

УДК 616.37-002.2-07.08

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)****<sup>1</sup>Томнюк Н.Д., <sup>1</sup>Данилина Е.П., <sup>2</sup>Белобородова Ю.С., <sup>1</sup>Белобородов А.А.**<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ, Красноярск, e-mail: danjuly@rambler.ru;<sup>2</sup>КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича», Красноярск

Проблема хронического панкреатита является одной из актуальных в современной клинической практике, что обусловлено неуклонным ростом заболеваемости, сложностью диагностики, длительностью течения, а также частыми рецидивами и осложнениями. В статье обобщены данные о современных лабораторных и инструментальных методах диагностики и лечения хронического панкреатита. Описаны основные формы хронического панкреатита, наиболее часто встречающиеся в клинической практике. Авторами подробно рассмотрены основные симптомы и клинические синдромы, вопросы дифференциальной диагностики, а также лечебная тактика при выявлении хронического панкреатита. Описаны морфологические изменения в поджелудочной железе, развивающиеся при хроническом панкреатите. Представлены данные об осложнениях хронического рецидивирующего панкреатита и способах их коррекции.

**Ключевые слова:** поджелудочная железа, хронический панкреатит, диагностика**MODERN CONCEPTS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC PANCREATITIS (REVIEW)****<sup>1</sup>Tomnyuk N.D., <sup>1</sup>Danilina E.P., <sup>2</sup>Beloborodova Y.S., <sup>1</sup>Beloborodov A.A.**<sup>1</sup>Krasnoyarsk State Medical University by Professor V.F. Voino-Yasenetskyi, Krasnoyarsk, e-mail: danjuly@rambler.ru;<sup>2</sup>KGBUZ «Krasnoyarsk Interdistrict clinical hospital of emergency medical aid to them. N.S. Karpovich», Krasnoyarsk

The problem of chronic pancreatitis is one of the most urgent in the current clinical practice, due to the steady increase in the incidence, diagnosis complexity, long duration, and frequent relapses and complications. The paper summarizes data on the modern laboratory and instrumental methods of diagnosis and treatment of chronic pancreatitis. The basic form of chronic pancreatitis, the most commonly encountered in clinical practice. The authors detail the main symptoms and clinical syndromes, differential diagnosis and therapeutic tactics in detecting chronic pancreatitis. Morphological changes in the pancreas develops in chronic pancreatitis. The data about the complications of chronic recurrent pancreatitis, and how to correct them.

**Keywords:** pancreas, chronic pancreatitis, diagnostics

За последнюю четверть века заболеваемость хроническим панкреатитом увеличилась в 18 раз, а его доля в структуре болезней органов пищеварения достигла 8–10% [2]. Осложнения хронического панкреатита зачастую приводят не только к снижению качества жизни больных, утрате трудоспособности, но в трети случаев к инвалидизации и летальному исходу. Смертность от осложнений в течение последних 10 лет колеблется в пределах 20,8–35,0% [1, 3, 4, 6, 9].

Наше сообщение основывается на анализе данных литературы о современных методах диагностики и лечения хронического панкреатита. Рассмотрены основные клинические синдромы, вопросы дифференциальной диагностики, а также врачебная тактика при выявлении хронического панкреатита.

**Цель сообщения** – обобщить литературные данные о современных методах

диагностики и лечения пациентов с хроническим панкреатитом.

В клинической картине хронического панкреатита можно выделить следующие синдромы: болевой синдром, синдром внешнесекреторной недостаточности, синдром трофологических нарушений и синдром эндокринной недостаточности [9]. Наиболее ярким проявлением заболевания является стойкий болевой синдром, который встречается в 80–90% случаев. Это боли различной интенсивности, иногда приступообразные, с иррадиацией в поясничную область, которые напоминают начало острого панкреатита [3, 7, 8, 10]. Существует две основные причины возникновения болевого синдрома: внутрипротоковая панкреатическая гипертензия и воспалительные фиброзные изменения в ткани железы, приводящие к повреждению нервных окончаний и изменению периневрия [2, 6, 12].

Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы обусловлена в большинстве случаев развитием фиброза в паренхиме органа и атрофии, что является следствием длительно протекающего воспалительного процесса. Клинически это проявляется диспепсическими явлениями: диарея, метеоризм, тошнота, многократная рвота, снижение аппетита. Данные симптомы развиваются в результате снижения выработки панкреатических ферментов – мальдигестии, что, в свою очередь, приводит к появлению синдрома мальабсорбции, при котором нарушается всасывание пищевых веществ.

У 25% больных хроническим панкреатитом выявляются признаки нарушения инкреторной функции поджелудочной железы. Развивается вторичный панкреатогенный сахарный диабет, который требует тщательной диагностики и назначения рациональной этиотропной терапии [5].

При сборе анамнеза у больных следует обращать внимание на возможные этиологические факторы, такие как: злоупотребление алкоголем, прием острой и жирной пищи, переедание, заболевания желчевыводящих путей (желчекаменная болезнь, состояние после холецистэктомии), функциональные нарушения двенадцатиперстной кишки (ДПК), сфинктера Одди, наличие парапапиллярных дивертикулов, перенесенные травмы и операции на органах брюшной полости, гиперлиппротеинемия, гиперпаратиреозидизм и описторхоз.

В клинической практике наиболее часто встречаются преимущественно две формы хронического панкреатита – алкогольной этиологии и связанный с заболеванием желчевыводящих путей. В зависимости от причин, хронический панкреатит может иметь ряд клинических особенностей: алкогольный встречается преимущественно у мужчин в возрасте от 30–50 лет, не только злоупотребляющих алкоголем, но и одновременно потребляющих большое количество белка и жира. Эта форма часто дает рецидивы, при ней, как правило, наступают изменения в печени, сердце, суставах, центральной нервной системе, а также имеется высокий риск развития осложнений: увеличение головки поджелудочной железы с воспалительно-дегенеративными изменениями, сопровождающееся сдавлением ДПК, общего желчного протока, образованием псевдокист в железе, плеврита, асцита, в более отдаленном периоде болезни – экзо- и эндокринная

недостаточность с переходом в сахарный диабет, возникает стеаторея, потеря массы тела, язвенное поражение гастродуоденальной зоны, кальциноз железы, а иногда тромбоз селезеночной вены.

Холецистопанкреатиты, этиология которых связана с заболеванием гепатобилиарной и дуоденальной систем, имеет более благоприятное течение. Для этой формы не характерна тяжелая степень утраты функции поджелудочной железы. Реже встречаются осложнения, такие как холангит, недостаточность сфинктера Одди, дуоденогастральный рефлюкс, язвенное поражение этой зоны. Важно, что устранение причин холецистопанкреатита оперативным путем влечет за собой полное исчезновение симптомов заболевания и выздоровление больного.

При объективном осмотре у больных с патологией поджелудочной железы можно выявить желтуху, а при пальпации живота – болезненность в эпигастрии, в правом и левом подреберье, нередко – опухолевидное образование в эпигастриальной области – кисту поджелудочной железы. Эти образования зачастую напоминают злокачественную опухоль и носят название псевдотуморозного панкреатита [8, 13, 14].

Правильная оценка жалоб больного и данных анамнеза дают лишь ориентировочное представление о патологических изменениях при хроническом панкреатите. Объем дополнительных методов исследования врач определяет сам, используя, в первую очередь, доступные биохимические и инструментальные методы – рентгенологические, эндоскопические, эхографические и др.

В период обострения хронического панкреатита некоторые изменения выявляются при исследовании крови: лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ, отмечается повышение билирубина, холестерина, трансаминазы, щелочной фосфатазы. Нередко при обострении отмечается кратковременная гипергликемия, которая по мере стихания процесса в железе нормализуется. Скрытую недостаточность инсулярного аппарата удастся выявить при исследовании суточного гликемического профиля.

В поздних сроках хронического панкреатита в результате гибели островкового аппарата нередко развивается стойкий инсулинзависимый сахарный диабет. Кроме того, повышается уровень панкреатических ферментов (трипсин, липаза, амилаза) в сы-

воротке крови, моче, дуоденальном содержимом, что достоверно свидетельствует о патологии, а их определение подтверждает это. На функциональное состояние поджелудочной железы указывают иммунологические методы определения гормонов: инсулина, С-пептида и глюкагона.

В повседневной практике врача особое внимание заслуживают рентгенологические методы исследования, где можно выявить косвенные симптомы, указывающие на хронический панкреатит: деформация желудка с образованием перегиба и сдавления по задней стенке тела большой кривизны, увеличение дуоденального кольца за счет увеличения головки поджелудочной железы. Ретроградная холепанкреатография и ангиография особенно ценны при выявлении кист и рака поджелудочной железы. Гастродуоденоскопия дополнительно позволяет обнаружить в слизистой нисходящего отдела ДПК папиллит, лимфангиэктазы, которые нередко имеют место.

В диагностике хронического панкреатита весьма информативны такие методы исследования, как УЗИ, эхография, компьютерная томография. В последнее время получила распространение тонкоигольная биопсия органа.

Лечение хронического панкреатита длительное, сложное и многозатратное. В гастроэнтерологии уже давно разработаны принципы консервативного лечения с различными вариантами его течения. Нужно отметить, что объем лечебной терапии определяется индивидуально в зависимости от тяжести состояния больного, выраженности болевого синдрома, нарушения внешнесекреторной и инкреторной функций поджелудочной железы, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний.

Обострение хронического панкреатита клинически протекает подобно острому и требует тех же терапевтических мероприятий, что и при остром панкреатите, направленных на обеспечение функционального покоя железы путем торможения панкреатической секреции. В тяжелых случаях – голод на один-два дня и парентеральное питание (альвезин и др.), ощелачивающие препараты (смесь Бурже, боржоми, атропин, циметидин, пирензепин и др.).

Для обезболивания применяют анальгетики (баралгин), холинолитики, ганглиоблокаторы, спазмолитики (папаверин, но-шпа). Широко используются ингибиторы протеаз (контрикал, гордокс). Проводится

коррекция внешнесекреторной и инкреторной функций поджелудочной железы ферментными препаратами (панкреатин, панзинорм, фестал, дигестал). При появлении сахарного диабета эффективны препараты букарбан, предиап, витаминотерапия парентерально (В12, В6, С, липоевая кислота).

В целях профилактики при холецистопанкреатитах решающее значение имеет своевременная санация желчевыводящих путей, раннее выявление конкрементов в них и их оперативное лечение.

При панкреатитах, связанных с нарушением оттока панкреатического секрета, выраженных болевым синдромом, профилактика обострения проводится в зависимости от конкретного фактора, вызвавшего его. Иногда требуется противовоспалительная терапия или оперативное лечение [11]. Одной из таких операций является панкреатодуоденальная резекция с сохранением привратника, предложенная американскими хирургами (альтернативная гастропанкреатодуоденальной резекции) [1, 4, 7, 8, 13, 14]. Данная модификация более благоприятна в отношении качества жизни оперированных пациентов. У 80–85 % больных после панкреатодуоденальной резекции наблюдается стабилизация массы тела и отсутствие болевого синдрома на протяжении 5 лет после операции.

При гиперлипидемии важна своевременная коррекция липидного обмена, а при панкреатитах паразитарной этиологии (аскаридоз, описторхоз) необходимо раннее выявление их и проведение соответствующей терапии.

На сегодняшний день диета остается одной из важных моментов как в профилактике заболевания, так и в его лечении. Она должна содержать разумное количество белков, жиров и углеводов, питание должно быть дробным, по 4–5 раз в день, калорийность примерно 2500–2800 ккал.

### Выводы

Таким образом, учитывая широкую распространенность заболевания, отсутствие четко выраженной симптоматики хронического панкреатита, необходимо тщательно учитывать анамнез больного, использовать современные методы диагностики, планировать профилактические, терапевтические этиологические и патогенетические обоснованные мероприятия с целью выявления, наблюдения, решения вопросов, в том числе о хирургической тактике у пациентов с высоким риском развития осложнений.

**Список литературы**

1. Велигодский Н.Н. Комплексное лечение хронического панкреатита // Тезисы докладов XX Юбилейной Международной конференции хирургов гепатологов России и стран СНГ «Анналы хирургической гепатологии». – 2003. – № 8 (2). – С. 186–187.
2. Винник Ю.С., Гульман М.И., Попов В.О. Острый панкреатит: вопросы патогенеза, клиники, лечения: рук // Красноярск: [б.и.], 1997. – 209 с.
3. Кокуева О.В. Лечение хронического панкреатита // Клин. мед. – 1999. – № 8. – С. 40–46.
4. Кубышкин И.А. Хирургическое лечение хронического панкреатита с преимущественным поражением головки поджелудочной железы // Хирургия. – 2006. – № 5. – С. 57–62.
5. Кузин М.И., Данилов М.В., Благовидов Д.Ф. Хронический панкреатит // М.: Медицина, 1985. – 368 с.
6. Малиновский Н.Н. Лечение деструктивного алиментарного панкреатита // Хирургия. – 2000. – № 1. – С. 4–7.
7. Оноприев В.И. Отдаленные результаты хирургического лечения различных клинико-морфологических форм хронического осложненного панкреатита // Анналы хирургической гепатологии. – 2004. – № 9. – С. 142.
8. Радионов И.А. Хирургическое лечение первичного хронического панкреатита // Анналы хирургической гепатологии. – 2003. – № 8. – С. 218.
9. Шалимов А.А., Грубник В.В., Зайчук А.И. Хронический панкреатит // Монография. – Киев: Здоровье. – 2000. – 166 с.
10. Beger H.G., Schlosser W., Siech M. The surgical management of chronic pancreatitis: duodenum preserving pancreatectomy // Ad. Surg. – 1999. – V. 32. – P. 87–104.
11. Hartel M., Tempia-Caliera A.A. Evidence-based surgery in chronic pancreatitis // Langenbecks Arch. Surg. – 2003. – V. 388. – P. 132–139.
12. Laugier R., Renou Laugier C. Endoscopic treatment in chronic pancreatitis // Int. J. Pancreatol. – 1998. – V. 23. – P. 145–152.
13. Sakorafas G.H., Farnell M.B., Rowland C.M. Long-term results after surgery for chronic pancreatitis // Int. J. Pancreatol. – 2000. – V. 27. – P. 131–142.
14. Traverso R.W. Chronic pancreatitis // Arch. Surg. 1993. – V. 128. – P. 1047–1051.