

Современные стратегии лечения болевого синдрома при хроническом панкреатите



С.М. Ткач

Хронический панкреатит (ХП) — состояние, которое характеризуется прогрессирующим и необратимым повреждением как экзо-, так и эндокринных отделов поджелудочной железы (ПЖ), что в конечном счете приводит к выраженной экзо- и эндокринной недостаточности. Как известно, тремя основными клиническими синдромами при ХП являются боль, мальдигестия и сахарный диабет.

Болевой синдром является наиболее выраженным проявлением ХП, доминирует у 80-90% больных и является основным показанием к выполнению у них хирургического вмешательства (P.G. Lankisch, 1993). Боль при ХП, как правило, локализуется в эпигастрии (хотя может отмечаться и диффузная боль в верхнем отделе брюшной полости), нередко иррадирует в левое подреберье и спину. Характер панкреатической боли чрезвычайно разнообразен. Она может быть приступообразной с длительностью атак от нескольких часов до 2-3 сут, постоянной с приступообразным усилением или постоянной, что характерно для так называемых болевых ХП. При гиперферментном панкреатите боль чаще всего приступообразная, обычно очень интенсивная, вплоть до болевого шока, атаки ярко выраженные, провоцируются внешними причинами, такими как погрешность в диете, прием алкоголя, хорошо купируются холодом. При гипоферментном ХП боль чаще постоянная или постоянная с периодическим усилением, умеренной интенсивности, обострения неярко выраженные, холод менее эффективен; болевой синдром чаще уменьшается при приеме спазмолитиков, ненаркотических или наркотических анальгетиков (B. Etemad, D.C. Whitcomb, 2001). Интенсивная боль приводит к снижению аппетита, что обуславливает недостаточное питание и уменьшение массы тела.

Хотя общая продолжительность боли при ХП может быть непредсказуемой, со временем эта проблема у большинства пациентов разрешается и с началом появления экзокринной недостаточности боль уменьшается или исчезает. Так, по данным V. Mullhaupt и соавт. (2005), у 240 (95,6%) из 251 больного с алкогольным ХП боль уменьшилась в среднем через 10 лет, причем у большинства пациентов облегчение боли совпало с появлением экзо- и эндокринной недостаточности ПЖ (так называемое панкреатическое выгорание).

Причины и патогенез панкреатической боли многообразны. Они могут возникать как вследствие воспалительно-деструктивных изменений самой ПЖ и повышения давления в ее ткани (растяжение капсулы) и протоковой системе (протоковая гипертензия), так и вследствие

пара- и перипанкреатического фиброза с вовлечением нервных стволов, развития билиарных стриктур и дуоденостеноза, кист ПЖ, рака ПЖ, ишемии ПЖ и органов брюшной полости (абдоминальный ишемический синдром), солярита, изменений со стороны соседних органов.

К основным причинам болевого синдрома при ХП относятся различные состояния.

✓ Состояния, связанные с протоковыми и механическими причинами:

- обструкция/стриктуры протоков ПЖ;
- воспалительно-деструктивные изменения паренхимы ПЖ;
- пара- и перипанкреатический фиброз, холодох- и/или дуоденостеноз;
- псевдокисты ПЖ.

✓ Тканевая гипертензия и ишемия ПЖ.

✓ Повышение уровня холецистокинина (ХЦК).

✓ Внешнесекреторная недостаточность ПЖ (ВНПЖ).

✓ Гиперчувствительность висцеральных нервов или центральной нервной системы.

✓ Состояния, связанные с другими изменениями со стороны соседних органов (панкреатогенные язвы, тромбоз селезеночной вены, компрессия и/или смещение желудка, двенадцатиперстной кишки).

Лечение ХП главным образом симптоматическое и направлено на устранение основных симптомов: боли, экзо- и эндокринной недостаточности. Терапевтические стратегии при ХП включают воздержание от употребления алкоголя и курения, соблюдение диеты, медикаментозное лечение боли, коррекцию экзо- и эндокринной недостаточности, эндоскопическое или хирургическое вмешательство. Принципы и методы лечения болевого синдрома при ХП перечислены в таблице 1.

Купирование боли при ХП является сложной задачей и варьирует от медикаментозного лечения (ненаркотические или наркотические анальгетики, НПВП, ферменты, октреотид и др.) до эндоскопической терапии и хирургических вмешательств; характер вмешательств во многом зависит от патофизиологии боли. Различные терапевтические стратегии лечения болевого синдрома в зависимости от предполагаемого ведущего механизма боли представлены в таблице 2. Основные группы

препаратов, применяющихся для лечения болевого синдрома при ХП, а также их дозы и особенности использования представлены в таблице 3.

К сожалению, высококачественных исследований относительно лечения боли, связанной с ХП, на сегодняшний день проведено недостаточно. Современные подходы к лечению ХП с позиций доказательной медицины, в т. ч. к лечению болевого синдрома при ХП, представлены в клинических рекомендациях Испанского панкреатологического клуба (2013). В них подчеркивается, что перед тем, как приступить к лечению боли, связанной с ХП, необходимо исключить другие возможные сопутствующие причины, такие как наличие псевдокисты, новообразований в желудке или ПЖ, пептической язвы или холелитиаза. Также желательно устранить такие причины ХП, как употребление алкоголя и табакокурение и обструкция протока, или назначить лечение аутоиммунного панкреатита.

Во многих случаях, особенно если нет расширения протоков и препятствий для оттока панкреатического секрета, эффективной является консервативная медикаментозная терапия. Большинству пациентов для контроля боли необходим прием анальгетиков — как ненаркотических (парацетамол, метамизол и др.), так и наркотических (трамадол, бупренорфина, пентазоцина, морфина и др.), и/или НПВП. Например, в США около 70% больных ХП получают легкие опиоиды, такие как трамадол, около 10% — наркотические средства (морфин, настойку опия, трансдермальные формы наркотиков). Обезболивающие средства необходимо принимать в эффективных дозах с соответствующей периодичностью, обеспечив адекватный мониторинг почечной, респираторной и печеночной функций. Применяя медикаментозное лечение, следует учитывать природу боли (постоянная или периодическая) и условия лечения (стационарно или амбулаторно). Клиницисты всегда должны способствовать соблюдению режима терапии.

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (1986), обычно для купирования боли при ХП применяется ступенчатый подход. При этом первым шагом фармакологического

лечения болевого синдрома является назначение парацетамола (при острой и хронической боли) и/или НПВП, включая метамизол (при острой боли). Парацетамол считается наиболее безопасным препаратом для лечения пациентов с алкогольной зависимостью (L.F. Prescott, 2000). Метамизол (аналгин) во многих странах нет в продаже по причинам, связанным с безопасностью, хотя реальная частота возникновения агранулоцитоза, по-видимому, очень низкая (G.W. Basak, 2010). Тем не менее следует избегать применения НПВП и метамизола при хронической боли по причине возможных нежелательных побочных эффектов. Умеренную способность ослаблять боль при ХП продемонстрировали $\alpha_2\delta$ -ингибиторы прегабалин и габапентин. Прегабалин можно применять при хронической боли в сочетании с парацетамолом (S.S. Olesen, 2011).

Если не удается контролировать боль вышеуказанными лекарственными средствами, можно приступить ко второму рекомендуемому шагу — применению трамадола. Данный препарат эффективен для контроля боли, связанной с ХП, и имеет меньше нежелательных эффектов, чем сильнодействующие опиоиды, особенно в отношении перистальтики кишечника (C.H. Wilder-Smith, 1999). Для тех, кому необходимы сильные наркотические препараты, разумно сначала рассмотреть прием дополнительного агента. Эти дополнительные препараты имеют своей целью минимизировать дозу наркотических анальгетиков, необходимую для контроля боли. Они включают ТЦА, СИОЗС, комбинированные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (дулоксетин) и $\alpha_2\delta$ -ингибиторы, такие как габапентин или прегабалин (J.G. Ljeb, C.E. Forsmark, 2009). Если прегабалин не был назначен предварительно, его можно применять в сочетании с трамаолом.

Третьим шагом может стать использование сильнодействующих опиоидов, преимущественно в рецептурах с контролируемым высвобождением во избежание быстрого достижения пика концентрации в плазме и действия на центральную нервную систему (для предупреждения эйфорического эффекта) (A.A. van Esch, 2006). Дозу следует регулировать в соответствии

Таблица 1. Принципы и методы лечения болевого синдрома при ХП

Уверенность в правильном диагнозе
Модификация образа жизни (отказ от курения и алкоголя)
Медикаментозное лечение: • анальгетики (ненаркотические и наркотические) и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП); • пероральный прием ферментных препаратов (ФП); • антиоксиданты; • октреотид; • трициклические антидепрессанты (ТЦА) и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС); • антиконвульсанты
Невральная блокада/нейролиз
Транскраниальная стимуляция магнитным полем
Эндоскопическое лечение
Хирургическое лечение

Таблица 2. Механизмы боли и их коррекция при ХП

Предполагаемый механизм боли	Современные терапевтические стратегии, основанные на механизмах боли	Гипотетические терапевтические стратегии
Дуоденальная обструкция	Хирургическое лечение или эндоскопическая постановка стента	
Обструкция желчных протоков	Эндоскопическое стентирование или хирургия	
Псевдокисты	Эндоскопическое, хирургическое или чрескожное дренирование	
Обструкция панкреатических протоков камнем или стриктурой	Эндоскопическая или хирургическая декомпрессия протоков, литотрипсия	
Тканевая гипертензия и ишемия	Антиоксиданты, эндоскопическая или хирургическая декомпрессия протоков	
Интрапанкреатическое повреждение нервов	Блокада чревного сплетения или нейролиз, торакоабдоминальная спланхэктомия	
Гиперчувствительность висцеральных нервов	ТЦА, ингибиторы обратного захвата серотонина, серотонина и норадреналина, $\alpha_2\delta$ -ингибиторы	Антагонисты протеза активированного рецептора-2 (PAR2), капсаицин, антагонисты субстанции Р или NK1-рецепторов, стабилизаторы тучных клеток, антагонисты фактора роста нервов, пептида, связанного с геном кальцитонина (CGRP)
Гиперчувствительность центральных нервов	ТЦА, ингибиторы обратного захвата серотонина, серотонина и норадреналина, $\alpha_2\delta$ -ингибиторы	Стимуляция мозга магнитным полем
Повышение ХЦК	Традиционные панкреатические ферменты, ферменты с высоким содержанием протеаз	Октреотид, антагонисты ХЦК

с характером боли пациента. Если лечение сильнодействующими опиоидами продолжается более 3 мес, в случае нежелательных эффектов или при отсутствии реальной пользы следует рассматривать возможность инвазивного лечения. Его применение возможно у пациентов с выраженным болевым синдромом. Некоторым пациентам может пойти на пользу раннее инвазивное лечение, например, в случае обструктивного ХП.

Использование ФП панкреатина при боли, связанной с ХП, остается противоречивым вопросом. Основой их использования является способность некоторых ферментов разрушать рилизинг-фактор ХЦК в двенадцатиперстной кишке. Предполагается, что в результате снижения продукции и высвобождения ХЦК по механизму обратной связи тормозится и секреция ПЖ, снижается давление в протоках и паренхиме органа, уменьшается его ишемия, становится меньше напряжение капсулы, в результате чего уменьшается или подавляется болевой синдром (Н.Б. Губергриц, 2000; И.В. Маев, 2003).

К сожалению, проведенные в этом направлении исследования имеют методологические недостатки, а их результаты неоднородны (N.S. Winstead, 2009). Всего по этому вопросу проведено 7 рандомизированных клинических испытаний и 1 мета-анализ. Некоторые исследования не продемонстрировали значимого купирования боли (H. Halgreen et al., 1986; J. Mossner et al., 1992; A. Malesci et al., 1995), в то время как другие его доказали (G. Isaksson, I. Ihse, 1983; J. Slaff et al., 1984; L. Czako et al., 2003). Большинство исследований с положительными результатами использовали ферменты панкреатина, не покрытые оболочкой, которых нет в продаже в большинстве стран.

В последние годы появились исследования, свидетельствующие о том, что для купирования боли при ХП можно применять современные ФП с энтеросолюбильной оболочкой и высоким содержанием протеаз и липазы (A. Brown, 1997). По данным российских исследователей, прием микро-таблетированного панкреатина в энтеросолюбильной оболочке у больных с ХП приводил к достоверному купированию абдоминального болевого синдрома, причем степень уменьшения боли (по результатам проведенного факторного анализа) достоверно зависела от степени подавления экзокринной функции ПЖ (В.Т. Ивашкин, А.В. Охлобыстин, 2001). Указанным выше требованиям отвечает препарат Пангрол 25 000, обладающий рядом важных преимуществ в сравнении с другими имеющимися на нашем рынке полиферментными препаратами, а именно – низким пороговым уровнем рН, приводящим к растворению энтеросолюбильных оболочек микро-таблеток и обеспечивающим раннюю активацию трипсина (в терминальном отделе двенадцатиперстной кишки), а также высоким содержанием липазы (25 000 ЕД) и протеаз (1250 ЕД).

Хотя в последних систематических обзорах использование панкреатина не продемонстрировало очевидный эффект в уменьшении боли (N. Shaq, 2009), тем не менее считается, что применение современных ФП IV поколения, таких как микро-таблетки Пангрола 25 000, оказывается эффективным примерно у 30% больных с болевыми формами ХП (в первую очередь – при повышенном уровне ХЦК). Об этом, в частности, свидетельствуют результаты масштабного Североамериканского панкреатического исследования-2 (САПИ-2), в которое вошли 1000 пациентов с ХП и 695 пациентов группы контроля (D.C. Whitcomb, D. Yadav, A. Slivka et al., 2008). В этом исследовании ФП с противоболевой целью применялись всего у 363 (70%) из 516 пациентов: как монотерапия – у 263 (74%) из 363 и в комбинации с другими методами – у 100 (26%) из 363. Результаты исследования показали, что пациенты с ХП и перемежающейся болью принимали ФП в 2 раза чаще, а больные с постоянной и выраженной болью – почти в 3 раза чаще, чем пациенты только с ВВПЖ. В целом даже при монотерапии ФП оказались эффективными

в купировании боли не менее чем у 30% больных с ХП, а при сочетании с клиническими признаками ВВПЖ – у 50% больных. Согласно последним клиническим рекомендациям Испанского панкреатического клуба, принимая во внимание низкий профиль токсичности ферментов панкреатина и сложность лечения болевого синдрома у больных с ХП, особенно сочетающимся с признаками ВВПЖ, рекомендуется назначать двухмесячное лечение ФП ex juvantibus и с противоболевой целью.

В будущем перспективными являются долгосрочные сравнительные исследования, посвященные применению различных ФП в группах больных с ХП, строго рандомизированных по этиологическому фактору, полу, тяжести течения и степени ВВПЖ. Отсутствие подобных исследований в настоящее время, по всей видимости, обусловлено тем, что длительная терапия только полиферментными препаратами у больных с ХП с наличием абдоминального болевого синдрома невозможна по клиническим и этическим соображениям. По мнению многих авторов, длительно сохраняющийся абдоминальный болевой синдром при ХП в отсутствие показаний к хирургическому или эндоскопическому лечению является критерием к использованию комбинированной терапии. Эта точка зрения базируется как на определенной малоэффективности монотерапии любыми препаратами, так и на факте многокомпонентного патологического механизма абдоминальной боли при ХП. Только одновременное воздействие на несколько звеньев патогенеза может привести к успеху (F. Patrizi, 2006; G. Dimcevski, 2007; R. Anaparthi, 2008).

Существуют дополнительные лечебные методики для купирования боли, хотя они еще изучены недостаточно и их эффективность точно не известна. Одним из таких способов лечения является применение антиоксидантов. Гипотезой для их использования является наблюдение, что свободные радикалы могут играть определенную роль в повреждении ПЖ. Большое количество исследований на животных моделях подтверждают потенциальную эффективность антиоксидантной терапии, но результаты исследований, проведенных

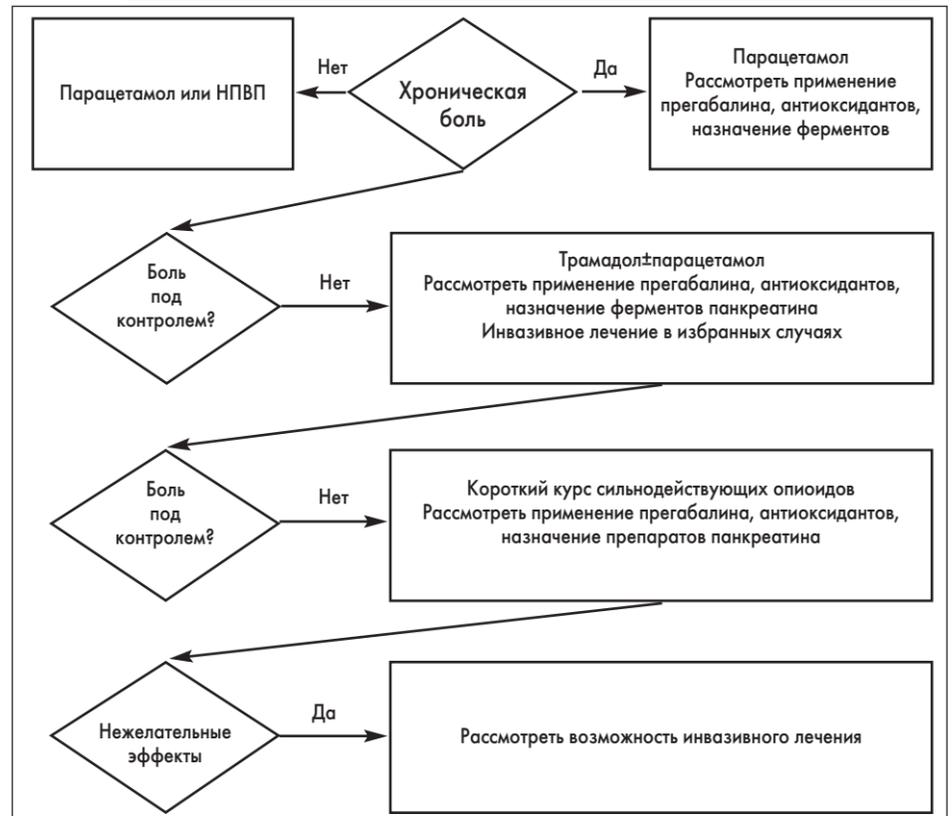


Рис. Ступенчатая схема лечения болевого синдрома при ХП (de-Madaria E., Abad-Gonzalez A., Aparicio J.R. et al. Spanish Pancreatic Club recommendation on diagnostic and treatment of chronic pancreatitis. Pancreatolgy 2013; 13: 18-28)

с участием людей, пока неубедительны. Тем не менее поскольку эти агенты не несут потенциального риска, их испытания продолжают. В качестве объекта исследования применяют смеси, содержащие селен, витамин С, β-каротин, витамин Е и метионин (G.R. Kirk, 2006; P. Bhardwaj, 2007; P. Bhardwaj, P.K. Garg, S.K. Maulik, 2009).

Ступенчатая схема лечения болевого синдрома при ХП, рекомендуемая Испанским панкреатическим клубом, представлена на рисунке.

Еще одним методом лечения, эффективность которого продолжает изучаться, является использование октреотида – синтетического аналога соматостатина. Считается, что данный препарат подавляет выработку ХЦК и секретина, угнетая таким

образом секрецию ПЖ, хотя может оказывать и другие эффекты. В экспериментальных моделях было выявлено, что октреотид имеет противовоспалительные свойства, изменяет цитокиновую среду и защищает панкреатические клетки. Препарат доступен в двух формах – короткого действия и в форме депо с подкожным введением 1 раз в месяц. Несколько небольших исследований пришли к различным выводам относительно его эффективности при болевой форме ХП. Так, в пилотном исследовании была выявлена тенденция к облегчению боли при тяжелом ХП с очевидной дозозависимой кривой ответа (M.J. Schmalz, 1992; P.P. Toskes, 1993). Другие исследования, однако, не показали таких результатов (P. Malfertheiner, 1995). Кроме того, в большинстве работ октреотид использовался у пациентов с заболеванием больших протоков, поэтому неизвестно, будет ли достигнут сходный эффект при болезни малых протоков. Обычно лечение начинается с формы короткого действия с титрованием дозы до 50-100 мкг 3 р/сут с повышением дозы до 200 мкг и т. д. Если у пациента достигалось значительное облегчение боли при применении короткодействующей формы, переходят на препарат пролонгированного действия. К сожалению, октреотид может угнетать функцию островков Лангерганса, приводить к развитию гипогликемии или к ухудшению контроля уровня глюкозы крови у больных сахарным диабетом. Кроме того, препарат предрасполагает к билиарному стазу и образованию желчных камней.

У пациентов с отсутствием эффекта на медикаментозную терапию можно рассматривать такие дополнительные методы, как интервенционные процедуры (эндоскопическое декомпрессионное лечение или блокада/невролиз чревной сплетения) или хирургическое лечение. Эндоскопические или хирургические техники преимущественно используются у пациентов с расширенным панкреатическим протоком, у которых чаще всего выявляется длительно существующий ХП алкогольного генеза.

Эндоскопическое декомпрессионное лечение может стать вариантом лечения для устранения боли у пациентов с расширенным основным панкреатическим протоком и у лиц с обтурирующими камнями или стенозом протоковой системы, когда боль сохраняется, несмотря на медикаментозную терапию. Оно включает в себя стентирование (панкреатические стенты должны эксплуатироваться минимум 12 мес) или дилатацию стриктур панкреатического протока, а также удаление обтурирующих

Продолжение на стр. 34.

Таблица 3. Медикаментозное лечение боли при ХП		
Препарат	Начальные дозы, мг	Комментарии
Ненаркотические анальгетики: • парацетамол; • метамизол; • декскетопрофен (Дексалгин®)	500-1000 мг 3-4 р/сут 500-1000 мг 3-4 р/сут 50 мг 3 р/сут	Максимальная доза ацетаминофена не должна превышать 4 г/сут
Неселективные НПВП: • диклофенак (Диклоберл®); • ибупрофен (Имет®); • напроксен	50-100 мг 2 р/сут 400-800 мг 3-4 р/сут 250-500 мг 2 р/сут	
Селективные ингибиторы циклооксигеназы-2: • целекоксиб; • вальдекоксиб; • нимесулид (Нимесил®)	100-200-400 мг 2 р/сут 20-40-80 мг 1 р/сут 100 мг 2-3 р/сут	
Легкие опиоиды (трамадол)	50-100 мг 3-4 р/сут	Доза не должна превышать 400 мг/сут
Классические опиоиды: • морфин; • бупренорфин; • трансдермальный фентанил; • трансдермальный бупренорфин	5-10 мг 4-5 р/сут 0,2-0,4 мг 3 р/сут 25-50 мкг/ч – 1 раз в 2-3 сут 35-52,5 мкг/ч – 1 раз в 3 сут	
Антиоксиданты (дневная доза содержит 500-1000 мг витамина С, 250-300 МЕ витамина Е, 500-800 мкг селена, 2 мг метионина и 9000-1000 МЕ β-каротина)	1 р/сут	
ТЦА: • амитриптилин; • кломипрамин	Сначала – 25 мг на ночь, при переносимости – увеличивать на 25 мг в неделю 25-50-100 мг 1 р/сут утром	Максимальные дозы – 100-150 мг на ночь
СИОЗС: • циталопрам; • флуоксетин; • сертралин; • пароксетин		Начальные дозы и побочные эффекты индивидуальны
Панкреатические ферменты: • традиционные; • кишечнорастворимые с высоким содержанием протеаз	По 4-6 таблеток с каждым приемом пищи и на ночь По 1 капсуле современного высокодозированного ФП с каждым приемом пищи	Обязательно одновременное назначение ингибиторов протонной помпы
Октреотид	50-100 мкг подкожно 3 р/сут	Данные об эффективности ограничены
Антиконвульсанты: • прегабалин, габапентин; • карбамазепин	300-800 мг 2-3 р/сут 200-400 мг 3-4 р/сут	Начинать с низких доз

С.М. Ткач, д.м.н., профессор, кафедра внутрішньої медицини № 1,
Національний медичний університет ім. А.А. Богомольця, г. Київ

Современные стратегии лечения болевого синдрома при хроническом панкреатите

Продолжение. Начало на стр. 32.

панкреатический проток камней. Камни могут быть удалены, если они не слишком большого размера (не более 1 см), не плотно вклинены, находятся сравнительно близко от кончика работающего дуоденоскопа с боковым обзором (в головке ПЖ) и не находятся над стриктурой (отсутствие стриктуры между эндоскопом и камнем). Добавление экстракорпоральной и внутривидеоскопической литотрипсии к стандартным эндоскопическим техникам позволяет фрагментировать более крупные камни на частички, которые могут быть изъятые с помощью эндоскопических приспособлений. В масштабном серийном исследовании 1018 пациентов, которым проводилось эндоскопическое лечение в 8 различных центрах, обезболивание наблюдалось у 65% в течение 2-12 лет последующих лет (Т. Rosch, 2002; J.M. Dumonseau, 2007). В течение этого же периода времени 25% пациентов в связи с неэффективностью эндоскопической терапии было необходимо проведение хирургического лечения.

Невролиз или блокада для уменьшения панкреатической боли могут быть проведены независимо от размера панкреатического протока. Наиболее частым участком невралгической блокады или невролиза является чревное сплетение. Эти процедуры могут быть проведены с целью временного облегчения боли (блокада путем введения комбинации стероидов с анестетиком) или

с целью постоянного невролиза (инъекция спирта). Процедура может быть проведена под контролем компьютерной томографии, но технологии с использованием эндоскопического ультразвукового контроля являются более безопасными и эффективными (F. Gress, 1994). По данным небольших неконтролируемых исследований пациентов с болевой формой ХП, приблизительно у половины из тех, кому выполнялась невралгическая блокада, отмечалось значительное уменьшение интенсивности боли. К сожалению, данное облегчение часто временное, сохраняющееся в среднем 2-4 мес. Несмотря на временный эффект, блокада чревного сплетения под эндоскопическим сонографическим контролем может использоваться для обеспечения временного обезболивания у пациентов, у которых возможна реализация некоторых преимуществ, в частности, снижение дозы наркотических анальгетиков. При другой технике невролиз достигается путем пересечения/абляции большого спланхического нерва. При краткосрочном отслеживании результатов обезболивание происходило у 80% пациентов, но даже за это короткое время контроля этот процент снижался до <50% (H.C. Buscher, 2008; B.R. Davis, 2008). Сравнительно низкая долгосрочная эффективность привела к тому, что в настоящее время этот подход применяется редко либо совсем не используется.

Оперативное вмешательство при ХП показано в трех случаях: при инвалидизирующей

боли и неэффективности медикаментозной терапии, при подозрении на рак ПЖ и в случае развития определенных осложнений ХП. Имеющиеся в настоящее время методы хирургического лечения боли можно разделить на три категории: декомпрессия (снижение повышенной протоковой гипертензии), резекция (удаление воспалительных образований или головки ПЖ как стимуляторов боли) и смешанные техники. Техники декомпрессии обычно применяются у пациентов с дилатированным основным панкреатическим протоком (>7-8 мм) при отсутствии воспалительного образования. Модифицированная операция Пестова или латеральная еюностомия являются наиболее часто проводимыми и сравнительно простыми процедурами с низкими уровнями осложнений и смертности. При этих операциях сохраняется максимальное количество ткани ПЖ. Вследствие их проведения достигается высокая эффективность обезболивания (около 80%), хотя, по данным долгосрочного контроля, она снижается до 50%. Проспективное рандомизированное исследование сравнило технику продольной панкреато-еюностомии с эндоскопическим дренированием (D.L. Cahen, D.J. Gouma, Y. Nio et al., 2007). В конце исследования (через 24 мес) полное или частичное купирование боли было достигнуто у 32% пациентов при помощи эндоскопического дренажа и у 75% пациентов при помощи хирургической декомпрессии.

Более сложные операции при ХП в дополнение к дренированию протока обычно предполагают резекцию части ПЖ. Было разработано большое количество вариаций, включая традиционную панкреатодуоденэктомию (операцию Уиппла), ограниченную резекцию головки железы (операцию Бегера), сочетанное вскрытие панкреатического протока и удаление центральной части головки ПЖ (операцию Фрея), а также вариации вышеописанных методик (M.W. Buchler, A.L. Warshaw, 2008). Эти операции сопровождаются более высоким

уровнем смертности по сравнению с простыми дренажными процедурами. В некоторых странах они используются в качестве первичного хирургического подхода с тенденцией к более редкому проведению в США (в основном потому, что большинство хирургов в США не имеют опыта использования подобных техник). В трех крупных хирургических сериях панкреатодуоденэктомия показала купирование боли через 4 и 6 лет у 71 и 89% пациентов соответственно. Еще один вид хирургического лечения – тотальная панкреатэктомия, обычно совмещаемая с выделением островковых клеток и их аутопересадкой (A.M. Shapiro, 2006). Метод является подходящим для пациентов с высоким риском рака ПЖ, например с наследственным панкреатитом.

Следует подчеркнуть, что одним из условий успешного лечения и улучшения качества жизни больных с ХП является ступенчатый подход к купированию болевого синдрома. Устранение боли при ХП является сложной задачей. Спектр используемых методов достаточно широк: от медикаментозного лечения (НПВП и анальгетики, ферменты, антиоксиданты, октреотид, антидепрессанты и др.) до эндоскопической терапии и хирургических вмешательств. Вследствие многокомпонентного патологического механизма абдоминальной боли при ХП монотерапия любыми препаратами малоэффективна. Только одновременное воздействие на несколько звеньев патогенеза может привести к успеху.

При отсутствии показаний к хирургическому или эндоскопическому лечению для купирования боли на фоне ХП целесообразнее применять комбинированное медикаментозное лечение, включая использование современных ФП IV поколения, таких как Пангрол® 25 000 и его аналоги. У пациентов, не отвечающих на комбинированную медикаментозную терапию, следует рассматривать такие дополнительные методы лечения, как невралгическая блокада/невролиз или эндоскопическое/хирургическое лечение.



III НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ»

ІНФОРМАЦІЙНЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

Міністерство охорони здоров'я України, Національна академія медичних наук України, Асоціація фізіотрів і пульмонологів України, Державна установа «Національний інститут фізіотрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського НАМН України» інформують Вас про те, що 17 квітня 2014 року на базі ДУ «Національний інститут фізіотрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського НАМН України» (м. Київ, вул. М. Амосова, 10) відбудеться III науково-практична конференція «Актуальні проблеми лікування хворих на хронічне обструктивне захворювання легень» (початок о 9 год.).

Запрошуємо до участі в роботі конференції терапевтів, пульмонологів та алергологів.

Робота конференції буде проходити в вигляді науково-практичних доповідей за участю провідних фахівців нашої країни.

Робочі мови конференції: український та російський.

В роботі конференції прийме участь приблизно 250 осіб.

Адреса оргкомітету конференції:

03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 10

Національний інститут фізіотрії і пульмонології НАМН України,
професор Гаврисюк Володимир Костянтинівич

тел. (044) 270-35-59

gavrysyuk@inbox.ru

професор Дзюблик Олександр Ярославович

тел. (044) 270-35-61

oleksandr@pulmon.kiev.ua

АНОНС

Одеський національний медичний університет

VI щорічна науково-практична конференція з міжнародним участям, посвячена пам'яті академіка Б.Я. Резніка

Нові медичні технології в педіатрії і сімейній медицині

10-11 квітня, г. Одеса

Місце проведення: концерт-холл «Сади Перемоги» (пл. 10-го Квітня).

Тематика пленарних і секційних засідань

- Антибіотики в педіатрії і неонатології
- Актуальні проблеми клінічної педіатрії
- Діагностика і лікування алергічних, імунологічних, спадкових, метаболічних захворювань у дітей
- Первинна педіатрична допомога

К участю в заході запрошуються педіатри, неонатологи, сімейні лікарі, інтерни, лікарі інших спеціальностей.

Оргкомітет

Председатель член-корреспондент НАМН України,
д.м.н., професор Н.Л. Аряев

Адрес: 65031, г. Одеса, ул. Воробьева, 3,

Одесская областная детская клиническая больница,
кафедра педиатрии № 1, неонатологии и биоэтики

Тел.: +380 (48) 740-52-49; +380 (67) 985-68-17

Контактное лицо: Кожевин Роман Владимирович

Официальный сайт: <http://reznik.weebly.com>

E-mail: reznik.konferencia@gmail.com