

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

А.Н. Ряскин, канд. мед. наук, **В.Н. Петров**, проф.
Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования,
Санкт-Петербургский медицинский колледж № 2, Россия

E-mail: vlapotnikov@mail.ru

Приведены причины, принципы диагностики и лечения хронического панкреатита. Описаны компоненты сестринской помощи при этом заболевании.

Ключевые слова: хронический панкреатит, диагностика, лечение, сестринская помощь.

Хронический панкреатит (ХП) – прогрессирующее заболевание поджелудочной железы (ПЖ), преимущественно воспалительной природы, характеризующееся нарушением проходимости ее протоков, замещением паренхимы органа соединительной тканью и развитием внутри- и внешнесекреторной недостаточности.

Заболеваемость ХП за последние 30 лет увеличилась в мире более чем в 2 раза и составляет 8–10 случаев на 100 тыс. населения. Заболевание встречается чаще в среднем и пожилом возрасте и с почти одинаковой частотой у мужчин и женщин.

Этиология и патогенез

В подавляющем большинстве случаев причинами ХП являются длительное потребление алкогольных напитков (хронический алкоголизм) и болезни желчевыводящих путей (хронический холецистит, желчнокаменная болезнь). Существенно реже ХП развивается на фоне заболеваний двенадцатиперстной кишки (дуоденит, язвенная болезнь и др.), вирусных инфекций (эпидемический паротит, вирусный гепатит В), применения ряда лекарственных средств (цитостатические, мочегонные, антибактериальные – тетрациклин, сульфаниламиды и др., эстрогенные препараты), повреждений ПЖ при операциях на органах брюшной полости.

Способствуют развитию заболевания наследственная предрасположенность, неполноценное питание (недостаточное поступление с пищей белка и витамина А), метаболические нарушения (гиперхолестеринемия, гемохроматоз) и эндокринные заболевания (сахарный диабет – СД, гиперпаратиреоз).

В общих чертах механизмы развития (патогенез) ХП могут быть представлены следующим образом. Инфицирование тканей ПЖ бактериями или вирусами, обтурация ее главного притока или образование белковых преципитатов и кальцификатов в более мелких протоках ПЖ способствуют активации выработки собственных протеолитических и липолитических ферментов. Их повышенное образование вызывает повреждение и гибель ацинарных клеток, воспалительный процесс. В паренхиме ПЖ на месте погибших клеток развивается соединительная ткань, по мере разрастания которой

постепенно нарушаются проходимость внутрижелезистых протоков и выделение панкреатического сока, возникают внутри- и внешнесекреторная недостаточность, клинические проявления ХП.

Выделяют *первичный* (первичное развитие воспалительного процесса в поджелудочной железе) и *вторичный* ХП (развивается на фоне других заболеваний), клинические формы ХП (обструктивный, кальцифицирующий, воспалительный, фиброз ПЖ). Заболевание может протекать с нарушениями внешнесекреторной, внутрисекреторной функций ПЖ и при их сочетании. Внешнесекреторные нарушения бывают 2 типов: гиперферментными и гипоферментными с соответствующим повышением и снижением образования ферментов и объема панкреатического сока. Внутрисекреторные нарушения функций ПЖ характеризуются как увеличением продукции инсулина (гиперинсулинизмом), так и его снижением с развитием СД. В зависимости от выраженности клинических проявлений заболевания и наличия внешнесекреторных и внутрисекреторных функций выделяют бессимптомную и клинически выраженную фазы ХП.

Клиника и диагностика

Клинические проявления ХП многообразны и мало специфичны, нередко совпадают с признаками других заболеваний пищеварительной системы. Ведущими в клинической картине заболевания являются *болевогой* и *диспепсический* синдромы.

При обострении ХП больного беспокоят ноющие или давящие боли в эпигастральной области и левом подреберье, иногда – опоясывающего характера. Они возникают во время или после еды, нередко иррадиируют в поясничную область и левую половину грудной клетки и обусловлены употреблением острой, жирной, копченой и жареной пищи.

Диспепсические проявления весьма разнообразны и представлены мучительной тошнотой, иногда повторной рвотой, которая не приносит облегчения, чувством тяжести в животе и урчанием после приема пищи, его вздутием и распираемостью. Характерны слюнотечение, снижение или потеря аппетита, отвращение к жирной пище. Возможны чередования поносов и запоров, преобладание поносов с выделением обильного кашицеобразного зловонного кала.

Дополняют клиническую картину повышение температуры тела, явления интоксикации, различной степени выраженности похудение. Больные раздражительны, отмечают снижение трудоспособности, повышенную утомляемость, неустойчивость настроения, плохой сон, мнительность.

При объективном исследовании, имеющем скромную диагностическую ценность, можно выявить бледно-серую окраску кожных покровов, атрофию подкожной клетчатки и повышенную болевую чувствительность (гиперестезию) кожи в области проекции ПЖ, снижение тургора кожи, напряжение мышц брюшной стенки (дефанс) в левом подреберье.

Значительно более существенное диагностическое значение имеют лабораторные и инструментальные исследования. В перечень лабораторных исследований входят: клинический анализ крови; определение содержания в крови амилазы, липазы, билирубина, протромбина, фибриногена, аспартат- и аланинаминотрансфераз, щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтранспептидазы, сахара, кальция, общего белка и белковых фракций; оценка свертываемости крови и длительности кровотечения; общий анализ мочи; определение содержания амилазы в моче; копрограмма.

Ценный метод функциональной диагностики – секретинпанкреозиминный тест. С помощью двойного гастродуоденального зонда определяют концентрацию и количество (дебит) панкреатических ферментов и бикарбонатной щелочности панкреатического сока в двенадцатиперстной кишке до и после введения стимуляторов. Этот тест, как и некоторые другие (бентираминовый, Лунда, определение эластазы-1 в кале), достаточно редко применяются в специализированных диагностических отделениях (центрах).

Обострению ХП свойственно повышение активности панкреатических ферментов амилазы и липазы в крови и моче, эластазы-1 в крови и кале, увеличение концентрации в крови билирубина, фибриногена, аминотрансфераз, щелочной фосфатазы и сахара, уменьшение содержания общего белка. Типичны изменения в периферической крови – анемия, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ. В кале (копрограмма) обнаруживают нейтральный жир, реже – непереваренные мышечные волокна и внеклеточный крахмал.

Существенное место в диагностике ХП занимают инструментальные методы исследования, в первую очередь – УЗИ (трансабдоминальное и эндоскопическое) ПЖ, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, магнитно-резонансная холангиопанкреатография, компьютерная томография и др. Определенное диагностическое значение имеют рентгенологические исследования – обзорный снимок брюшной полости, рентгенография желудка и двенадцатиперстной кишки, релаксационная дуоденография.

С помощью наиболее доступного и достаточно информативного метода – УЗИ ПЖ – выявляют увеличение или уменьшение, неравность контуров, нарушение структуры ПЖ, наличие кист, кальцификатов, синдрома сдавления нижней полой вены. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография – один из наиболее информативных диагностических методов – способствует выявлению ригидности стенок, неровности контуров, неравномерности диаметра, извилистости хода главного протока ПЖ, кальцификатов, кист, расширения боковых ветвей главного протока, изображения внепеченочных желчных путей. Диагностика ХП – комплексный процесс, включающий в себя анализ анам-

нестических данных, жалоб пациента, результатов физического (объективного), лабораторных и инструментальных исследований.

ХП свойственно прогрессирующее течение с чередованием периодов обострений и ремиссий, которое в зависимости от выраженности клинических проявлений заболевания может быть легким, среднетяжелым и тяжелым. В период ремиссии симптомы ХП могут отсутствовать или быть минимально выраженными при хорошем самочувствии и сохраненной трудоспособности. Обострение сопровождается появлением клинических признаков заболевания различной степени тяжести и нередко является поводом для госпитализации.

Сестринский уход

Медсестра может заподозрить ХП при наличии у пациента болевого и диспепсического синдромов, особенно в тех случаях, когда он злоупотребляет алкоголем, имеет заболевания желчевыводящих путей и двенадцатиперстной кишки. Распознавание этого заболевания, осуществляемое врачом, нередко весьма затруднительно в связи с малоспецифичностью клинических проявлений, сочетанием ХП с другими заболеваниями пищеварительной системы и недостаточными диагностическими возможностями лабораторных служб лечебно-профилактических учреждений.

Главная роль в решении проблем пациента – болевого, диспепсического синдромов и др. – принадлежит *немедикаментозному* и *медикаментозному* лечению. Немаловажное значение имеет сестринский уход, предусматривающий:

- информирование пациента о принципах диагностики и лечения заболевания;
- подготовку больного к лабораторным и инструментальным исследованиям;
- помощь врачу при проведении эндоскопических исследований;
- контроль за соблюдением постельного режима в острую фазу заболевания, динамикой клинических проявлений (боли в животе, диспепсические проявления, частота и характер стула и др.);
- обучение пациента общегигиеническим и другим мероприятиям, способствующим уменьшению выраженности или исчезновению диспепсического синдрома: соблюдение гигиены полости рта (осторожная чистка зубов, полоскания и др.), принципов лечебного питания; профилактика метеоризма (использование активированного угля, эспумизана и др.);
- создание обстановки психологического покоя, обеспечение достаточного отдыха и сна, что способствует уменьшению общей слабости и утомляемости;
- контроль за выполнением пациентом назначенной врачом медикаментозной терапии, выявление побочных эффектов лекарственных средств;
- обучение пациента и членов его семьи мероприятиям, относящимся к изменению стиля жизни (правильное питание, исключение вредных привычек – отказ от алкоголя и курения), длительная заместительная терапия ферментными препаратами в амбулаторных условиях.

Лечение

Обострение ХП является показанием к стационарному лечению, цели которого – уменьшение клинических проявлений заболевания, предупреждение его осложнений и рецидивирования. Больному назначают постельный режим с ограничением физических и психоэмоциональных нагрузок.

Используют немедикаментозное (преимущественно диетотерапию) и медикаментозное лечение, направленное на купирование болевого и диспепсического синдромов, ликвидацию внешне- и внутрисекреторной недостаточности функций ПЖ.

Важной составной частью комплексной терапии ХП является лечебное питание. Диета должна быть механически и химически щадящей, малокалорийной и содержать достаточное количество белков и углеводов при уменьшении количества жиров. При выраженном обострении заболевания в первые 1–3 дня назначают голод, обильное питье щелочных минеральных вод, по показаниям – парентеральное питание. На 3–4-й день от начала обострения пациента переводят на пероральное питание 5–6 раз в сутки малыми порциями с ограничением жиров, кислых и молочных продуктов. Рекомендуют слизистые супы, жидкие каши, мясные и рыбные тефтели, нежирный творог, сухари из белого хлеба. Ограничивают сахар и поваренную соль. По мере затухания обострения назначают стол № 5п, который нередко используют и в стадии ремиссии; увеличивают содержание зерновых продуктов, овощей и фруктов при достаточном количестве нежирных говядины, телятины, рыбы и птицы. Запрещено употребление алкоголя, острой пищи, кислых ягод, фруктов и фруктовых соков, газированных напитков.

Медикаментозное лечение ХП имеет следующие задачи:

- купирование болевого синдрома с использованием ненаркотических анальгетиков (парацетамол, баралгин, кеторолак др.), нередко – в сочетании с миотропными спазмолитиками – папаверин, но-шпа, дицетел, метеоспазмил, дюспаталин и др.) и блокаторов холинергических рецепторов (атропин, хлорозил, бускопан и др.) для внутреннего и парентерального применения. При интенсивном болевом синдроме назначают наркотические анальгетики (трамал, промедол, фортрал, бупренорфин и др.) преимущественно парентерально;
- уменьшение панкреатической секреции при гиперферментативных формах ХП путем использования антисекреторных препаратов: блокаторов H₂-рецепторов (ранитидин, фамотидин и др.); ингибиторов протонной помпы (омепразол, рабепразол, эзомепразол и др.); антацидов (алмагель, фосфалюгель и др.); с этой же целью назначают внутрь полиферментные препараты (мезим форте, панцитрат, креон и др.), инъекции синтетических аналогов гормона соматостатина – сандостатина или октреотида; заместительную терапию внешнесекреторной недостаточности

при гиперферментативных формах ХП с использованием полиферментных (мезим форте, дигестал, панцитрат, креон и др.), белковых, аминокислотных и жировых препаратов (протеин, альвезин, полиамин, интралипид и др.), иногда – в комбинации с анаболическими гормонами (ретаболил и др.), терапию внутрисекреторной недостаточности ПЖ – СД (пероральные сахароснижающие препараты, инсулин).

При тяжелом течении ХП назначают антиферментные препараты (трасилол, контрикал, гордокс и др.), дезинтоксикационные средства (физиологический раствор хлорида натрия, 5% раствор глюкозы, раствор Рингера, полиглюкин, реополиглюкин и др.), антибиотики (фторхинолоны, макролиды и др.), а также гемосорбцию и плазмаферез.

В период затухающего обострения используют физиотерапевтические процедуры, а в период ремиссии ХП – санаторно-курортное лечение.

Первичная профилактика ХП предусматривает соблюдение здорового образа жизни и правильного (рационального) питания, исключение вредных привычек (злоупотребление алкоголем, курение), своевременную диагностику и адекватное лечение вирусных инфекций (эпидемический паротит, вирусный гепатит В), хронических заболеваний желчевыводящих путей и двенадцатиперстной кишки.

Вторичная профилактика состоит в исключении способствующих прогрессированию заболевания факторов при диспансерном наблюдении и обследовании больных 2–4 раза в год (в зависимости от тяжести ХП), в проведении курсов противорецидивного лечения и использовании диетотерапии

Рекомендуемая литература

Багненко С.Ф., Курыгин А.А., Рухляда Н.В., Смирнов А.Д. Хронический панкреатит: руководство для врачей. – СПб.: Питер, 2000. – 416 с.

Маев И.В., Казюлин А.Н., Кучерявый Ю.А. Хронический панкреатит. – М: Медицина, 2005. – 504 с.

Минушкин О.Н. Хронический панкреатит: некоторые аспекты патогенеза, диагностики и лечения // Consilium medicum. – 2002; 1: 23–26.

Циммерман Я.С. Хронический панкреатит: современное состояние проблемы. Ч. II. Клиника, диагностика, классификация, принципы лечения // Клини. мед. – 2007; 2: 9–14.

CHRONIC PANCREATITIS

A.N. Ryaskin, cand. med.sci., V.N. Petrov, prof.

St.-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies,

St.-Petersburg Medical college № 2, Russia

The paper describes the causes and the principles of diagnostics and treatment of chronic pancreatitis. The components of nursing care in this condition is outlined.

Key words: chronic pancreatitis, diagnostics, treatment, nursing care.