Хронический панкреатит

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K86.0, K86.1, K86.2, K86.3, K86.8, K90.3 · Общероссийская общественная организация "Российское общество хирургов", Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация, Международная общественная организация "Ассоциация хирургов-гепатологов"

Хронический панкреатит — длительное фиброзно-воспалительное заболевание поджелудочной железы с необратимыми изменениями паренхимы и протоков, болью и/или стойким снижением экзокринной и эндокринной функции. Рекомендация посвящена подтверждению диагноза, оценке недостаточности ПЖ, консервативной терапии, лечению осложнений и выбору показаний к эндоскопическому или хирургическому вмешательству.

Главное

- Основные проявления — боль в эпигастрии с иррадиацией в спину, часто усиливающаяся после еды, а также признаки экзокринной и эндокринной недостаточности. При снижении внешнесекреторной функции более чем на 90% возможны стеаторея, метеоризм и потеря массы тела.
- Алкоголь и курение способствуют развитию и прогрессированию ХП; всем пациентам нужен полный отказ от алкоголя и курения. Для прекращения употребления алкоголя следует привлекать наркологов-психиатров, специализирующихся на алкогольной зависимости, с последующим наблюдением психологом.
- Консервативное лечение включает определение причины боли, лечение внешнесекреторной недостаточности ПЖ, выявление и лечение эндокринной недостаточности, нутритивную поддержку и скрининг аденокарциномы ПЖ.
- Для оценки эндокринной недостаточности ПЖ рекомендуется регулярно, не реже одного раза в год, исследовать уровень гликированного гемоглобина, глюкозы крови натощак или проводить глюкозотолерантный тест.
- Дренирование постнекротической кисты показано при ее размере более 5 см, абсцедировании, боли, нарушении оттока желчи или пищи из желудка, портальной гипертензии или перфорации в брюшную полость.
- Если боль сохраняется несмотря на консервативное лечение 3 месяца, требуется консультация хирурга и эндоскописта. При необходимости опиоидных анальгетиков в течение 2 недель или при осложнениях ХП вопрос об инвазивном лечении решают раньше.

Диагностика

1. Характерные жалобы и данные анамнеза у пациентов с ХП указаны в подразделе 1.6.
2. Проведите осмотр и пальпацию живота: при обострении возможны болезненность в зоне Шоффара, умеренная резистентность мышц передней брюшной стенки и положительный симптом Мейо—Робсона.
3. Для оценки экзокринной функции определите эластазу-1 в кале. Значение 0–100 мкг/г соответствует тяжелой, 101–200 мкг/г — средней или легкой внешнесекреторной недостаточности; при диарее и ускоренном пассаже возможны ложно низкие результаты.
4. Для оценки эндокринной функции не реже одного раза в год исследуйте гликированный гемоглобин, глюкозу крови натощак или проведите глюкозотолерантный тест. Амилазу и липазу определяйте в первые сутки госпитализации и в динамике для выявления осложнений и рецидива острого панкреатита на фоне ХП (УУР В, УДД 2).
5. Начните визуализацию с комплексного трансабдоминального УЗИ для поиска признаков ХП и других причин боли (УУР С, УДД 1). Отрицательный результат УЗИ не исключает ранний ХП.
6. Для верификации диагноза используйте КТ брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием по панкреатическому протоколу; исследование рекомендовано выполнить не позднее 2 недель от первичного обращения (УУР С, УДД 4). При рецидивирующей абдоминальной боли и отрицательной КТ рекомендуется ЭСПБЗ (УУР С, УДД 4); при непереносимости йодсодержащего контраста — МРТ/МРХПГ (УУР В, УДД 2).

Лечение

- Назначьте дробное питание небольшими порциями 5–6 раз в сутки с достаточным содержанием белка и углеводов. Жиры обычно не ограничивают при эффективной ферментной терапии; при тяжелой стеаторее, сохраняющейся несмотря на адекватную терапию, допустима диета с менее чем 40–60 г жира в сутки.
- При интенсивной боли используют парацетамол внутрь по 1000 мг 3 раза в день или НПВП; при неэффективности предпочтителен трамадол внутрь по 400 мг/сут. Постоянную анальгетическую терапию проводят не более 3 месяцев с последующей переоценкой тактики (УУР С, УДД 5).
- При упорной панкреатической боли применяют прегабалин (УУР В, УДД 2); для уменьшения боли и сопутствующей депрессии могут использоваться неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов. Ферменты не назначают специально для купирования панкреатической боли (УУР В, УДД 1).
- При экзокринной недостаточности назначайте капсулированный кишечнорастворимый панкреатин во время или сразу после еды. Начальная доза — 40–50 тыс. ед. на основной прием пищи и 20–25 тыс. ед. на промежуточный, всего не менее 5 приемов в сутки (УУР А, УДД 1).
- Если эффекта от начальной дозы панкреатина нет, ее увеличивают; при сохраняющейся мальдигестии на фоне высоких доз 400–500 тыс. ед./сут добавляют ИПН в стандартной дозе, например омепразол 20 мг 2 раза в сутки (УУР А, УДД 1). Эффективность оценивают через 6 месяцев по прибавке массы тела и уменьшению симптомов.
- При тяжелой недостаточности после панкреонекроза, кальцифицирующем панкреатите или эластазе-1 кала менее 200 мкг/г рекомендуется пожизненная ферментная терапия. При панкреатогенном диабете контролируют глюкозу, избегая гипогликемии и кетоацидоза; большинству пациентов при неэффективности диеты требуются инсулины.
- При АИП для индукции ремиссии назначают преднизолон 0,6–1,0 мг/кг/сут в течение 2–4 недель с последующим снижением на 5 мг каждые 2 недели в течение 3–6 месяцев; общая продолжительность индукции — не менее 12 недель. При противопоказаниях к стероидам или стероидорезистентности используют ритуксимаб; поддерживающая терапия при высоком риске рецидива может продолжаться 12 месяцев — 3 года.
- При боли и дилатации протока ПЖ возможно эндоскопическое лечение. При доминантной стриктуре и престенотическом расширении протока не менее 6 мм устанавливают полимерные стенты 7, 8,5 или 10 Fr с заменой каждые 2–5 месяцев; окончательный общий диаметр стентов должен сохраняться не менее 1 года. Множественные стриктуры — противопоказание к стентированию.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализация в стационар первого уровня показана при клиническом обострении ХП для лабораторной и ультразвуковой диагностики и консервативного лечения. Выписка возможна после купирования боли и нормализации общей амилазы, панкреатической амилазы, амилазы мочи и уровня лейкоцитов.
- В стационар второго уровня направляют при билиарной обструкции, субкомпенсированном или декомпенсированном дуоденальном стенозе либо выраженной стойкой боли.
- В стационар третьего уровня направляют пациентов со стойкой медикаментозно резистентной болью, протоковой гипертензией, постнекротическими кистами, механической желтухой, портальной гипертензией с кровотечением, нарушением пассажа по ДПК, ложной аневризмой, свищами или подозрением на малигнизацию.
- Консультация хирурга и эндоскописта нужна при боли, сохраняющейся 3 месяца на фоне лечения, при необходимости опиоидов более 2 недель, а также при подозрении на осложнение.

Частые вопросы

Какие исследования подтверждают хронический панкреатит?

Диагноз опирается на сочетание клинических, функциональных и морфологических признаков. Для верификации используют КТ с внутривенным контрастированием, МРХПГ и ЭСПБЗ; при недостаточном соответствии признаков могут потребоваться повторные исследования через 6–12 месяцев.

Нормальные амилаза и липаза исключают хронический панкреатит?

Нет. При ХП уровни амилазы и липазы могут быть слегка повышенными, нормальными или сниженными; эти показатели не являются специфичными маркерами ХП. В стационаре их определяют прежде всего для выявления осложнений и рецидива острого панкреатита.

Какую стартовую дозу панкреатина назначать при экзокринной недостаточности?

Капсулированный кишечнорастворимый панкреатин принимают во время или сразу после еды: 40–50 тыс. ед. на основной прием и 20–25 тыс. ед. на промежуточный, не менее 5 приемов в сутки. При недостаточном эффекте дозу увеличивают.

Можно ли назначать ферменты для лечения боли при хроническом панкреатите?

Заместительная ферментная терапия не рекомендуется для купирования панкреатической боли, поскольку положительный эффект не подтвержден. Она может уменьшать абдоминальный дискомфорт, связанный с экзокринной недостаточностью.

Когда при хроническом панкреатите нужна операция или эндоскопическое вмешательство?

Показания включают стойкую боль, не поддающуюся медикаментозной терапии, протоковую гипертензию, симптоматические постнекротические кисты, механическую желтуху, дуоденальную непроходимость, портальную гипертензию, ложную аневризму, свищи и невозможность исключить рак. При боли без эффекта консервативного лечения в течение 3 месяцев пациента направляют на оценку эндоскопического или хирургического лечения.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/273-hronicheskij-pankreatit. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/273_5