- **стеаторея** - повышенное содержание в кале нейтрального жира и мыл при малоизмененном содержании жирных кислот.
- **краекторея** – повышенное количество мышечных волокон в кале. Креаторея является более поздним, чем стеаторея, признаком недостаточности ПЖ и свидетельствует о более тяжелой степени нарушений.

46

Диагностика

Оценка инкреторной функции поджелудочной железы.

- Расстройства углеводного обмена при ХП выявляются примерно у 1/3 больных .
- Всем пациентам с ХП рекомендуется проводить глюкозотolerантный тест для выявления НТГ и СД.

47

Диагностика ХП

Инструментальные методы диагностики

- **Ультразвуковая диагностика** хронического панкреатита.
 - Трансабдоминальное УЗИ позволяет определять:
 - изменения размеров поджелудочной железы,
 - неровность контура,
 - понижение и повышение ее эхогенности,
 - псевдокисты,
 - кальцинаты и т.д.
 - Эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) проводится через стенку желудка и 12-перстной к-ки. Визуализирует:
 - структуру ткани ПЖ,
 - состояние протоковой системы,
 - конкременты,
 - способствует дифф. диаг-ке панкреатита с раком ПЖ.

48

Диагностика ХП

Инструментальные методы диагностики

- **Компьютерная томография** – информативный метод, особенно в условиях плохой визуализации ПЖ при УЗИ.
 - **ЭРХПГ** позволяет выявить:
 - патологию общего желчного и главного панкреатического протока,
 - определить локализацию обструкции,
 - обнаружить внутрипротоковые кальцинаты.
- ЭРХПГ**-очень тяжелая процедура. Ее чаще заменяют МРТ, МРТ с контрастированием
- **Магнитно-резонансная томография** – новейшие МРТ-программы, позволяющие получать прямое изображение протоков ПЖ (как при ЭРХПГ) без инвазивного вмешательства и введения контрастных веществ.

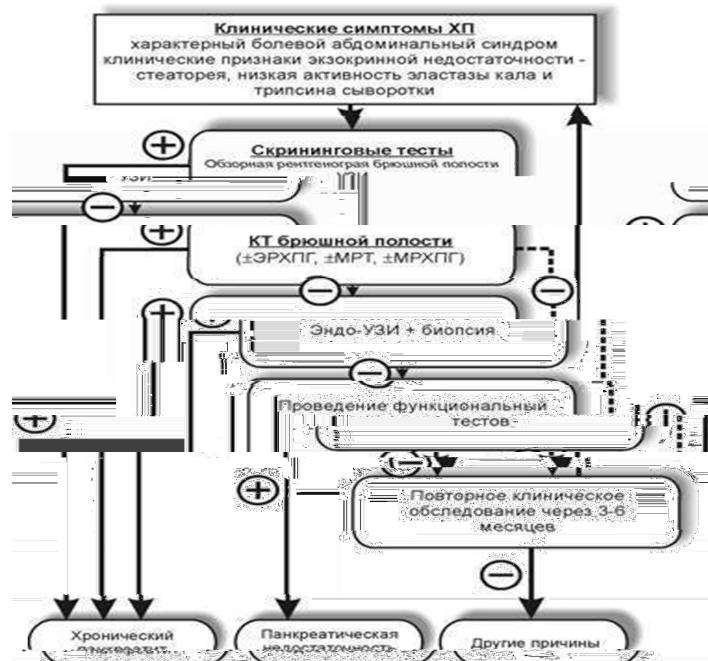
49

Диагностика ХП

Инструментальные методы диагностики

- **Обзорный рентгеновский снимок** живота позволяет выявить наличие кальцификатов в зоне проекции ПЖ, которые определяются у 30% больных ХП.
- **Целиакография** (увеличение и гиперваскуляризация ПЖ, смещение и сужение сосудов при склерозе ПЖ, стеноз крупных артерий вне ПЖ – печеночной, селезеночной, желудочно-двенадцатиперстной)
- **Ангиография**
- **Биопсия**

50



51

Тактика лечения на амбулаторном уровне

Лечение хронического панкреатита включает:

1. Немедикаментозные мероприятия.
2. Этиотропную терапию.
3. Заместительную ферментную терапию.
4. Антисекреторную терапию.
5. Терапию болевого синдрома.
6. Коррекцию нутрициологического статуса.
7. Терапию осложнений.

52

1. Немедикаментозное лечение ХП включает:

1. Отказ от употребления алкоголя.
2. Отказ от курения: снижает частоту приступов боли, является профилактикой первичного рака ПЖ.
3. Соблюдение принципов рационального питания с достаточным потреблением продуктов, содержащих кальций, жирорастворимые витамины.
4. Ограничение жира не рекомендуется.
5. Дробный прием пищи (до 6 или более раз).

53

2. Этиотропная терапия

Этиотропная терапия направлена на устранение причин ХП, указанных, в частности, в классификации TIGAR-O.

Например, основой лечения токсико-метаболического панкреатита является абstinенция.

При аутоиммунном панкреатите с патогенетической целью показано назначение кортикоステроидов (преднизолон).

При обструктивном ХП, как правило, требуются эндоскопические или хирургические методы внутрипротоковой декомпрессии, требующие стационарного лечения.

54

3. Заместительная ферментная терапия (ЗФТ)

Принципы проведения ЗФТ

- назначается после купирования острой фазы панкреатита;
- должны назначаться препараты на основе ферментов поджелудочной железы с кишечно-растворимыми минимикросферами с высоким содержанием липазы, чувствительными к изменениям рН;
- дозы ферментных препаратов зависят от степени панкреатической недостаточности; до момента достижения клинического эффекта требуется повышение дозы ЗФТ;
- рекомендуемая минимальная доза составляет 40 000-50 000 единиц липазы на основной прием пищи, половинная дозы (20 000-25 000 единиц липазы) на перекусы;
- прием препарата推薦ован во время еды, при большой дозе ЗФТ возможно разделить дозу на два приема: начало и окончание приема пищи;
- срок приема препарата – пожизненный;

55

Панкреатические ферменты.

Панкреатин Действующее вещество - панкреатин

Креон 10 000, 25000 Действующее вещество - панкреатин

Панзинорм форте 20000. Действующее вещество - панкреатин

56

4. Антисекреторная терапия

Сроки назначения ИПП или Н2-блокаторов зависят от сопутствующего кислотозависимого заболевания.

Назначение ИПП также необходимо при назначении НПВС с целью купирования болевого.

Группы препаратов	Режим терапии
ИПП	<ul style="list-style-type: none"> Эзомепразол 20 мг 2 раза в сутки, за 40 минут до еды Пантопразол 40 мг 2 раза в сутки, за 40 минут до еды Рабепразол 20 мг x 2 раза в сутки, за 40 минут до еды Лансопразол 30 мг x 2 раза в сутки, за 40 минут до еды Омепразол 20 мг x 2 раза в сутки, за 40 минут до еды
Н2 - блокаторы	<ul style="list-style-type: none"> Фамотидин 40-60 мг 2 раза в сутки, за 40 минут до еды Ранитидин 150 мг 2 раза в сутки, за 40 минут до еды

57

5. Терапия болевого синдрома при ХП

Терапия болевого синдрома ХП является пошаговой и зависит от его патогенеза.

На амбулаторном уровне, в основном, купируют болевой синдром, связанный с воспалением ПЖ и периневральным воспалением.

Патогенез	Группы препаратов	Режим терапии
Воспаление ПЖ	НПВС	<p>Парацетамол 500 мг:</p> <ul style="list-style-type: none"> - разовая доза 500 мг; - максимальная суточная доза 2000мг, <p>Ибuproфен 200 мг:</p> <ul style="list-style-type: none"> - разовая доза 200-400 мг; - суточная доза 1200 мг;

58

5. Терапия болевого синдрома при ХП

Патогенез	Группы препаратов	Режим терапии
Первая линия терапии		
	НПВС	См. предыдущий слайд
Адъювантная терапия		
Периневральное воспаление	Нейролептики	Сульпирид 100-300 мг/сутки в первой половине дня
	Противосудорожные препараты	Прегабалин 75-150 мг в сутки, с дальнейшим титрование дозы по показаниям
	Анксиолитики	Диазепам 2-10 мг 2-4 раза в сутки
	Спазмолитики	Мебеверин 200 мг 2 раза в сутки

59

6. Коррекция нутрициологического статуса

Коррекция нутрициологического статуса при ХП проводиться в зависимости от показателей объективного осмотра (ИМТ) и лабораторных показателей, в первую очередь, содержания витаминов.

Дефицит	Тактика / Медикаментозная терапия
Дефицит витамина ретинола	Ретинол: внутрь по 15000 ЕД/сутки в 3 приема
Дефицит витамина (Д) холекальциферола	При содержании менее 30 нмоль/л: Холекальциферол 20000 ЕД/сутки в течение 15 дней с последующим длительным приемом 800-1600 ЕД/сутки При содержании 30-50 нмоль/л: Холекальциферол 400-800 ЕД/сутки
Дефицит витамина (Е) токоферола	Токоферол: 400-1000 ЕД/сутки
Дефицит витамина К	Менадион: 15-30 мг/сутки (обычно по 4 дня с 4-дневными перерывами или в зависимости от клинической ситуации)

60

7. Терапия осложнений ХП.

Терапия остеопороза:

Группа препарата	Комментарии
Препараты кальция	Суточная потребность 1000-1200 мг/сутки Алендроновая кислота: 70 мг внутрь 1 раз в неделю (или по 10 мг ежедневно)
Бифосфонаты	Ибандроновая кислота: 150 мг внутрь 1 раз в месяц (желательно в один и тот же день каждого месяца) или 3 мг в/в болюсно 1 раз в 3 месяца
– Алендроновая кислота	Золендроновая кислота: 5 мг в/в ежегодно
– Ибандроновая кислота	
– Золедроновая кислота	
Терипартид – корректор метаболизма костной ткани	20 мкг подкожно ежедневно. Препарат выбора при выраженным остеопорозе (в случаях переломов в анамнезе) и неэффективности бифосфонатов

61

7. Терапия осложнений ХП.

Терапия сахарного диабета у пациентов с ХП проводится согласно соответствующему клиническому протоколу.

Терапия других, в том числе, хирургических осложнений, проводится согласно соответствующим клиническим протоколам.

62

Показания для госпитализации

Показания для плановой госпитализации:

- выраженное обострение ХП с лабораторными признаками активности процесса;
- прогрессирование нутрициологического дефицита
- неэффективность терапии на амбулаторном уровне;
- выполнение инвазивных диагностических и лечебных манипуляций.

Показания для экстренной госпитализации:

- выраженный болевой синдром;
- наличие тяжелых, в том числе, хирургических осложнений ХП.

63

Литература

- United European Gastroenterology evidence based guidelines for the diagnosis and therapy of chronic pancreatitis (HaPanEU), United European Gastroenterology Journal, 2017, Vol. 5(2) 153–199.
- Endosonographic Diagnosis of Chronic Pancreatitis//Akane Yamabe, Athushi Irisawa, Goro Shibukawa, Yoko Abe, Akiko Nikaido, Ko Inbe and Koki Hoshi//Journal of Gastrointestinal & Digestive System, 2013.
- The EFSUMB guidelines and recommendation on the Clinical practice of contrast enhanced ultrasound, 2011.
- Management of pancreatogenic diabetes: challenges and solutions Jana Makuc Diabetes Metab Syndr Obes. 2016; 9: 311–315.
- В.И. Шаробаро. Хронический панкреатит. //Учебное пособие, 2011 г. 9) Diagnosis and treatment of diabetes mellitus in chronic pancreatitis Nils Ewald and Philip D Hardt. World J Gastroenterol. 2013 Nov 14;
- Evidence-based clinical practice guidelines for chronic pancreatitis 2015//Japanese Society of Gastroenterology 2015// J Gastroenterol (2016)
- Romanian Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Exocrine Pancreatic Insufficiency// J Gastrointestin Liver Dis, March 2015 Vol. 24 No 1: 117-123. 12) Practical guide to exocrine pancreatic insufficiency – Breaking the myths//Maarten R. Struyvenberg, Camilia R. Martin and Steven D. Freedman// Struyvenberg et al. BMC Medicine (2017)

64

Клинический случай

Мужчина В. 56-ти лет. **Жалобы:** Острые боли приступообразного характера в эпигастральной области, иррадиирующие в левое подреберье. Боли возникают после еды и употребления алкоголя, сопровождаются отрыжкой воздухом, тошнотой, многократной рвотой с примесью желчи, резкой общей слабостью. Кал кашицеобразный до 3 раз в сутки, без примеси крови.

Anamnesis morbi: Болен с 2009 года, когда стали появляться боли в эпигастральной области и левом подреберье, возникающие вскоре после еды и употребления алкогольных напитков. Длительное время лечился самостоятельно. Принимал но-шпу, анальгетики. Состояние значительно ухудшилось 4 апреля 2014 года после запоя, длившегося 14 дней.

Объективное обследование больного: состояние средней тяжести. Положение постельное.

При пальпации живота определяются симптомы панкреатита: болезненность в точке Дежардена, в зонах Шоффара, Губергрица, Мейо-Робсона, левосторонний френитус – симптом. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. При перкуссии живота определяется ясный тимpanicкий звук (метеоризм). При аусcultации живота - частые кишечные тоны.

Данные лабораторно-инструментального обследования больного:

Клинический анализ крови: высокий лейкоцитоз ($16,8 \cdot 10^9$) с нейтрофильным сдвигом влево, СОЭ ускорено – 28 мм/ч. **Клинический анализ кала:** а) креаторея (непереваренные мышечные волокна в значит кол-ве). б) амилорея (крахмальные зерна, мыла в значительном кол-ве). в) стеаторея (нейтральный жир, жирные кислоты в значит.кол-ве). **Биохимическое обследование:** липаза крови - 162 Ед/л (верхняя граница нормы – 60 Ед/л), амилаза панкреатическая - 130,10 Ед/л (верхняя граница нормы – 53 Ед/л), глюкоза, ЛДГ, - в норме, АСТ – повышенено.

УЗИ поджелудочной железы: признаки хронического панкреатита (увеличение размеров поджелудочной железы. Эхо структура поджелудочной железы неоднородная, эхогенность повышена, контуры волнистые).

