

## ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ.

- **ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ** – группа различных хронических заболеваний, объединенных прогрессирующими изменениями в паренхиме поджелудочной железы, атрофией желез, изменениями в протоковой системе (конкременты, кисты), нарушениями внешнесекреторной и внутрисекреторной функции поджелудочной железы.
- Составляет 5-9% всех заболеваний желудочно-кишечного тракта, за 30 лет отмечено увеличение заболеваемости в 2 раза. За 10 лет болезни летальность – 20%.

### КЛАССИФИКАЦИЯ (по МКБ-10)

- Хронический панкреатит алкогольной этиологии.
- Другие хронические панкреатиты.

### Этиология

- 1.Алкоголь.
- 2.Заболевания билиарной зоны..
- 3.Лекарственный.
- 4.Гастродуоденальная патология.
- 5.Фактор ишемии (стеноз чревного ствола).
- 6.Наследственный фактор.

### КЛАССИФИКАЦИЯ TIGAR

- 1.Токсико-метаболический
  - а)алкогольный
  - б)лекарства
  - в)курение
  - г)гиперпаратиреоз
  - д)диабет
  - е)ХПН
- 2.Идиопатический.
- 3.Наследственный (муковисцидоз., семейный рак, мутации трипсинагена, дефицит альфа 1антитрипсина, пороки развития железы, гипоплазия).
- 4.Аутоиммунный (увеличение ПЖ, IgG4, аутоАТ, фиброз, ответ на стероиды).
- 5.Рецидивирующий тяжелый панкреатит
- 6.Обструктивный панкреатит (рубцовые изменения, опухоли, патология сфинктера Одди).

### МАНЧЕСТЕРСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ

- 1.Легкой степени
  - а)сохранение функции
  - б)отсутствие перипроцесса
  - в)отсутствие постоянной потребности в анальгетиках
  - г)болевого синдром
  - д)признаки на РХПГ, КТ
- 2.Средней степени тяжести
  - а)болевого синдром
  - б)отсутствие осложнений
  - в)признаки на КТ, РХПГ
  - г)нарушение функции железы
  - д)1 раз в неделю потребность в опиатах
- 3.Тяжелая степень тяжести (стадия осложнений)
  - а)РХПГ, КТ признаки
  - б)нарушение функции
  - в)болевого синдром
  - г)стенозы холедоха
  - д)дуоденостаз
  - е)стеаторрея, сахарный диабет

## ПАТОГЕНЕЗ:

- Нарушение оттока секрета железы, повышение интрадуоденального, интрапанкр. давления, рефлюкс дуоденального содержимого в главный панкреатический проток с увеличением давления в протоковой системе
- разрыв мелких протоков и проникновение в ткань железы активированного трипсина и желчных кислот
- активация ферментов и аутолиз (уклонение их в кровь).
- Некрозы, воспаление, фиброзирование, недостаточность органа. В норме 2л в сутки, к 40 годам 700мл.

## КЛИНИКА:

- **БОЛЕВОЙ АБДОМИНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ**
    - по локализации (эпигастрий, левое или правое подреберье или опоясывающая боль)
    - по иррадиации ( в спину, под левую лопатку или прекардиальную область)
    - по характеру (ранняя после еды, усиливающаяся после приема пищи, постоянная, схваткообразная
      - периодическая)
    - уменьшение боли после приема антисекреторных препаратов (антацидов, H2-гистаминоблокаторов, ИПП)
- Латентная форма у 7% больных.

### ДИСПЕПСИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

- снижение аппетита
- тяжесть в эпигастрии сразу после еды
- тошнота, рвота
- запоры или кашицеобразный стул

### СИНДРОМ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- вздутие живота
- диарея, похудание

### СИНДРОМ МАЛЬАБСОРБЦИИ

- похудание
- гиповитаминозы
- электролитные расстройства

Причины стеаторреи: снижение pH, функции железы, дисбактериоз, оттока желчи, инактивация липазы.

## ДИАГНОСТИКА

1. Анализ крови.
2. Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП, амилаза, липаза, сахар, белок).
3. Копрограмма, эластаза кала.
4. УЗИ (норм. размеры 15-35x14-29x20-35)
5. Эндосонография (ЭУС) – при подозрении на опухоль, вирусно -и холедохолитиаз.
6. ФГДС.
7. ЭРХПГ, внутрипротоковое УЗИ.
8. Спиральное КТ: чувствительность 92%, специфичность 90%, диагн. точность 95% .
9. Лучшее КТ + МРТ.
10. Выявление мутаций при раке (P16, P53, K-ras, DRC4).

## ЛЕЧЕНИЕ:

1. Воздержание от приема алкоголя.
2. Лечение билиарной патологии (прежде всего ЖКБ).
3. Диетотерапия (диета 5П), при выраженном обострении голод 3-4 дня и парентеральное питание).

## 4. Медикаментозная терапия:

Направлена на обеспечение функционального покоя поджелудочной железы, купирование болевого и диспепсического синдрома, эндогенной токсемии.

1. Антисекреторные препараты (2мес.) –
  - ингибиторы протонной помпы(омепразол, гастрозол, париет, нексиум) по 20мг 2 раза в день перорально или лосек 40мг 1-2 раза в сутки внутривенно.
  - H2-гистаминоблокаторы 3-го поколения(фамотидин или квамател) по 20 и более мг 2-3 раза в день внутривенно или 40мг 1-2 раза в день перорально.
2. Октреотид (соматостатин) ингибирует ферменты поджелудочной железы, соляную кислоту, пепсин, гастрин. По 100-300 мкг 3-4 раза в день 5 дней.

3. Полиферментные препараты (мезим-форте, панцитрат, креон) по 10000-40000 ЕД на каждый прием пищи и более, в сутки- в среднем по 60000-100000 по липазе. Эффективны только при повышении рН.
4. Спазмолитики (дицетел по 50мг 3-4 раза, дюспаталин по 1 капс. 2 раза в день, но-шпа, бускопан, баралгин, платифиллин внутривенно).  
Прокинетики (мотилиум, церукал).
5. Антиферментные препараты (контрикал, гордокс, трасилол) часто малоэффективны.
6. Детоксикация (инфузионная терапия, эфферентные методы).
7. Лечение дисбактериоза (эубиотики, пребиотики, пробиотики).
8. Анальгетики.
9. Нутритивная поддержка (витамины, электролиты).