ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ (ХП)

Определение. Хроническое воспалительно-дистрофическое заболевание поджелудочной железы с поражением паренхимы, постепенным замещением ее соединительной тканью и развитием недостаточности экзо- и (или) эндокринной функции железы.

Этиопатогенетические факторы

1. *Алкоголь*
2. *Заболевания двенадцатиперстной кишки (ДПК) и сфинктера Одди* (язвенная болезнь, дивертикулы, дискинезии)
3. *Заболевания билиарной системы* (ЖКБ, хронический холецистит, дискинезии, аномалии)
4. *Алиментарные факторы* (бессистемное питание, злоупотребление жирной и острой пищей, дефицит белка и витаминов)
5. *Токсические факторы* (свинец, мышьяк, ртуть, фосфор)
6. *Лекарственные вещества* (глюкокортикоиды, тиазидовые диуретики, антибиотики, туберкулостатики, цитостатики, эстрогены и др.)
7. *Вирусные инфекции* (паротит, гепатит С, В, Коксаки, ECHO, цитомегаловирус, инфекционный мононуклеоз).
8. *Сосудистые нарушения в бассейне мезентериальных сосудов и сосудов самой поджелудочной железы* (атеросклероз, васкулит, тромбоз, эмболия).
9. *Гиперпаратиреоз* (нарушение кальциевого обмена)
10. *Гиперлипопротеидемия* (ДЛП 1 и 5 типов)
11. *Наследственность* (мутация гена, кодирующего синтез трипсина)
12. *Гемохроматоз*
13. *Аутоиммунные заболевания* (СКВ)

Классификация

По этиологии:

1. Алкогольный
2. Билиарнозависимый
3. Дисметаболический (сахарный диабет, гиперхолестеринемия, гемохроматоз, гиперкальциемия, ХПН)
4. Инфекционный
5. Лекарственный
6. Обструктивный (обструкция протока поджелудочной железы, опухолью, рубцовые изменения протока, поражение сфинктера Одди)
7. Идиопатический
8. Аутоиммунный

По патогенезу:

1.Первичный - алкогольный, алиментарный, лекарственный, токсический, вирусный, идиопатический

2.Вторичный - билиарнозависимый, аутоиммунный, ишемический, гастро-дуоденальная патология, метаболический (вследствие хронических болезней печени, язвенного колита), сосудистого генеза и др.

По морфологической форме: интерстициально-отечный, кальцифицирующий, паренхиматозный, гиперпластический (псевдотуморозный), кистозный.

По характеру течения:

-редко рецидивирующий (в фазе обострения или ремиссии)

-часто рецидивирующий (в фазе обострения или ремиссии)

-персистирующий

По клиническим признакам (Ивашкин В.Т.)*:*

а) Болевой (с постоянной болью или приступами панкреатической колики)

б) Псевдотуморозный (с холестазом, с нарушением проходимости ДПК)

в) Латентный

д) Гипосекреторный

е) Астеноневротический

По признакам нарушения функций поджелудочной железы:

1) экскреторная недостаточность

2) инкреторная недостаточность

3) экскреторная и инкреторная недостаточность

По периоду течения:

I. Начальный период (10 лет)

II. Стадия внешнесекреторной недостаточности

III. Период осложнений (возможно развитие в любом периоде)

Осложнения:

Ранние: механическая желтуха, желудочно-кишечные кровотечения, портальная гипертензия (подпеченочная форма), шок, плеврит, инфекционные (воспалительные инфильтраты, гнойные холангиты, сепсис), гастодуоденальные язвы

Поздние: признаки мальдигестии и мальабсорбции, рак ПЖ, псевдокисты, стриктуры, эндокринные нарушения (сахарный диабет, гипогликемические состояния) и др.

Клинические синдромы

1.Болевой синдром - через 15-30 минут после употребления жирной, жареной, острой, пряной пищи или приема алкоголя; боль глубоко в эпигастрии, быстро нарастает, становясь резкой, иррадиирует в спину, в левую и правую лопатки. При поражении тела и хвоста железы боль появляется в левом подреберье. При тотальном поражении – носит опоясывающий характер; сопровождается тошнотой и многократной рвотой, не приносящей облегчения.

2.Диспептический (панкреатическая диспепсия) - тошнота, многократная рвота, не приносящей облегчения, вздутия живота, повышенное слюноотделение, отрыжка воздухом или съеденной пищей, отвращение к жирной пище, панкреатогенные поносы с развитием синдрома мальабсорбции.

3.Внешнесекреторная недостаточность (синдром мальабсорбции, трофологическая недостаточность)*:*

-нарушение переваривания жиров (чувство тяжести после еды, метеоризм, потеря в весе, стеаторея, диарея, полифекалия, дефицит жирорастворимых витаминов: А, Д, Е, К)
-нарушение переваривания белков (слабость, снижение иммунитета, значительная потеря в весе, сухость кожи, трофические нарушения, развитие анемии.
-нарушение переваривания углеводов (похудание, гипогликемия).
*4.Внутрисекреторная (*нарушение толерантности к глюкозе, сахарный диабет).

Основные объективные признаки

1.Снижение ИМТ, явления гиповитаминоза
2.Болезненность в проекции головки, тела и хвоста поджелудочной железы при пальпации по Гротту, в зоне Шоффара, зоне Губергрица, точке Дежардена, Мейо-Робсона.
3.Положительные симптомы Мюсси-Георгиевского слева, Мейо-Робсона (болезненность при пальпации в левом реберно-позвоночном углу), Тужилина («капельки кровяной росы»).
4.Симптомы, связанные со значительным отеком поджелудочной железы:
-иктеричность кожи и склер
-симптом Фитца – выбухание эпигастрия, вследствие дуоденостаза
-симптом Воскресенского – отсутствие пульсации брюшной аорты в эпигастральной области

Методы лабораторной диагностики

О с н о в н ы е:

1.Клинический анализ крови
2.Биохимический анализ крови (липаза, амилаза, трипсин, эластаза 1, общий белок, белковые фракции, билирубин, АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП, электролиты, сахар).
3.Копрограмма – выявление стеатореи (нейтральный жир, мыла), креатореи (измененные мышечные волокна), иногда – амилореи.
4.Анализ мочи на диастазу (изоамилазу)
5. Определение ферментов в кале (эластаза-1, липаза, трипсин)

Д о п о л н и т е л ь н ы е:

1. Тест на толерантность к глюкозе
2. Функциональные тесты (прямой зондовый секретин-панкреозиминовый и непрямой зондовый тест Лунда после стандартного пробного завтрака и др.) для оценки степени экзокриновой недостаточности
3. Копрограмма после нагрузочной диеты Шмидта: 105г белка, 135 г жира, 180г углеводов в сутки – обнаружение нейтрального жира в кале более 7 г
4. Онкомаркеры (СА 19-9, РЭА)

Методы инструментальной диагностики

О с н о в н ы е:

1.УЗИ поджелудочной железы (в т.ч. эндоскопическое)
2.ФГДС

Д о п о л н и т е л ь н ы е:

1.Обзорная рентгенограмма брюшной полости - наличие кальцификатов в области поджелудочной железы
2.Контрастная рентгенография желудка с искусственной гипотонией - оценка контура головки поджелудочной железы по развороту петли 12 п.к.
3.ЭРХПГ
4.Компьютерная томография и ангиография
5.Сцинтиграфия с метионином, меченым селеном
6.Магнитно-резонансная холангиопанкреатография
7.Рентген грудной клетки (может встречаться левосторонний экссудативный плеврит и дисковидные ателектазы нижней доли левого легкого при тяжелом обострении панкреатита).

Примеры формулировки диагноза

1.Хронический алкогольный фиброзно-склеротический панкреатит, персистирующая болевая форма.
Осложнения: Синдром панкреатогенной мальабсорбции. Псевдокиста головки поджелудочной железы. Трофологическая недостаточность 2 ст.

2.Хронический билиарно-зависимый панкреатит, часто рецидивирующее течение, болевая форма, обострение, с выраженным синдромом внешнесекреторной недостаточности.

3.Хронический идиопатический паренхиматозный панкреатит, редко рецидивирующая болевая форма, фаза ремиссии.
Осложнения: Панкреатогенный сахарный диабет, инсулинозависимый. Трофологическая недостаточность 3 ст.

Дифференциально-диагностический ряд:

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 скелетный мышц

Принципы терапии

I.Этиотропная терапия: исключение употребления алкоголя, токсических факторов, терапия заболеваний других органов желудочно-кишечного тракта и гепато-билиарной системы, санация полости рта, строгое соблюдение диеты.

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.

II.Патогенетическая терапия:

1.*Подавление секреции поджелудочной железы (ПЖ)*:

-голод, холод

-антациды

-секретолитики (ингибиторы протонной помпы, М-холинолитики, Н2-гистаминоблокаторы, соматостатин (октреотид))

-ферменты (креон, панцитрат, трифермент).

2.*Антиферментные препараты (калликреин-протеазные ингибиторы)*: трасилол, контрикал, гордокс, аминокапроновая кислота – в настоящее время в мире не применяются.

3.*Средства, снижающие давление в протоковой системе ПЖ:*

- миолитики (селективные: мебеверин или дюспаталин; неселективные: галидор, но-шпа).

***III.Симптоматическая терапия*:**

1.Устранение дисмоторики: мотилиум, церукал, реглан.

2.*Уменьшение болевого синдрома*: холинолитики, спазмолитики, ненаркотические анальгетики (парацетамол, баралгин), наркотические (нельзя морфин), новокаин, эуфилин, нитроглицерин

3.*Борьба с интоксикацией, обезвоживанием, электролитными нарушениями*: гемодез, реополиглюкин

4.Коррекция дисбактериоза (кишечные антисептики, пробиотики, пребиотики)

5.*Антибиотики* (тетрациклины, цефалоспорины, полусинтетические пенициллины, макролиды)

IV. Хирургическое лечение (эндоскопическое стентирование протока поджелудочной железы, баллонная дилятация, пункция и дренирование пседокист, папиллосфинктеротомия)

Рабочая схема терапии

Rp: Tab.Omeprazoli 20mg

D.S. По 1 таб утром натощак и на ночь 2 недели, затем утром 2 недели

Rp: Caps. Creoni 25000 ed

D.S. По 1 капсуле 3 раза в день во время еды

Rp: Tab. Duspatalini 200mg

D.S. По 1 таб. за 20 минут до завтрака и доужина 4 недели.

Профилактика

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 (препараты, улучшающие микроциркуляцию в ткани поджелудочной железы (трентал); поливитаминные препараты, ферменотерапия, коррекция кишечной микрофлоры.