

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ХРОНИЧЕСКОГО ПАКРЕАТИТА

Коробейникова В.В.

ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь

Пермь, Россия (614990, г.Пермь, ул.Петропавловская, д.26)

korobeinikova_vl@mail.ru

Чаще всего врачи клиницисты отмечают, что пациенты обращаются с хроническим панкреатитом. Поэтому принято считать, что это одна из самых распространенных проблем гастроэнтерологии. Необходимо отметить, что диагностика и лечение данного заболевания тоже является проблемой для врачей. В медицинской литературе уже давно описывается клиника и течение панкреатита, но на сегодняшний день возникают новые варианты этиологии и патогенеза хронического панкреатита. По поводу лечения врачи до сих пор ведут споры, так как лечение напрямую зависит от этиологии.

Вопрос лечения хронического панкреатита до сих пор актуален, терапия постоянно совершенствуется, а диагностика приобрела свои стандартизированные показания. В данной статье рассмотрим патологии поджелудочной железы.

Ключевые слова: хронический панкреатит, гастроэнтерология, диагностика, этиология, поджелудочная железа.

CHRONIC PAKREATITIS

Korobeinikova V.V.

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Academician Ye.A.Vagner Perm State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Perm Perm, Russia (614990, Perm, Petropavlovskaya st., 26), korobeinikova_vl@mail.ru

Most often, clinicians note that patients are treated with chronic pancreatitis. Therefore, it is generally accepted that this is one of the most common problems in gastroenterology. It should be noted that the diagnosis and treatment of this disease is also a problem for doctors. The clinical literature and the course of pancreatitis have long been described in the medical literature, but today there are new variants of the etiology and pathogenesis of chronic pancreatitis. Doctors are still debating about treatment, since treatment directly depends on the etiology.

The issue of treating chronic pancreatitis is still relevant, therapy is constantly being improved, and diagnostics have acquired their standardized indications. In this article, we will consider the pathology of the pancreas.

Key words: chronic pancreatitis, gastroenterology, diagnosis, etiology, pancreas.

Хронический панкреатит (ХП) характеризуется как патология, постоянно подвергающаяся прогрессу. Поджелудочная железа (ПЖ) постоянно меняется, происходят воспалительные и деструктивные процессы в ее паренхиме. Нарушение работы панкреатических протоков, которое влечет за собой полное или частичное нарушение функций ПЖ.

Рассмотрим основные факторы этиологии патологии ПЖ.

Злоупотребление алкоголем приводит к развитию ХП. Это происходит при ежедневном употреблении алкогольных напитков на протяжении нескольких лет. В ходе множества исследований было замечено, что у женщин этот процесс наступает на 5 лет раньше, чем у мужчин.

Заболевания желчных путей и печени тоже является одной из причин возникновения ХП. Это возможно, если инфекция попадает в ПЖ вместе с лимфатическим током. Происходит нарушение оттока секрета ПЖ, и она отекает. Гастроэнтерологи описывают этот процесс как так называемый биллиарный рефлюкс. К этому также относится патологии 12-перстной кишки и большого дуоденального сосочка.

Одной из причин развития ХП является отсутствие в питании белковой пищи. Частое употребление острой и жирной пищи приводит к данной патологии. Люди, страдающие ожирением, очень часто сталкиваются с проблемами ПЖ [1].

Стоит отметить, что патологическое состояние сфинктера Одди также приводит к ХП. Нарушение возникает при приеме лекарственных средств, а именно цитостатиков, тетрациклина, фуросемида и др.

В анамнезе больных ХП нередко можно увидеть, что данная патология имеет генетическую предрасположенность. Это связано с нарушением обмена белка.

При нарушении кровотока в ПЖ наблюдаются атеросклеротические бляшки,

тромбозы и др. изменения, связанные с кровообращением.

Гепатит В также может стать фактором, из-за которого развился ХП.

Рассмотрим патогенез ХП. Под действием этиологического фактора происходит уменьшение секрета. Это приводит к тому, что 12-перстная кишка подвергается давлению, происходит спазм сфинктера Одди и выделение бикарбонатов резко снижается. В результате панкреатический сок становится сгущенным. Следующим этапом выступает преципитация, возникают пробки и протоки закупориваются. Ферменты попадают в ткани ПЖ и орган подвергается самоперевариванию. После этого может развиваться ферментемия. Это приводит к нарушению функций других органов и тканей [2].

В медицинской литературе патологию ПЖ классифицируют на восемь критериев. По этиологии можно выделить первичный и вторичный панкреатит. Клинически выделяют три варианта. Рецидивирующие, болевые и латентные ХП. Как и у любого заболевания ХП имеет свои периоды. Обостренная фаза, замедленная и ремиссия. По тяжести определяют панкреатит легкого течения, среднего и тяжелого. Критерий типа секреции панкреатического сока описывают как гиперсекреторный, при котором повышена секреция. И соответственно гипосекреторный тип, когда секреция ниже нормы. При обструктивном типе секреция полностью нарушена [3].

По морфологии ХП может быть отечным, кистозным и паренхиматозным. В ПЖ при патологии могут быть псевдокисты, накопления кальция и даже свищи. Как следствие возникает сахарный диабет и асцит.

При протоковой и тканевой гипертензии пациенты отмечают острую, приступообразную боль. После принятия пищи боль наступает примерно через 30 минут. Данная боль сопровождается окислительным стрессом и обусловлена билиарной патологией.

При воспалительном процессе и деструктивном поражении больные указывают, что боль сильная и похожа на приступы. Связь с едой только при несоблюдении диеты. Механизм боли связан с кининами и обусловлен спазмом сфинктера Одди[4].

Постоянную и ноющую боль больные наблюдают при периневральной фиброзе. Данный вид боли не связан с приемом пищи.

Во время начальной стадии боль не постоянная и варьирует от слабой до интенсивной. Точную локализацию больные тоже не могут определить. Клинически наблюдается диспепсический синдром, который спадает во время терапии. Такая стадия длится около 8-11 лет и постоянно чередуется период ремиссии и обострения.

После начальной стадии ХП гастроэнтерологи замечают секреторную недостаточность ПЖ, боли появляются реже, но при приступах они более интенсивные.

При отсутствии терапии начинается процесс развития осложнений. Локализация боли меняется, а ее сила становится больше. Диспептический синдром становится ярковыраженным [5].

Рассмотрим клинические симптомы, которые характеризуют течение ХП. Боли в животе без определенного местоположения, иррадиируют в спину, иногда опоясывают. В зависимости от приема пищи можно определить причину возникновения патологии. Например, при закупорке протока боль в виде наступит после еды. Больные как правило принимают Панкреатин и боль стихает. Если патология возникла на фоне воспаления, то связи с приемом пищи не будет и стихают после анальгетика. А если организму не хватает ферментов ПЖ, то боль будет распирающая и сопровождается метеоризмом.[6].

Экзокринная недостаточность возникает на фоне нарушения пищеварения. Яркими признаками при такой недостаточности будут: понос (около 5 раз в сутки), стеаторея. Больные отмечают, что постоянно испытывают чувство тошноты, иногда рвоты. Пациенты худеют, но при этом чувствуют вздутие и урчание в животе. Все это приводит к дефициту витаминов и обезвоживанию [7].

Пациенты с интоксикационным синдромом жалуются на вялость, отсутствие аппетита, учащенное сердцебиение. Часто этот процесс протекает с повышенной температурой и сниженным артериальным давлением.

При биллиарной гипертензии наблюдается желтуха, а при исследовании

УЗИ отмечают увеличенную головку ПЖ. Холедох сдавлен и не работает правильно[8].

Реже у пациентов наблюдаются эндокринные нарушения. Они сопровождаются кетоацидозом и сахарным диабетом.

Характерен для ХП симптом Тужилина. На животе, спине и груди появляются яркие красные пятна.

Таким образом можно сделать вывод, что ХП — это заболевание, характеризующееся патологией ПЖ. Этиологией данного заболевания являются разные факторы от злоупотребления алкоголем до серьезных нарушений кровообращения.

Список литературы

1. Ильин В. Ф., Лечебные диеты при панкреатите и других заболеваниях поджелудочной железы. – М.: Вектор, 2010- С.- 99
2. Жуков н.А., Жукова е.Н., Афанасьева с.Н., Клинические формы хронического рецидивирующего панкреатита и их патогенетические особенности. – м.: Медицина, 2004- С. 99
3. Лоранская Т.И., Диетотерапия хронического панкреатита. – М.: Миклош, 2010- С. 115-117.
4. Лысенко М.В. , Острый панкреатит. Дифференцированная лечебно-диагностическая тактика. – М.: Литтера, 2011- С. 14.
5. Панов С.В., Заболевания поджелудочной железы. Панкреатит. – М.: АСТ, 2011- С. 111-112.
6. Кулагина К.А., Панкреатит - предупреждение, диагностика и лечение традиционными и нетрадиционными методами. – М.: Рипол Классик, 2009 –С. 78 .
7. Хазанов А.И., Васильев А.П., Спесивцева В.Н. и соавт. Хронический панкреатит, его течение и исходы. – М.: Медицина, 2008- С. 55-57.
8. Храпам В.В., Валецкий В.Л., Балабан О.В., Информативность методов ранней лабораторной диагностики острого панкреатита. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006- С. 46.