Тема №4. Хронический панкреатит

Вопросы:

1. Классификация степени тяжести ХП по данным КТ и УЗИ

**Кембриджская классификация**

|  |  |
| --- | --- |
| Тяжесть | Изменения |
| Норма | ГПП (главный панкреатический проток) <2 ммНормальный размер и форма ПЖ Гомогенность паренхимы |
| Сомнительный | Один признак из следующих: ГПП 2-4 ммНебольшое увеличение (до 2N) Гетерогенность паренхимы |
| Легкий | Необходимо два или более признаков: ГПП 2-4 ммНебольшое увеличение (до 2N) Гетерогенность паренхимы |
| Умеренно-тяжелый | Мелкие полости <10 мм Неравномерность диаметра протоков Очаговый острый панкреатитПовышенная эхогенность стенки протоков Неровность контуров |
| Тяжелый | См. выше + один и более признаков:Большие полости (> 10 мм) Значительное увеличение железы (>2 N)Дефекты наполнения внутри протоков или камниОбструкция протоков, стриктуры или выраженная неравномерность диаметраПоражение соседних органов |

1. Классификация данных ЭРПГ при ХП

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Терминология | ГПП | Измененные боковые ветви | Дополнительные признаки |
| Норма | Норма | Нет |  |
| Сомнительные данные | Норма | < 3 |  |
| Легкий ХП | Норма | ≥ 3 |  |
| Умеренно-тяжелый ХП | Изменен | > 3 |  |
| Тяжелый ХП | Изменен | > 3 | Один и более: большая полость, обструкция, дефекты наполнения, выраженное расширение или неравномерность |

1. Критерии диагностики Rosemont по ЭУЗИ. Описать методику проведения ЭндоУЗи показание и противопоказание.

|  |
| --- |
| **Паренхиматозные признаки ХП** |
| Признак | Определение | Критерии | Ранг | Гистологичес корреляция |
| Главные | Дополнительные |
| Гиперэхогенные очаги с тенью | Эхогенные структуры ≥2 мм в длину и ширину с тенью | Главный A |  | 1 | Кальциноз паренхимы |
| Дольчатость | Хорошо отграниченные структуры размером ≥5мм с гиперэхогенным ободком и относительно гипоэхогенным центром |  |  | 2 | Неизвестно |
| С ячеистостью | Наличие смежных ≥3 долек | Главный B |  |  |  |
| Без ячеистости | Наличие несмежных долек |  | Да |  |  |
| Гиперэхогенные очаги без тени | Эхогенные структуры фокусы ≥2 мм в длину и ширину без тени |  | Да | 3 | Неизвестно |
| Кисты | Анэхогенные, закругленной / эллиптической структуры, сили безперемычек |  | Да | 4 | Псевдокиста |
| Тяжистость | Гиперэхогенные тяжи ≥3 мм в длину в, по крайней мере, 2 различных направлениях относительно плоскости изображения |  | Да | 5 | Неизвестно |
| **Протоковые признаки ХП** |
| Конкременты в ГПП | Эхогенные структура(ы) в ГПП сакустической тенью | A |  | 1 | Конкременты |
| Неравномерность контура ГПП | Неровность или нерегулярность контура итенденция к расширению |  | Да | 2 | Неизвестно |
| Расширение боковых протоков | ≥3 анэхогенных структур цилиндрической формы, каждая≥1 мм в ширину, идущих от ГПП |  | Да | 3 | Расширение боковых протоков |
| Расширение боковых протоковРасширение ГПП | ≥3 анэхогенных структур цилиндрической формы, каждая≥1 мм в ширину, идущих от ГПП≥3, 5 мм в теле или > 1, 5 мм в хвосте |  | Да Да | 34 |  |
| Расширение ГПП |
| Гиперэхогенность стенки ГПП | Эхогенные структуры с четкими границами > 50% ГПП в теле и хвосте |  | Да | 5 | Фиброз протоков |

Критерии диагноза ХП по данным ЭУЗИ: Определенный ХП

- 1 главный А признак (+) ≥3 дополнительных признака

- 1 главный А признак (+) главный B признак

- 2 главных А признака Предположительный ХП

- 1 главный А признак (+) <3 дополнительных признака

- 1 главный В признак (+) ≥3 дополнительных признака

- ≥5 дополнительных признака (любые) Неопределенный ХП

- 3 - 4 дополнительных признака, отсутствие главных признаков

- Один главный В признак или в сочетании с <3 дополнительными признаками

Норма

- <2 дополнительных признака , отсутствие главных признаков

1. Тактика обследования и лечения больного хроническим панкреатитом с доминирующей абдоминальной болью

Тактика обследования:

- сбор жалоб, анамнеза, выделение ведущих клинических синдромов (большая часть больных ХП, как правило, в течение многих лет страдает алкоголизм, зачастую отмечается привязанность к курению (которое потенциирует действие алкоголя);

Основные симптомы:

* боль в животе с локализацией в эпигастрии, иррадиирующая в поясничную область, усиливаясь после приема пищи и ослабевающая в положении ортопноэ;
* проявления синдрома внешнесекреторной недостаточности: метеоризм, стеаторея, потеря массы тела и т.п.)
* диспепсия (диарея, тошнота, рвота, слюнотечение
* выраженная иктеричность кожи и склер, сочетающаяся с ахолией
* присоединение панкреатогенного СД

- Лабораторные исследования: РАК – незначительный лейкоцитоз, ускорение СОЭ и т.д.; б/х крови – повышенный уровень амилазы; ОАМ – повышенный уровень диастазы.

- Инструментальные исследования:

* УЗИ органов брюшной полости для исключения патологии со стороны других органов, а также для обнаружения изменений в ПЖ (в пользу диагноза ХП следует отнести следующие признаки: псевдокисты, кальцификация и вирсунголитиаз, выраженная дилатация ГПП в сочетании с уплотнением его стенок, показатели осложнений ХП псевдокисты, расширение общего желчного протока, воротной и селезеночной вен).
* ЭГДС (определение вовлечения в воспалительный процесс желудка и ДПК)
* Обзорная рентгенография органов брюшной полости (дает возможность выявить только выраженную кальцификацию в проекции ПЖ)
* **МСКТ** (признаки, указывающие на ХП: атрофия железы, наличие конкрементов в протоках, дилатация ГПП, интра- или перипанкреатические кисты, утолщение перипанкреатической фасции и тромбоз селезеночной вены, неоднородность структуры, нечеткость контуров и увеличение размеров ПЖ)
* **ЭУЗИ**
* **МРХПГ** (снижение интенсивности сигнала на T1WI при подавлении сигнала от жировой ткани и снижение контрастности)
* Непрямые методы: определение жира в кале, активности эластазы-1 в кале, концентрация гликозилированного гемоглобина и т.п.

Лечение:

Лечение ХП в первую очередь направлено на снижение внешнесекреторной функции ПЖ, для этого необходима:

- диетотерапия (рекомендуется дробное питание с частыми приемами пищи, обогащенной белками и сложными углеводами, а также пищевыми волокнами; ограничение жиров не требуется при адекватной заместительной терапией ферментами; необходим отказ от курения и полное исключение алкоголя)

- при интенсивной боли – курсовое назначение ненаркотических анальгетиков (парацетамола), при их неэффективности – трамадол.

- заместительная ферментативная терапия (препараты, содержащие липазу) + блокаторы H2-рецепторов/ИПП

Отсутствие эффекта от консервативного лечения в течение 3 мес с риском или фактом наркотической зависимости, наличие осложнений (кровотечения, непроходимость ДПК и т.п.), а также при подозрении на рак ПЖ проводится хирургическое лечение ХП.

Клинический случай.

Больной Л., 58 лет. Впервые был госпитализирован в декабре 2016 г. с жалобами на ноющие боли в эпигастральной области и левом подреберье, отрыжку воздухом, снижение массы тела на 10  кг за последние 4 месяца. В анамнезе отмечено длительное употребление крепких алкогольных напитков с  частотой 1–3  раза в  неделю. Табакокурение отрицает. В  2014  г. впервые появились интенсивные боли в  верхних отделах живота, сопровождающиеся рвотой, в  связи с  чем больной был госпитализирован в хирургическое отделение городской больницы, где выявлен острый панкреатит. На фоне инфузионной и  спазмолитической терапии болевой синдром был купирован, больной выписан в удовлетворительном состоянии. В дальнейшем диету не соблюдал, продолжал употреблять алкоголь. В июле 2016  г. вновь с  клинической картиной острого панкреатита был госпитализирован. При обследовании по данным мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) с внутривенным контрастированием выявлены признаки острого деструктивного панкреатита, тотальный тромбоз воротной вены. Отмечена механическая желтуха, в  связи с  чем проводилась дифференциальная диагностика между опухолевым процессом внепеченочных желчных протоков, головки поджелудочной железы и  стриктурой холедоха. При магнитно-резонансной томографии с  внутривенным контрастированием была заподозрена опухоль холедоха, однако при эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии данных за билиарную гипертензию и новообразование желчных протоков получено не было. В  ноябре 2016  г. в  связи со вновь возникшим болевым синдромом, периодической фебрильной лихорадкой с ознобом больной обратился в ГБУЗ и был направлен на госпитализацию в отделение гастроэнтерологии. В биохимическом анализе крови отмечалась гиперамилаземия до 624  Ед/л (референсные значения 28–100), гиперамилазурия 1336  Ед/л (0–460). Эластаза кала  – 7,8 мкг/г. Кроме того, наблюдались признаки железодефицитной анемии: гемоглобин 10,1  г/л, сывороточное железо – 6,1 мкмоль/л. Выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ). Заключение: увеличение и  выраженные диффузные изменения печени по типу жирового гепатоза. Реканализация тромбоза воротной вены. Умеренное увеличение селезенки. Конкременты желчного пузыря, признаки острого деструктивного калькулезного холецистита. Подозрение на новообразование головки поджелудочной железы, выраженная панкреатическая гипертензия. Постнекротическая киста тела поджелудочной железы, возможно, с нагноением и прорывом в сальниковую сумку. Воспалительный парапанкреатический инфильтрат. Ультразвуковые признаки пареза кишечника. Свободная жидкость в  брюшной полости, преимущественно в малом тазу. Больной был переведен в хирургическое отделение, где проведено дренирование малого таза под ультразвуковым контролем и холецистостомия. По дренажу из малого таза поступала мутная коричневатая жидкость без запаха, напоминающая содержимое постнекротической кисты поджелудочной железы. Под контролем УЗИ выполнена чреспеченочная пункция желчного пузыря. Получен густой сливкообразный гной желтоватого цвета. По игле полость желчного пузыря контрастирована, желчный пузырь размерами 8×3 см, отмечено наличие некоторого количества дефектов наполнения (сладж? конкременты?), затем контраст свободно заполнял нерасширенные желчные протоки и  тотчас свободно сбрасывался в двенадцатиперстную кишку. В желчный пузырь под контролем рентгенотелевидения по игле введен мягкий проводник, в просвет желчного пузыря установлен дренаж. Проводилась инфузионная, антибактериальная, противовоспалительная терапия с  положительной динамикой. В дальнейшем были удалены холецистостома и  дренаж из малого таза. На контрольном УЗИ жидкостных скоплений и свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. Желчный пузырь без признаков воспаления, содержимое однородное. Учитывая подозрение на новообразование головки поджелудочной железы, пациенту была выполнена МСКТ с внутривенным контрастированием. Протокол МСКТ: поджелудочная железа правильно расположена, размеры головки  – 23  мм, структура неоднородная; паренхима тела практически не прослеживается, выраженно истончена, на этом уровне дилатированный главный панкреатический проток до 10  мм; хвост  – 16  мм, главный панкреатический проток на уровне хвоста до 3  мм. Плотность паренхимы неоднородная, преимущественно на уровне головки, ближе к  перешейку отмечается гиподенсная структура размерами 28×21  мм, плотность ближе к  жидкостной, при внутривенном контрастировании видимого накопления контрастного вещества не отмечается. Парапанкреатическая клетчатка инфильтрирована. Заключение: признаки перенесенного панкреонекроза.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз

Хронический панкреатит, алкогольный, редко рецидивирующий, фаза обострения, осложненный панкреонекрозом.

1. Обследование

- сбор жалоб, анамнеза, выделение ведущих клинических синдромов

- лабораторные исследования: РАК, ОАМ, б/х крови (АСТ, АЛТ, билирубин (общий, прямой, непрямой), ЩФ, амилаза), ионограма, б/х мочи (амилаза, диастаза), определение жиров и эластазы-1 в кале.

- ЭГДС

- обзорная рентгенография органов брюшной полости

- УЗИ органов брюшной полости

• МСКТ

• ЭУЗИ

• МРХПГ

1. Лечение

Ввиду наличия развивающихся осложнений со стороны ХП (псевдокиста в области перешейка? признаки перенесенного панкреонекроза), низкой превентивности к лечению у данного пациента и продолжающимся обострениям несмотря на терапию --- следует рассмотреть вопрос о хирургическом лечении ХП у данного пациента.