**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**КАФЕДРА «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ 2»**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

«**Обсуждено**» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **«*Утверждено****» -*

на заседании кафедры\_\_\_\_\_\_\_ Председатель УМС

Прот.№\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_2021 г факультета \_\_\_\_\_\_\_

Зав.каф. Садыкова А.А. **Т**урсунбаева А.Т.

**Методическая разработка практического занятия №3**

**на тему: «Хронический панкреатит»**

по дисциплине: «Внутренние болезни»

для студентов 5 курса очного отделения, обучающихся по специальности:

560001 - «лечебное дело»

Составитель: преподаватель кафедры Айтиева Ж.

**Тема занятия: «Хронический панкреатит»**

**Актуальность проблемы**

В последние два десятилетия отмечается рост заболеваемости хроническим панкреатитом (ХП), что связывают с ростом алкоголизма, учащением случаев ЖКБ. За этот период заметно увеличилось количество осложнений и все более четко фиксируется связь ХП с карциномой поджелудочной железы. В клиническом плане ХП представляет собой динамичную, плохо поддающуюся диагностике болезнь, эволюция которой обусловлена прогрессирующей деструкцией ткани железы и возникновением локальных осложнений. Из этого следует, что только динамическое наблюдение за больными позволяет определить факторы, темп прогрессирования, стадию, а также характер и интенсивность лечебных мероприятий.

**Цели занятия:**

* Научиться распознавать различные варианты ХП.
* Научиться распознавать симптомы ХП.
* Научиться составлять план обследования больных с ХП.
* Научиться проводить дифференциальный диагноз с синдромосходными заболеваниями (опухоли поджелудочной железы, гастродуоденит, язвенная болезнь, хронический холецистит, ЖКБ, муковисцидоз, хронический энтерит и другие хронические заболевания тонкой кишки).
* Научиться составлять план лечения больных ХП, комплекс профилактических мероприятий.

 СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ:

1. Этиологические факторы, патогенез, патоморфологию и распрос­транённость ХП.
2. Клиническую картину и варианты течения хронического панкреатита.
3. Методы инструментальной и лабораторной диагностики заболевания.
4. Дифференциальную диагностику хронического панкреатита.
5. Выбор тактики лечения (оперативное, консервативное), показания и ос­новные виды оперативных вмешательств, их исходы.
6. Методы консервативного лечения больных.
7. Осложнения хронического панкреатита, лечебная тактика, меры профилак­тики.

 СТУДЕНТ ДОЛЖЕН УМЕТЬ:

1. Составить алгоритм обследования больного с подозрением на хронический панкреатит.
2. Провести дифференциальную диагностику заболевания.
3. Правильно сформулировать клинический диагноз хронического панкреатита.
4. Интерпретировать данные лабораторных и инструментальных методик иссле­дования
5. Выбрать тактику ведения больного с ХП.

 ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ:

1. Проведение пальпации живота, поджелудочной железы.
2. Выявление симптомов (Керте, Мейо-Робсона, Воскресенского, Куллена, Тернера, Холстеда, Блисса, Курвуазье, Кача, Гротта).
3. Выполнение паранефральной блокады, блокады круглой связки печени.
4. Ассистирование на операциях.
5. Чтение УЗИ-тонограмм, рентгенограмм

  **План занятия**:

 1. Определение

 2. Классификация.

 3. Этиология.

 4. Патогенез.

 5. Клиническая картина.

 6. Лабораторно - инструментальные данные.

 7. Диагностические критерии.

 8. Лечение.

 9. Осложнения.

 **Основные вопросы темы:**

* Определение хронического панкреатита.
* Этиология хронического панкреатита.
* Патогенез хронического панкреатита.
* Классификация хронического панкреатита.
* Основные клинико-лабораторно- инструментальные диагностические критерии хронического панкреатита.
* Дифференциальный диагноз.
* Лечение хронического панкреатита.
* Осложнения.
* Диспансеризация.

 МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОСНАЩЕНИЕ

 1.Оборудование:

 Персональный компьютер (ноутбук)

 Мультимедийный проектор

2.Плакаты
3. Карты задачи

4. Медиафайл

 1. Слайды

 2. Видеофильм

Карта компетенции:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Код РО ООП и его форму-лировка |  Компетенции ООП | Код РО дисциплины (РОд) и его формулировка |
| РО-5 | **ПК-13** - способен выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин, с учетом течения патологии по органам, системам организма в целом, анализировать закономерности функционирования органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ-10, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний;  | **Знать** – основные патологические симптомы и синдромы заболеваний **Уметь** – сформулировать и обосновать диагноз в соответствии с требованиями МКБ-10; диагностировать неотложных и угрожающих жизни состояния; **Владеть** – методами диагностики неотложных и угрожающих жизни состояний. |
|  РО-6 |  **ПК-2** - способен и готов проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного взрослого и ребенка; | **Знать-** основные патологические симптомы и клинико-лабораторные синдромы в клинике внутренних болезней; **Уметь** – проводить опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, интерпретировать результаты лабораторно-инструментального обследования; **Владеть** – техникой оформления истории болезни др. медицинской документации с изложением в ней всех основных разделов, обоснования клинического диагноза, плана обследования и лечения, дневников и этапных эпикризов. |
| **ПК-11** – способен и готов к постановке диагноза на основании результатов биохимических и клинических исследований с учетом течения патологии по органам, системам и организма в целом; | **Знать** – основные критерии постановки диагноза в клинике внутренних болезней; **Уметь –** интерпретировать результаты лабораторных методов обследования больного; **Владеть** – алгоритмом лабораторного обследования при подозрении на патологию внутренних органов. |
|  РО-8 |  **ПК-15** - способен назначать больным адекватное лечение в соответствии с диагнозом; | **Знать** – специфику лечебной помощи на госпитальном этапе; **Уметь** – провести комплекс лечебных мероприятий; **Владеть –** необходимым объёмом знаний для проведения комплекса лечебных мероприятий пациентам с заболеваниями внутренних органов. |
|  **ПК-16** - способен осуществлять взрослому населению и детям первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях, направлять на госпитализацию больных в плановом и экстренном порядке; | **Знать** – специфику оказания первой врачебной помощив случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояний, в экстремальных условиях эпидемий, в очагах массового поражения; **Уметь** – оказать первую врачебную помощь в чрезвычайных ситуациях; **Владеть –** алгоритмом проведения госпитализации больных в плановом и экстренном порядке, лечебно-эвакуационных мероприятий в условиях чрезвычайной ситуации. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Этапы занятия** | **Цели этапов занятия** | **Деятельность преподавателя** | **Деятельность студента** | **Методы, механизмы** | **Результаты обучения** | **Оборудование занятия** | **Время**  |
| 1 | Организационный момент | Ознакомление с новой темой, его вопросами | Показ рисунка и комментарий к нему. Преподаватель объявляет тему, цели занятия, акцентирует внимание на важности, сложности изучения данной темы; объясняет ход занятия | Записывают тему и его вопросы | Мозговой штурмРентген рисунок легкихВызвать интерес к изучениюматериала, мобилизовать внимание студентовФормировать ПК 12 | Обращение внимание студентов к занятию | Доска с проектором, слайд  | 10 мин |
| 2 | Опрос пройденного материала  | Обобщение знаний студентов по пройденным материалам и установить связь с новой темой | Задание контрольных вопросов, совместное обобщение ответов | Выборочно по одному отвечают на заданные вопросы | Вопрос-ответ  | Вспоминание темы предыдущих занятий, способствование к самореализации | Перечень контрольных вопросов (Прил. 1.) | 20мин |
| 3 | Мотивация к изучению новой темы  | Активизация умственной деятельности студентов, развивать критическое мышление | Демонстрирование ситуации | Свободно участвуют в обсуждении, умение работать в команде |  | Акцентирование внимание студентов на рассматриваемые вопросы, участие в командных обсуждениях, свободно выражают свои мнения | Доска с проектором, презентационный материал (Прил. 2) | 10мин |
| 4 | Изложение новой темы  | Расширение знаний студентов по новой теме, сформировать навыков умения их использовать на практических занятиях | Показать  | В решении задач принимают участие все студенты группы; дополняют, исправляют ответы друг друга. Преподаватель контролирует, обобщает ответы студентов | Презентации слайдов, демонстрация в натурщике | Сформируется теоретическая база знаний и умений, для использования их на практических занятиях  | Доска с проектором, презентационный материал, натурщик | 30 мин |
| 5 | Закрепление новой темы и подведение итогов | Определение и анализ освояемости пройденного материала, внесение измений на его содержание | Демонстрация тестового задания | Группа делиться на 2 команды задают блиц вопросы. | Решение ситуационных задач | Самостоятельно используют полученные знания по теме, сформируются познавательные компетенции | Перечень уровневых задач (Прил.3.) | 10мин |
| 6 | Оценивание студентов за участия на занятии  | Научить студентов к самооценке и применять 4х шаговый метод Пейтона. | Коррекция заданных вопросов | Отвечают друг другу на заданные конкретные вопросы.Студенты оценивают собственные действия, умения работать в команде, осмысливают итоги занятия; записывают заработанные баллы, домашнее задание. | Выборочный опрос, оценка друг другаОценить успешность достижения целей занятия студентами; определить перспективы последующей работыОриентировать студентов на следующее занятие, акцентировать внимание студентов на основных вопросах темы.Формироватьпк13 пк14 | Преподаватель оценивает деятельность студентов и подводит общий итог занятия.Оценка преподавателем формируемых общих и профессиональных компетенций студентов (происходит в ходе наблюдения за деятельностью обучающихся в процессе изучения темы).Преподаватель предлагает домашнее задание, благодарит студентов за занятие. | Примеры вопросов | 5 мин |
|  | перемена |  |  |  |  |  |  | 10мин |

**Формы проверки знаний:**

1. Оперативный опрос на разрезе текущего контроля;
2. Тестовые задания на разрезе рубежного контроля;
3. Закрепление нового материала
4. Подведение итогов занятия , оценка знаний учащихся:

1.Акцентирование внимания студентам на основных моментах нового материала.

2.Выставление оценок в журнал с комментариями.

**Литература:**

**Основная:**

1. Мартынов А.И., Мухин И.А. Внутренние болезни. Москва. ГЭОТАР-Мед. 2001 г. Т. 1.
2. Рябов С.И., Алмазова В.А. Внутренние болезни. С.-Петербург. СпецЛит. 2000 г.
3. Шулутко Б.И. Внутренняя медицина. С-Петербург. Ренкор. 1999 г. Т. 1.
4. Смолева Э.В, Шутов Э.Ю. и др. Терапия для фельдшеров. Ростов-на-Дону, 2001г. - 704 с.

**Дополнительная:**

5. В.М.Боголюбов. Внутренние болезни. М.: Медицина, 1983. 496с.
6.Маколкин В.И., Овчаренко С.И. Внутренние болезни. Москва. Медицина. 1999г. - 432 с.
7. Мухин Н.А., Моисеев В.С. Основы клинической диагностики внутренних болезней.- М.: Медицина, 1997.- 464 с.

**Электронные источники:**

1. [www.plaintest.com](http://www.plaintest.com)

2. [www.booksmed.com](http://www.booksmed.com)

3. [www.bankknig.com](http://www.bankknig.com)

4. [www.wedmedinfo.ru](http://www.wedmedinfo.ru)

5. [www.spr.ru](http://www.spr.ru)

Определение

ХП-хроническое полиэтиологическое воспалительное заболевание поджелудочной железы, характеризующееся прогрессирующим течением, нарастающими очаговыми, сегментарными или диффузными дегенеративными и деструктивными изменениями ее паренхимы, развитием в ней фиброза, изменениями в протоковой системе (образование псевдокист, кальцификатов, конкрементов), различной степени нарушениями экзо- и эндокринной функций.

Этиология

интоксикация алкоголем

заболевания билиарной системы

патология области большого дуоденального сосочка (папиллиты, дивертикулы и дивертикулиты, опухоли, язвы и др.)

различные, реже встречающиеся причины и факторы (травмы, панкреотоксические лекарства, инфекции (в том числе вызванные вирусами гепатита В, С, эпидемического паротита и др); гиперлипидемии, гиперпаратиреоз, сосудистые заболевания, болезни соединительной ткани; врожденные, генетически детерминированные.

Патогенез

В патогенезе алкогольного панкреатита участвуют несколько механизмов:

1. Этанол вызывает спазм сфинктера Одди, что приводит к развитию внутрипротоковой гипертензии и стенки протоков становятся проницаемыми для ферментов. Последние активируются, «запуская» аутолиз ткани ПЖ.

2. Под влиянием алкоголя изменяется качественный состав панкреатического сока, в котором содержится избыточное количество белка и имеется низкая концентрация бикарбонатов. В связи с этим создаются условия для выпадения белковых преципитатов в виде пробок, которые затем кальцифицируются и обтурируют панкреатические протоки (кальцифицирующий панкреатит).

3. Этанол нарушает синтез фосфолипидов клеточных мембран, вызывая повышение их проницаемости для ферментов.

4. Непосредственное токсическое действие этанола и его метаболитов на клетки ПЖ, снижение активности фермента оксидазы, что приводит к образованию свободных радикалов, ответственных за развитие некрозов и воспаления с последующим фиброзированием и жировым перерождением ткани ПЖ.

5. Этанол способствует фиброзу мелких сосудов с нарушением микроциркуляции.

Механизмы развития билиарного панкреатита:

1. Анатомическая близость мест впадения общего желчного и панкреатического протоков в двена-дцатиперстную кишку в силу разных причин может приводить к рефлюксу желчи, в результате чего активируется трипсиноген.

2. Вследствие обструкции протока или ампулы дуоденального сосочка развивается гипертензия в протоке ПЖ с последующим разрывом мелких панкреатических протоков. Это приводит к выделению секрета в паренхиму железы и активации пищеварительных ферментов. Частые рецидивы билиарного панкреатита обычно возникают при миграции мелких и очень мелких камней (микролитов), наиболее опасными являются камни размером до 4 мм.

3. Достаточно частой причиной, приводящей к развитию ХП, является дуоденопанкреатический рефлюкс, возникающий на фоне атонии сфинктера Одди, особенно при наличии дуоденальной гипертензии.

4. Патогенетическими факторами развития ХП при язвенной болезни являются:

• отек фатерова сосочка (папиллит) с вторичным затруднением оттока панкреатического секрета;

• гиперацидность желудочного сока с чрезмерной стимуляцией ПЖ соляной кислотой, в условиях затруднения оттока это приводит к внутрипротоковой гипертензии.

5. Часто в развитии билиарного ХП имеет место комбинация этиологических механизмов; например, у больных желчно–каменной болезнью выявляются опухоли БДС, язвенная болезнь и др.

Другие механизмы:

Ишемия. 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.

Гиперлипидемия. Высокий риск панкреатита наблюдается при повышении триглицеридов более 500 мг/дл. Механизм развития ХП связывают с токсическим воздействии на ткань ПЖ высоких концентраций свободных жирных кислот, которые не могут быть полностью связаны сывороточными альбуминами в плазме крови.

Классификация

*Классификация хронического панкреатита (Ивашкин В.Т. и соавт., 1990)1*

По этиологии:

Билиарнозависимый

Алкогольный

Дисметаболический

Инфекционный

Лекарственный

Идиопатический

По основным клиническим проявлениям:

Болевой

Диспепсический

Астеноневротический

Латентный

Сочетанный

По морфологии:

Интерстициально-отечный

Паренхиматозный

Фиброзно-склеротический (индуративный)

Гиперпластический (псевдотуморозный)

Кистозный

По характеру клинического течения:

Редко рецидивирующий

Часто рецидивирующий

С постоянно присутствующей симптоматикой

Осложнения ХП включают следующие состояния:

Нарушения оттока желчи (билиарная гипертензия)

Воспалительные изменения, вызванные повреждающим действием ферментов: парапанкреатит, «ферментативный» холецистит, абсцесс, киста, выпотной плеврит, пневмония, паранефрит, реактивный гепатит

Эндокринные нарушения: «панкреатогенный» сахарный диабет, гипогликемические состояния и др.

Подпеченочная форма портальной гипертензии

*Классификация хронического панкреатита TIGAR-O (Американская гастроэнтерологическая ассоциация, Etemad B., Whitcomb D.C., 2001)2*

1. Токсико-метаболический ХП

алкогольный

никотиновый

гиперкальциемический

гиперлипидемический

при хронической почечной недостаточности

медикаментозный

токсический (органические составляющие)

2. Идиопатический ХП

раннее начало

позднее начало

тропический (тропический кальцифицирующий и фиброкалькулезный тропический диабет)

другие

3. Генетический ХП

аутосомно-доминантный

аутосомно-рецессивный

4. Аутоиммунный ХП

изолированный

синдромный (ассоциированный с синдромом Шегрена, воспалительными заболеваниями кишечника, первичным билиарным циррозом печени)

5. Рецидивирующий и тяжелый острый панкреатит

постнекротический (тяжелый острый панкреатит)

рецидивирующий острый панкреатит

сосудистые заболевания (ишемический)

радиационное повреждение

6. Обструктивный ХП

pancreas divizum (представляет собой аномалию развития ПЖ, обусловленную нарушением слияния дорсального и вентрального панкреатических зачатков)

дисфункция сфинктера Одди (противоречиво)

обструкция протока (например, опухолью)

периампулярный дивертикул двенадцатиперстной кишки

посттравматическое повреждение панкреатического протока

Течение ХП разделяют на две фазы: бессимптомную и с наличием клинических проявлений, которая делится на четыре стадии (I, II, III, IV), в каждой из которых выделяют подстадии, включаются случаи с развитием тяжелых осложнений.

**Вариант А** — длительность заболевания менее 5 лет, выраженный болевой синдром, уровень панкреатической эластазы кала (Е-1) снижен незначительно, но достоверно (р < 0,05), отмечается повышение содержания в крови Aх (р < 0,05) и 5-НТ (р < 0,05), высокий уровень провоспалительных цитокинов, умеренное повышение холецистокинина (ХЦК) и снижение секретина. В ткани ПЖ выявляются воспаление и отек.

**Вариант В**— длительность заболевания от 5 до 10 лет, значительно снижается уровень Е-1 (ниже 100 мкг/г), болевой синдром умеренный, начинает преобладать 5-НТ (р < 0,05) как стимулятор секреторной активности ПЖ. Остаются высоким ХЦК и низким секретин. Дальнейшее прогрессирование фиброзных изменений, выявляется кальциноз в ткани ПЖ.

**Вариант С** — длительность заболевания от 10 и более лет, мало выраженный болевой синдром, дальнейшее повышение концентрации 5-НТ, что приводит к декомпенсации регуляторных механизмов секреторной активности ПЖ. Сохраняется повышение ХЦК и снижение секретина. Защитные свойства слизи двенадцатиперстной кишки снижаются. На фоне снижения уровня эндогенного инсулина в 30% случаев развивается клиническая картина сахарного диабета.

+

* **Начальный период (до 10 лет)**, который характеризуется чередованием периодов обострения и ремиссии. Основным проявлением обострения ХП являются боли разной интенсивности и локализации: в правой верхней половине живота – при поражении головки ПЖ; в эпигастральной области – при преимущественном поражении тела ПЖ, в левом подреберье – при поражении хвоста ПЖ; опоясывающий характер болей связан с парезом поперечно-ободочной кишки и не является частым. Диспепсический симптомокомплекс если и бывает, то носит явно сопутствующий характер и купируется при лечении первым.
* **Второй период** – это стадия внешнесекреторной недостаточности ПЖ (как правило, после 10 лет течения). В этот период боли уступают свое место диспепсическому симптомокомплексу (желудочному и кишечному). Желудочный симптомокомплекс развивается в связи с гастро- и дуоденостазом, желудочно-пищеводным рефлюксом в связи с этим, а кишечный симптомокомплекс – в связи с нарушением всасывания и “моторными” нарушениями кишки в связи с недостаточностью выработки мотилина и изменением чувствительности рецепторного аппарата кишки к естественным стимулам. Боли в этот период становятся менее “выразительными” и их может не быть.
* **Осложненный вариант течения ХП (в любом периоде)**. Он характеризуется изменением “привычного” варианта клинической картины: изменяется интенсивность болей, она может стать постоянной, иррадировать, быть динамичной под влиянием лечения. Более “упорно” представлен диспепсический симптомокомплекс. Так, при раздражении островкового аппарата ПЖ с достаточно высоким выбросом инсулина развивается клиника гипогликемии, которая долгое время может доминировать в клинической картине. При формировании кист изменяется обычная динамика ферментных тестов – так, гиперамилаземия может держаться неопределенно долгий период времени, это же можно встретить и при инфекционных осложнениях.

# Клиника

Наиболее часто встречаемыми клиническими синдромами при ХП являются:

• **болевой абдоминальный синдром,**

• **синдром внешнесекреторной недостаточности ПЖ,**

• **синдром эндокринных нарушений,**

• **диспепсический синдром,**

• **синдром билиарной гипертензии.**

## 1. Болевой синдром

Боль может встречаться как при обострении, так и в фазу ремиссии ХП. Она не имеет четкой локализации, возникая в верхнем или среднем отделе живота слева или посередине, иррадиирует в спину, иногда принимая опоясывающий характер. Более чем у половины больных боли крайне интенсивные.

Можно выделить следующие механизмы развития болей при ХП:

1) острое воспаление ПЖ (повреждение паренхимы и капсулы);

2) псевдокисты с перифокальным воспалением;

3) обструкция и дилатация панкреатического и желчного протока;

4) фиброз в области сенсорных нервов, приводящий к их сдавлению;

5) давление на окружающие нервные сплетения увеличенной ПЖ;

6) стеноз и дискинезия сфинктера Одди.

а) Боли, связанные с псевдокистами и обструкцией протоков, значительно усиливаются во время или сразу после еды. Боли, как правило, опоясывающие, приступообразные. Значительно уменьшают боль антисекреторные препараты и препараты панкреатина (Панзинорм), которые снижают секрецию ПЖ по механизму обратной связи.

б) Воспалительные боли не зависят от приема пищи, локализуются, как правило, в эпигастрии, иррадиируют в спину. Купируются такие боли анальгетиками (НПВП, в тяжелых случаях – наркотические анальгетики)

в) Внешнесекреторная недостаточность ПЖ приводит к избыточному бактериальному росту в тонкой кишке, что также является причиной болевого синдрома у значительной части больных ХП. Эти боли обусловлены повышением давления в двенадцатиперстной кишке.

На поздних стадиях ХП, с развитием фиброза, боли уменьшаются и через несколько лет могут исчезнуть. Тогда на первый план выходят проявления экзокринной недостаточности.

## 2. Синдром внешнесекреторной недостаточности

Внешнесекреторная недостаточность ПЖ проявляется нарушением процессов кишечного пищеварения и всасывания. Клинически она проявляется:

• поносами (стул от 3 до 6 раз в сутки),

• стеатореей (возникает при снижении панкреатической секреции на 10%, кал кашицеобразный, зловонный, с жирным блеском).

• снижением массы тела,

• тошнотой,

• эпизодической рвотой,

• потерей аппетита.

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

• метеоризмом,

• урчанием в животе,

• отрыжкой.

Позднее присоединяются симптомы, характерные для гиповитаминоза.

В основе внешнесекреторной недостаточности ПЖ лежат следующие механизмы:

1) деструкция ацинарных клеток, в результате чего снижается синтез панкреатических ферментов;

2) обструкция панкреатического протока, нарушающая поступление панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку;

+3) снижение секреции бикарбонатов эпителием протоков ПЖ приводит к закислению содержимого двенадцатиперстной кишки до рН 4 и ниже, в результате чего происходит денатурация панкреатических ферментов и преципитация желчных кислот.

3. Синдром билиарной гипертензии

Синдром билиарной гипертензии проявляется механической желтухой и холангитом и не является редким. До 30% больных в стадии обострения ХП имеют преходящую или стойкую гипербилирубинемию. Причинами синдрома являются – увеличение головки ПЖ со сдавлением ею терминального отдела холедоха, холедохолитиаз и патология БДС (конкременты, стеноз).

4. Синдром эндокринных нарушений

Выявляется примерно у 1/3 больных. 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.

5. Симптомы, обусловленные ферментемией

• Интоксикационный синдром проявляется общей слабостью, снижением аппетита, гипотонией, тахикардией, лихорадкой, лейкоцитозом и 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.

**Осложнения**

* холестаз (желтушный и безжелтушный варианты)
* инфекционные осложнения: воспалительные инфильтраты, гнойный холангит, септические состояния, реактивный плеврит, пневмония
* редкие осложнения: подпеченочная форма портальной гипертонии, хроническая дуоденальная непроходимость, эрозивный эзофагит, гастродуоденальные изъязвления с кровотечением, синдром Мэллори-Вейса, гипогликемические кризы, абдоминальный ишемический синдром.

Диагностика хп

I. Данные объективного обследования

II. Лабораторная диагностика хронического панкреатита

1. Клинический анализ крови (при обострении ХП может встречаться лейкоцитоз, ускорение СОЭ, при развитии белково–энергетической недостаточности – анемия).

2. Исследование содержания (активности) ферментов поджелудочной железы:

• амилаза в крови и моче. В периоде ремиссии ХП может быть в норме, при обострении умеренно повышается (на 30%) при повышении сывороточной амилазы более 4 норм следует думать об ОП. Амилаза мочи – менее чувствительный маркер ОП, чем амилаза крови;

• 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 эластазы 1 в кале на сегодняшний день является «золотым стандартом» – самым информативным из неинвазивных методов диагностики экзокринной недостаточности ПЖ. Этот фермент абсолютно специфичен для ПЖ, не разрушается при прохождении через ЖКТ и, что немаловажно, на результаты теста не влияет заместительная фарментная терапия. Экзокринная недостаточность диагностируется при снижении эластазы 1 ниже 200 мкг/г кала.

3. Другие ферменты поджелудочной железы. Высокочувствительными и специфичными тестами, свидетельствующими об обострении заболевания, являются повышение активности сывороточной липазы, а также сывороточного трипсина и уменьшение концентрации ингибитора трипсина. Однако при выраженном фиброзе ПЖ уровень ферментов в сыворотке крови даже при обострении заболевания может быть нормальным или низким.

4. Оценка внешнесекреторной функции поджелудочной железы:

1) стандартное копрологическое исследование. Критериями внешнесекреторной недостаточности яв­ля­ются повышенное содержание в кале нейтрального жира и мыл при малоизмененном содержании жирных кислот. Повышенное количество мышечных волокон в кале (креаторея) является более поздним, чем стеаторея, признаком недостаточности ПЖ и свидетельствует о более тяжелой степени нарушений;

2) количественное определение жира в кале – трудоемкий, но достаточно информативный тест (нормальное количество жира в кале менее 5 г/сут.).

• Зондовые методы – 1) секретин–панкреозиминовый (секретин–холецистокининовый) тест, 2) непрямой зондовый метод (тест Лунда). Тесты информативные, но трудоемкие, дорогостоящие и могут иметь осложнения. В настоящее время применяются редко.

• Беззондовые методы диагностики проще, дешевле и несут минимальный риск осложнений. Однако обладают меньшей чувствительностью и специфичностью, чем зондовые методы. Все они основаны на пероральном введении специфических субстратов для ферментов ПЖ. После взаимодействия последних с ферментами ПЖ в моче и/или в сыворотке крови определяются продукты расщепления, по количеству которых судят о степени внешнесекреторной недостаточности. 1) Бентирамидный тест (NBT–PABA тест). NBT – специфичный для химотрипсина трипептид, расщепляется до РАВА, которая определяется в моче; 2) йодолиполовый тест: липаза расщепляет йодолипол до йодидов, которые определяются в моче; 3) флюоресцеин–дилауратный тест

1. Оценка инкреторной функции поджелудочной железы. Расстройства углеводного обмена при ХП выявляются примерно у 1/3 больных. Всем пациентам с ХП рекомендуется проводить глюкозотолерантный тест для выявления НТГ и СД.

III. Инструментальные методы диагностики

1. 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) – метод диагностики, при котором исследование проводится не через брюшную стенку, а через стенку желудка и двенадцатиперстной кишки. Это позволяет детально изучить структуру ткани ПЖ, состояние протоковой системы, выявить конкременты, провести дифференциальную диагностику панкреатита с раком ПЖ.

2. Компьютерная томография – высокоинформативный метод, особенно в условиях плохой визуализации ПЖ при УЗИ.

3. ЭРХПГ позволяет выявить патологию общего желчного и главного панкреатического протока, определить локализацию обструкции, обнаружить внутрипротоковые кальцинаты.

4. Магнитно–резонансная томография – новейшие МРТ–программы, позволяющие получать прямое изображение протоков ПЖ (как при ЭРХПГ) без инвазивного вмешательства и введения контрастных веществ.

5. Обзорный рентгеновский снимок живота позволяет выявить наличие кальцификатов в зоне проекции ПЖ, которые определяются у 30% больных ХП.

Принципы лечения ХП

\*\*\*

Диспансеризаци

* ХП легкой степени: Наблюдение осуществляет участковый терапевт, частота осмотров - 2 раза в год. Объем исследований: общий анализ крови, мочи; амилазурический тест, амилаза, липаза в сыворотке крови; копрограмма 2 раза в год; УЗИ желчевыводящей системы и поджелудочной железы - 1 раз в 2 года.
* ХП средней и тяжелой степени: Наблюдение осуществляет участковый терапевт при консультации гастроэнтеролога, частота осмотров - 3 раза в год. Объем исследований: общий анализ крови, сахар, амилаза, липаза, альдолаза, билирубин, трансаминаза в сыворотке крови - не менее 2 раз в год и при обострении. УЗИ поджелудочной железы и желчевыводящей системы - 1 раз в год; при последующем благоприятном компенсирующем течении - 1 раз в 3 года. Амилаза в моче, копрограмма. Контроль массы тела.

Задача №1

Больная А., 42 года, заболела внезапно ночью, проснувшись от резких, опоясывающих болей в верхней половине живота. Вслед за болями возникла частая рвота, вначале съеденной пищей, а затем желудочным содержимым и желчью. Облегчения рвота не принесла. Накануне вечером ела жареную картошку со свининой. Все члены семьи, ужинавшие вместе с ней здоровы. В анамнезе указаний на заболевание органов пищеварения нет. Вызванный к больной врач: «скорой помощи» выяснил, что ранее таких приступов у больной не было.

Больная повышенного питания, вела себя в момент осмотра беспокойно, металась в постели. Бледна, кожа влажная, t – 380С, пульс 110 в 1 минуту, мягкий, малого наполнения, ритмичный. АД - 90/80 мм рт. ст. Со стороны сердца и легких патологии нет. Язык влажный, обложен. Живот не вздут, при пальпации передняя стенка мягкая, отмечается выраженная болезненность в эпигастрии, больше слева. Стула не было, мочеиспускание свободное, безболезненное.

Вопросы:

1. Назовите предположительный диагноз.
2. Куда следует госпитализировать больную.
3. Какие дополнительные исследования помогут уточнить диагноз.

Эталон ответа к задаче №1

1. Острый панкреатит.
2. Госпитализация в хирургический стационар.
3. Содержание сывороточной амилазы (увеличение в 4 раза и более), сывороточный ИФА на эластазу 1, УЗИ билиарной системы и поджелудочной железы (отек железы, осложнения и камни в желчном пузыре, общем желчном протоке), КТ, для оценки тяжести ОП (лейкоцитоз более 15.000, мочевина более 16 ммоль/л, кальций менее 2,0 ммоль/л, альбумин ниже 32 г/л, глюкоза натощак более 10 ммоль/л, АСТ более 200 Ед, ЛДГ общ. более 600 Ед, РаО2 менее 60 мм рт.ст.)

Задача №2

Больная К., 44 лет, жалуется на интенсивные боли в верхней части живота с иррадиацией в левое подреберье и тошноту. Подобные приступы повторяются 1-2 раза в год. 4 года назад оперирована по поводу калькулезного холецистита: через 6 месяцев после операции возник первый подобный приступ, сопровождался умеренной желтухой и повышением диастазы мочи. Подвергалась повторной лапаротомии, камней и желчных ходах не обнаружили. В последующие годы отмечает запоры.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожа влажная. Субиктеричность склер. Послеоперационные рубцы передней брюшной стенки. Болезненность в холедохо-панкреатической зоне, положителен симптом Мейо-Робсона (хвост ПЖ).

В анализе мочи: уровень диаставы 8 ЕД по Вольгемуту.

Анализ крови: лейкоц. – 6,7 х 109/л, формула не изменена, СОЭ - 18 мм/час.

Вопросы:

1. Сформулировать развернутый диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования для уточнения диагноза.
3. Принципы лечения больного.

Эталон ответа к задаче №2

1. Хронический билиарнозависимый панкреатит, абдоминальная форма, обострение.
2. Копрограмма, функциональные нагрузочные тесты (ПАБК, ЛУНД, секретин-панкреазиминовый), содержание сывороточной амилазы, сывороточный ИФА на эластазу 1, УЗИ билиарной системы и поджелудочной железы, КТ, ФЭГДС, ЭРПХГ, онкомаркеры (РЭА, СА 19-9).
3. Купирование боли (спазмоанальгетики, селективные спазмолитики), дезинтоксикационная терапия (гемодез Н, глюкозо-солевые растворы), полиферментные препараты (креон, панцитрат), прокинетики (моотилиум).

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ТЕКУЩЕГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ**

1. Какой из перечисленных ниже симптомов не характерен для хронического панкреатита?

а) абдоминальные боли

б) стеаторея

в) креаторея

г) водная диарея

д) сахарный диабет

1. Болезненность при пальпации в левом реберно-позвоночном углу характерна для симптома:

а) Воскресенского

б) Мейо-Робсона

г) Менделя

д) Грея-Тернера

1. Развитие метеоризма у больных хр. панкреатитом обусловлено:

а) сдавлением двенадцатиперстной кишки отечной головкой

поджелудочной железы

б) частой неукротимой рвотой

в) дефицитом панкреатических гормонов

г) ферментативной недостаточностью поджелудочной железы

1. Выберите наиболее достоверный тест, отражающий состояние экзокринной функции поджелудочной железы:

а) Д-ксилозный тест

б) секретин-панкреозиминовый тест

в) показатели активности трипсина, липазы и амилазы в сыворотке

крови

г) копрологическое исследование

1. У мужчины 50 лет после приема алкоголя и калорийной пищи появились острые боли в верхней половине живота, повысилась температура тела до 38С, отмечались вздутие живота, рвота без примеси желчи. Нарастал метеоризм, отмечалась задержка газов и стула. При аускультации отсутствовали шумы кишечной перистальтики.
	1. Наиболее вероятным диагнозом является:

а) Острый панкреатит

б) Язва двенадцатиперстной кишки

в) Острый панкреатит с явлениями пареза кишечника

г) Острая кишечная непроходимость

д) Острый холецистит

* 1. Какое исследование необходимо выполнить в первую очередь?

а) рентгенологическое исследование желудка с барием

б) обзорную рентгенограмму живота

в) ЭРПХГ

г) ирригоскопию

д) УЗИ

1. Признаки инкреторной недостаточности поджелудочной железы:

а) желтуха

б) частые потери сознания

в) высокое содержание глюкозы в крови и моче

г) увеличение печени

д) креаторея, стеаторея

1. При какой локализации раковой опухоли диагностируется симптом Курвуазье:

а) в теле поджелудочной железы

б) в хвосте ПЖ

в) в головке ПЖ

г) в общем печеночном протоке

1. Больной в течении 15 лет страдает хр. панкреатитом. Укажите простейший способ обнаружения кальциноза поджелудочной железы.

а) лапаротомия

б) лапароскопия

в) ирригоскопия

г) холангиография

д) обзорная рентгенография органов брюшной полости

1. Укажите симптомы, характерные для нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы:

а) сухость кожных покровов

б) гипергликемия

в) снижение массы тела, креаторея, стеаторея

г) расширение вен передней брюшной стенки

д) почечно-печеночная недостаточность

1. Укажите лабораторный тест для исследования внутрисекреторной функции поджелудочной железы.

а) глюкоза крови

б) секретин крови

в) панкреозимин крови

г) адреналин крови

1. Какая этиологическая причина является доминирующей при возникновении хр. панкреатита?

а) хр. гастродуоденит

б) дуоденостаз

в) желчнокаменная болезнь

г) хр. алкоголизм

д) хр. холецистит

Эталоны ответов к тестам по теме «Хронический панкреатит»

1.г

2.б

3.г

4.б

5.1.в

5.2.а

6.д

7.в

8.д

9.а,в

+10.а

11.г