

УДК 616.37-002.2-06-085-089

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КУПИРОВАНИЮ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Н.Б. Губергриц, В.Я. Колкина, Н.С. Кабанец, М.А. Крюк

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Реферат. Проблеме купирования болевого синдрома при хроническом панкреатите посвящено множество исследований и публикаций, однако, учитывая недостаточную эффективность существующих подходов, она остается актуальной. Как известно, при болевой форме хронического панкреатита используются различные группы препаратов, среди них: ферментные препараты, антисекреторные средства, антибиотики, спазмолитики, прокинетики, анальгетики и т. д. Часто мы сталкиваемся с проблемой, когда после выписки из стационара возникает необходимость в проведении реабилитационного лечения, особенно у больных с болевой формой хронического панкреатита. Получены четкие данные об эффективности использования в схеме реабилитационного лечения антигомотоксических препаратов (Момордика композитум) у больных с легкой и среднетяжелой формой хронического панкреатита. Периодически приходится прибегать к хирургическим методам: торакоscopicкой спланхэктомии, стволовой ваготомии, однако недостатком последней является полиорганная анестезия. Разработка и внедрение новых подходов к купированию болевого синдрома при хроническом панкреатите остается задачей актуальной и необходимой.

Ключевые слова: хронический панкреатит, болевой синдром, лечение, антигомотоксические средства.

Хронический панкреатит является распространенным полиэтиологическим заболеванием с тенденцией к неуклонному росту. В то же время лечение данного заболевания является сложной, не всегда успешно решаемой задачей. Важным элементом лечения в этих условиях является купирование болевого синдрома. При этом следует учитывать, что боль при панкреатите является симптомом, на который ориентируются прежде всего, оценивая течение заболевания и эффективность его лечения. Кроме того, болевой синдром сам по себе неблагоприятно влияет на течение заболевания, часто усугубляя нарушение жизненно важных функций и способствуя развитию панкреатогенного шока, психосоматических нарушений, снижению качества жизни больных.

В основу лечения хронического панкреатита положено устранение провоцирующих факторов, таких как алкоголь, лекарственное воздействие, ЖКБ; коррекция сфинктера Одди; использование антибактериальных средств; достижение функционального покоя поджелудочной железы путем назначения ферментных средств; использование цитопротекторов и антиоксидантов.

Нередко для успешного лечения хронического панкреатита приходится прибегать к оперативным вмешательствам: холецистэктомии при ЖКБ, устранению папилостеноза, холедохолитиаза, дуоденостаза, хирургическому лечению гиперпаратиреоза [5].

Важное место в купировании болевого синдрома при хроническом панкреатите отводится строжайшему соблюдению диеты, особенно исключению алкоголя. Как известно, патогенез развития панкреатита на фоне приема алкоголя не до конца ясен и, возможно, обусловлен комбинацией таких факторов, как спазм сфинктера Одди, изменение состава панкреатического сока, угнетением биоэнергетических процессов [7]. Диета является первым этапом на пути успешного лечения хронического панкреатита, несмотря на то, что значение ее, в последнее время все более ставится под сомнение. Известно, что диета при хроническом панкреатите должна быть механически и химически щадящей, низкокалорийной, содержать физиологическую норму белка. Исключаются продукты, вызывающие метеоризм, содержащие грубую клетчатку, стимулирующие секрецию пищеварительных соков. Пища готовится в вареном виде, на пару, жидкой и полужидкой консистенции. У больных с тяжелой формой хронического панкреатита необходимо назначение голода на 3 - 4 суток с постепенным переходом на первый вариант диеты № 5п по Певзнеру. При отечной форме хронического панкреатита в ряде случаев необходимо энтеральное или парентеральное питание, не вызывающее секреторного напряжения [6]. Гипотермия тканей в области поджелудочной железы также подавляет панкреатическую секрецию, уменьшает внутривисцеральную гипертензию, а, следовательно, и болевой синдром. Местная гипотермия может быть достигнута путем дозированного промывания желудка холодными жидкостями с использованием специальных рефрижераторных устройств, однако процедура не может быть регулярной из-за риска нарушения общей гемодинамики и органного кровообращения в желудке и поджелудочной железе [8].

Нередко при купировании болевого синдрома приходится прибегать к применению анальгетиков. Предпочтение из ненаркотических

ких форм отдається парацетамолу и метамизолу. При наличии резистентности к ненаркотическим анальгетикам могут быть применены опиаты и их синтетические аналоги, а при отсутствии эффекта возможно применение нейролептаналгезии, а в тяжелых случаях даже средств для внутривенного наркоза.

Оправданным и необходимым для купирования боли является прием ферментных препаратов. При болевом синдроме, вызванном отеком, инфильтрацией ткани поджелудочной железы и внутрипротоковой гипертензией необходимо назначение больших доз безоболочечных ферментных средств с высоким содержанием протеаз в комбинации с антисекреторными препаратами (Виоказе-8, Виоказе-16).

При наличии у больного болевого синдрома, обусловленного внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы целесообразно назначение двухоболочечных микросферических форм ферментных препаратов с высокой активностью липазы, протеаз, амилазы (Креон 10000, Креон 25 000 Ед) [3,4].

Для купирования болевого синдрома, обусловленного секреторным напряжением поджелудочной железы, повышенным протоковым и тканевым давлением, необходимо достичь снижения экзокринной функции поджелудочной железы путем снижения синтеза соляной кислоты, т.е. создать функциональный покой железе. В этом случае необходимо применение блокаторов H₂-рецепторов гистамина и ингибиторов протонной помпы. С целью ингибирования секреции поджелудочной железы используется подкожное введение препаратов октреотида, однако их длительное применение может усугублять мальдигестию, вызвать развитие пареза кишечника и камнеобразование в желчном пузыре [3].

При дискинетических расстройствах кишечника в сочетании с дисфункцией сфинктера Одди эффективно назначение селективного миотропного спазмолитика – мебеверина гидрохлорида (Дюспаталина). Отсутствие системных побочных эффектов позволяет назначать данный препарат у широкого круга пациентов. В случае недостаточности сфинктера Одди или нарушения оттока панкреатического секрета из-за дуоденостаза показаны прокинетики. С целью снижения желудочной и панкреатической секреции, а также для снижения тонуса сфинктера Одди возможно назначение селективных М-холинолитиков (Гастроцепина) [4].

По мнению многих авторов, блокаторы H₁-рецепторов гистамина (димедрол, супрастин) усиливают действие ненаркотических анальгетиков, кроме того обладают противорвотным и седативным действием [4,6].

Учитывая роль бактериального фактора в прогрессировании панкреатитов и в развитии

его осложнений, важное место в базисной терапии отводят антибактериальным средствам. При выборе данной группы препаратов предпочтение отдается комбинации метронидазола с современными пенициллинами или цефалоспоридами III-IV поколения. Данные препараты хорошо проникают в ткань поджелудочной железы и создают в ней бактерицидные концентрации. Также эффективно назначение карбопенемов, фторхинолонов, а при грибковом поражении флюконазола, пимафуцина [4].

Использование ингибиторов протеаз (апротинина) с целью купирования болевого синдрома в настоящее время является дискуссионным вопросом. Однако их использование оправдано при отечной форме хронического панкреатита с целью снижения активности калликрейна крови, уменьшения отека поджелудочной железы, а, следовательно, и интенсивности боли [4].

Известно, что для купирования болевого абдоминального синдрома у больных с острым и хроническим панкреатитами используются блокады панкреато-дуоденальной зоны путем введения местных анестетиков. Эффект достигается путем прекращения афферентной ноцицептивной импульсации и воздействия на эфферентную, при этом достигается ганглиоблокирующий эффект, устраняется спазм гладкой мускулатуры органов брюшной полости [6]. Как известно, эпидуральная анестезия полностью купирует болевой синдром, снимает висцеральный спазм, спазм сфинктера Одди, улучшает дренажную функцию желчных и панкреатических протоков, оптимизируя перфузию поджелудочной железы, эффективно подавляя ее секреторную активность. Используются паранефральная блокады, блокада чревного сплетения и т.д. [8].

Инфузионная терапия чаще назначается с целью дезинтоксикации, коррекции гиповолемии, электролитного дисбаланса и кислотно-основного состояния. Дезинтоксикационная инфузионная терапия включает применение полиионных растворов, моделирующих состав внеклеточной жидкости.

Нередко, после выписки из стационара возникает необходимость в реабилитационном лечении, особенно у больных с болевой формой хронического панкреатита [2].

Много внимания в настоящее время уделяется новым подходам к проблеме реабилитационного лечения хронического панкреатита с использованием антигомотоксических средств, которые, являясь природными комплексами, способствуют регенерации ткани поджелудочной железы, в ряде случаев обеспечивают восстановление ее функций. На основании данных литературы можно сделать вывод

ды, что такой препарат как Момордика композитум значительно уменьшает отек поджелудочной железы и выраженность «уклонения» ферментов в кровь. Кроме того, известно, что у больных, которым в схему реабилитационного лечения включают антигемотоксические средства, болевой синдром купируется более успешно [1,2].

В ряде случаев консервативная терапия недостаточно эффективна в купировании болевого синдрома и у больных с хроническим панкреатитом, и возникает необходимость в проведении хирургических вмешательств, таких как эндоскопическая или хирургическая протоковая декомпрессия, стентирование холедоха или вирсунгового протока, экстракорпоральная ударно-волновая контактная или лазерная литотрипсия с последующей экстракцией фрагментов конкрементов [5].

Из малоинвазивных методик популярна – торакоскопическая спланхнотомия. Операция используется с целью купирования выраженного болевого синдрома у больных с хроническим панкреатитом и раком поджелудочной железы. По мнению многих авторов, лучший эффект достигается при двусторонней спланхэктомии [9]. При неэффективности торакоскопической спланхэктомии выполняют стволовую ваготомию, однако ее недостатком является полиорганная анестезия, что опасно при возникновении абдоминальной патологии в перспективе.

Из всего изложенного выше можно сделать вывод, что купирование болевого синдрома – проблема, решением которой занимались ученые, врачи общей практики на протяжении многих лет. Предложено множество подходов к купированию болевого синдрома при хроническом панкреатите, однако на практике становится ясно, что не всегда мы можем достичь ожидаемого эффекта. В связи с этим разработка и внедрение новых подходов для решения данной задачи остается проблемой актуальной и необходимой.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КУПІРУВАННЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМУ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Н.Б. Губергітц, В.Я. Колкіна, Н.С. Кабанець, М.А. Крюк

Реферат. Проблемі купірування болювого синдрому при хронічному панкреатиті присвячена велика кількість досліджень та публікацій. Проте, враховуючи недостатню ефективність існуючих методів, даний напрямок залишається актуальним. Як відомо, при болювій формі хронічного панкреатиту використовують різні групи препаратів: ферментні засоби, антисекреторні, антибіотики, спазмолітики, прокінетики, анальгетики та інші. В більшості випадків виникає потреба в проведенні реабілітаційного лікування після виписки із стаціонару, особливо у хворих з вираженим болювим синдромом.

Отримані данні щодо ефективності зменшення болювого синдрому при використанні в схемі реабілітаційного лікування антигемотоксичних засобів (Момордика композитум), переважно з легкою та середньотяжкою формою хронічного панкреатиту. Періодично виникає потреба в застосуванні хірургічних методів лікування – торакоскопичній спланхектомії та стовбуровій ваготомії, недоліком якої є поліорганна анестезія. Розробка та застосування нових тактик купірування болювого синдрому при хронічному панкреатиті залишається актуальною необхідністю.

Ключові слова: хронічний панкреатит, болювий синдром, лікування, антигемотоксичні засоби.

MODERN APPROACHES TO PAIN RELIEF IN CHRONIC PANCREATITIS

N.B. Gubergrits, V.Y. Kolkina, N.S. Kabanets, M.A. Kruk

Abstract. A lot of researches and publications are dedicated for problem of pain control in chronic pancreatitis but it still is of great importance due to insufficient efficacy of existed approaches. A lot of drugs can be used in case of painful form of chronic pancreatitis such as antisecretory, antibiotics, enzymes, spasmolytics, analgesics, prokinetics, etc. But often we need to prescribe rehabilitation therapy after inpatient treatment, especially, in patients suffering from painful form of chronic pancreatitis. There were received clear data regarding efficacy of antihemotoxic preparations (Momordica compositum) in scheme of rehabilitation treatment of patients with mild to moderate chronic pancreatitis. Sometimes we need to apply surgery: thoracoscopic splanchectomy and trunk vagotomy, but disadvantage of the latter method is multiple organ anesthesia. Developing and application of new efficient methods of pain control in patients with chronic pancreatitis still is a necessary and actual task.

Keywords: chronic pancreatitis, pain syndrome, treatment, antihemotoxic preparations.

ЛИТЕРАТУРА

1. Влияние Momordica Compositum на протекание экспериментального воспаления у крыс / Б. Янковска, Э. Ковальчук, Я. Нидворок, Я. Янковски // Биол. терапия. — 2003. — № 2. — С. 51–53
2. Губергітц Н. Б. Антигемотоксична терапія в реабілітації хворих хронічним панкреатитом: Метод. рекомендації / Н. Б. Губергітц, В. Я. Колкіна. — К. : Б. в., 2005. — 32 с.
3. Губергітц Н. Б. Общие принципы купирования хронической абдоминальной боли / Н. Б. Губергітц // Сучасна гастроентерологія. — 2004. — № 2. — С. 57–66.
4. Губергітц Н. Б. Панкреатическая боль / Н. Б. Губергітц. — 2004. — С. 119–175.
5. Данилов М.В. Хирургическая тактика при хроническом панкреатите / М. В. Данилов // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2000. — № 2. — С. 75–80.
6. Маев И. В. Хронический панкреатит / И. В. Маев, А. Н. Казюлин, Ю. А. Кучерявый. — М. : Медицина. — 2005. — 504 с.
7. Чашин Н. А. Роль этанола и продуктов его метаболизма в патогенезе хронического панкреатита: (Обзор лит.) / Н. А. Чашин, О. В. Максимчук, И. М. Данко // Журн. АМН України. — 2005. — Т. 11, № 3. — С. 449–463.
8. Яицкий Н. А. Острый панкреатит / Н. А. Яицкий, В. М. Седов, Р. А. Сопия. — 2003. — С. 150–172.
9. Long-term results of bilateral thoracoscopic splanchectomy in patients with chronic pancreatitis / H. S. Buscher, J. B. Jansen, R. van Dongen [et al.] // Br. J. Surg. — 2002. — Vol. 89. — P.158–162.