СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ПАНКРЕАТИТА

Атхамова Амина Равшанбековна

Хайитбоева Мухайе Равшановна

Ташкентский Государственный Медицинский Университет

Аннотация

Панкреатит представляет собой воспалительное заболевание поджелудочной железы, которое сопровождается повреждением ацинарных клеток, нарушением продукции пищеварительных ферментов и гормонов, а также развитием местных и системных осложнений. Болезнь встречается в острой и хронической форме и является одной из ведущих причин госпитализации пациентов с заболеваниями органов пищеварения.

В настоящей работе представлен всесторонний анализ этиологии, патогенеза, клинических проявлений, методов диагностики, терапии и профилактики панкреатита. Особое внимание уделено современным исследованиям, рекомендациям международных гастроэнтерологических обществ и алгоритмам ведения пациентов, а также рассмотрены вопросы диетотерапии и роли ранней диагностики в прогнозе заболевания.

Ключевые слова включают такие термины, как панкреатит, острый панкреатит, хронический панкреатит, поджелудочная железа, диагностика, лечение, ферменты, диета, осложнения, профилактика, клиническая картина и эпидемиология.

Введение

Поджелудочная железа играет ключевую роль в организме человека, выполняя как экзокринные функции, связанные с выделением ферментов для переваривания пищи, так и эндокринные, обеспечивающие регуляцию уровня

глюкозы в крови. Экзокринная функция поджелудочной железы заключается в выработке амилазы, липазы и протеаз, которые расщепляют углеводы, жиры и белки, обеспечивая полноценное пищеварение. Эндокринная функция осуществляется с помощью инсулина, глюкагона и соматостатина, поддерживающих энергетический баланс организма.

Панкреатит развивается в тех случаях, когда ферменты поджелудочной железы активируются внутри самой железы, что приводит к повреждению ацинарных клеток и развитию воспалительного процесса. Он характеризуется сильной болью в верхней части живота, тошнотой, рвотой и, в тяжелых случаях, полиорганной недостаточностью.

Цель данной работы: заключается в систематизации современных данных о панкреатите, анализе его этиологии, патогенеза, клинических проявлений, методов диагностики и терапии, а также в рассмотрении профилактических мероприятий и влияния образа жизни на течение болезни.

Эпидемиология панкреатита

Панкреатит занимает одно из ведущих мест среди заболеваний органов пищеварения, требующих госпитализации. Острый панкреатит встречается у тридцати-пятидесяти человек на сто тысяч населения ежегодно, при этом примерно двадцать-тридцать процентов случаев характеризуются тяжелым течением. Хронический панкреатит развивается у 5-10 % пациентов после перенесенного острого панкреатита и чаще наблюдается у мужчин, что связано с более высокой вероятностью злоупотребления алкоголем.

Таким образом среди факторов риска, способствующих развитию панкреатита, выделяют желчнокаменную болезнь, злоупотребление алкоголем, гиперлипидемию и гиперкальциемию, аутоиммунные и наследственные формы, а также случаи с невыясненной, идиопатической причиной (Banks PA 2006).

Этиология и патогенез панкреатита

Основным патогенетическим механизмом развития панкреатита является преждевременная активация пищеварительных ферментов поджелудочной железы. Желчнокаменная болезнь является одной из ведущих причин острого панкреатита, так как камни, попадая в панкреатические протоки, создают механическую непроходимость, вызывая застой панкреатического сока и активацию ферментов внутри железы.

В результате этого патогенетических процессов повреждаются ацинарные клетки, активируются протеазы, возникает местное воспаление и системная реакция организма. Тяжесть заболевания определяется уровнем воспалительных цитокинов, объемом некроза и наличием сопутствующих заболеваний печени, желчевыводящих путей и почек.(Forsmark 2013).

Классификация и формы панкреатита

Панкреатит классифицируют по течению, морфологическим изменениям и этиологическому признаку. По течению выделяют острый и хронический панкреатит. Острый панкреатит характеризуется внезапным началом, выраженным болевым синдромом и риском развития системных осложнений, тогда как хронический панкреатит протекает длительно, с чередованием обострений и ремиссий, постепенно приводя к структурным изменениям железы и снижению её функций.

По морфологическим изменениям различают интерстициальный (отёчный), некротический, псевдокистозный и абсцедирующий варианты. Интерстициальная форма считается наиболее лёгкой и обратимой, тогда как некротическая сопровождается разрушением ткани поджелудочной железы и высоким риском тяжёлых осложнений. Псевдокистозный вариант связан с образованием полостей, заполненных жидкостью, а абсцедирующий — с формированием гнойных очагов, что требует более агрессивного лечения.

Клиническая картина панкреатита

Острый панкреатит характеризуется внезапной, интенсивной болью в верхней части живота, которая может иррадиировать в спину. Нередко

наблюдаются тошнота, рвота и вздутие живота. При билиарной этиологии может появляться желтуха. В тяжелых случаях развивается панкреонекроз, псевдокисты или полиорганная недостаточность.

Хронический панкреатит проявляется периодическими или постоянными болями, нарушением пищеварения, стеатореей и потерей веса. В дальнейшем развивается сахарный диабет, а в тканях железы формируются кальцификаты и псевдокисты. У детей заболевание чаще связано с наследственными мутациями, травмами или вирусными инфекциями, тогда как у пожилых пациентов течение атипичное и с высоким риском осложнений

Диагностика панкреатита

Диагностический процесс включает лабораторные и инструментальные методы. Лабораторные показатели помогают выявить повышение амилазы и липазы в первые дни заболевания, лейкоцитоз, гипокальциемию и повышение С-реактивного белка, что отражает активность воспаления.

Дифференциальная диагностика необходима для исключения язвенной болезни, холецистита, инфаркта миокарда и тромбоза мезентериальных сосудов. Для оценки тяжести заболевания применяются шкалы Ranson, APACHE II и BISAP, которые помогают прогнозировать исход и определить тактику лечения (Papachristou 2010).

Лечение панкреатита

Лечение панкреатита должно быть комплексным и индивидуализированным. Медикаментозная терапия острого панкреатита включает обезболивание с применением опиоидов или нестероидных противовоспалительных средств, инфузионную терапию для коррекции водно-электролитного баланса и противорвотные средства. Антибиотики назначаются только при инфицированном некрозе или наличии абсцесса.

Диета и нутритивная поддержка играют ключевую роль. В первые дни острого панкреатита рекомендуется голод и жидкости, после чего назначается

щадящая диета. При хронической форме питание дробное, ограничиваются жиры, назначаются ферменты и витамины A, D, E, K. Современные подходы включают эндоскопические методы, минимально инвазивные операции, индивидуализированную ферментную терапию и мониторинг воспалительных маркеров (Mayerle, 2019).

Осложнения панкреатита

Панкреатит может сопровождаться множеством осложнений, которые существенно ухудшают течение заболевания и прогноз. Среди местных осложнений выделяют панкреонекроз, псевдокисты, абсцессы и обструкцию протоков, что может приводить к выраженному болевому синдрому, инфицированию тканей и нарушению процессов пищеварения. Панкреонекроз является одним из наиболее тяжёлых осложнений и характеризуется омертвением ткани поджелудочной железы, нередко с присоединением инфекции.

К местным осложнениям также относят кровотечения, возникающие вследствие разрушения сосудов, тромбозы селезёночной или портальной вены, а также формирование свищей. В ряде случаев развивается внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы, приводящая к мальдигестии, стеаторее и дефициту витаминов.

Профилактика панкреатита

Профилактика панкреатита направлена на снижение риска рецидивов, прогрессирования заболевания и развития осложнений. Она включает полный отказ от алкоголя и курения, так как даже небольшие дозы спиртного могут провоцировать обострение, особенно при хронической форме. Важную роль играет поддержание нормальной массы тела, поскольку ожирение увеличивает нагрузку на поджелудочную железу и способствует метаболическим нарушениям. Необходимо контролировать уровень липидов и кальция в крови, своевременно корректируя гиперлипидемию и гиперкальциемию.

Особое значение имеет своевременное лечение заболеваний печени и желчевыводящих путей (желчнокаменной болезни, холецистита, дискинезии), так как билиарная патология часто является причиной панкреатита. Также необходимо избегать бесконтрольного приёма лекарственных препаратов, особенно тех, которые могут оказывать токсическое влияние на поджелудочную железу.

Дополнительно рекомендуется соблюдать режим питания и сна, избегать длительных перерывов между приёмами пищи и переедания. Важна умеренная физическая активность, которая улучшает обмен веществ и снижает риск метаболических нарушений. Следует минимизировать стрессовые факторы, так как хронический стресс может опосредованно влиять на функцию пищеварительной системы.

Заключение

Таким образом- панкреатит мультифакторное воспалительное заболевание поджелудочной железы, требующее комплексного подхода к диагностике, лечению и профилактике. Ранняя диагностика, индивидуализированная терапия, диета и изменение образа жизни значительно снижают риск осложнений и способствуют улучшению качества жизни пациентов.

Современные методы диагностики и терапии позволяют своевременно выявлять тяжесть заболевания и корректировать лечение, что особенно важно при острых формах с высоким риском полиорганной недостаточности и при хроническом течении с необратимым разрушением тканей поджелудочной железы.

Список литературы

Banks PA, Freeman ML. Practice guidelines in acute and chronic pancreatitis. Gastroenterology, 2006;130:223–253.

Forsmark CE. Management of chronic pancreatitis. Gastroenterology, 2013;144:1282–1293.

titis. Lancet, 2015;386:85–96.

Yadav D, Lowenfels AB. The epidemiology of pancreatitis and pancreatic cancer. Gastroenterology, 2013;144:1252–1261.

f acute pancreatitis. Am J Gastroenterol, 2013;108:1400–1415.

Spanier BW, Dijkgraaf MG, Bruno MJ. Epidemiology, aetiology and outcome of acute and chronic pancreatitis: an update. Best Pract Res Clin Gastroenterol, 2008;22:45–63.

Genetics, cell biology, and pathophysiology of pancreatitis. Gastroenterology, 2019;156:1951–1968.

Papachristou GI, et al. Comparison of BISAP, Ranson's, APACHE-II, and

Gardner TB, et al. Nutritional support in acute pancreatitis. World J Gastroenterol, 2011;17:117–124.

Domínguez-Muñoz JE. Pancreatic enzyme replacement therapy in chronic pancreatitis. World J Gastroenterol, 2014;20:14604–14614.

Baron TH, et al. Endoscopic management of pancreatic pseudocysts. Gastrointest Endosc, 2005;61:33–41.