

УДК 616.37-002+616-002.2+616-009.7:615.03

Но-спазм в лечении боли при хроническом панкреатите

И.Л. Кляритская, М.Г. Курченко

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского, кафедра терапии и семейной медицины ФПО.

Ключевые слова: хронический панкреатит, болевой синдром, методы лечения, прифиниум бромид (Но-спазм).

В последние годы в Украине наблюдается тенденция к повсеместному увеличению частоты острого и хронического панкреатита (в структуре заболеваемости данная патология составляет до 10%), что диктует необходимость разработки и внедрения в клиническую практику более совершенных методов диагностики и лечения.

Основными причинами, ведущими к развитию панкреатита, являются алкоголь и желчнокаменная болезнь. К более редким причинам относятся гиперкальциемия, гипертриглицеридемия, гемохроматоз, билиарный цирроз печени, первичный склерозирующий холангит и др. (Рис. 1).

Конкременты желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков являются достаточно частой причиной развития панкреатита. Основным патофизиологическим механизмом при панкреатите билиарного генеза является рефлюкс желчи в протоки поджелудочной железы. Для патогенети-

ческого обоснования билиарного панкреатита была предложена так называемая теория «двухфазного персистирующего холедохолитиаза». Согласно этой теории в первой фазе мелкие конкременты вызывают спазм сфинктера Одди с последующим рефлюксом желчи в панкреатические протоки, а во второй фазе происходит блокада оттока панкреатического секрета, содержащего активированные ферменты, более крупными конкрементами, что является предпосылкой к развитию панкреонекроза. Вторичный холангиогенный панкреатит носит рецидивирующий характер с развитием эпизодов острого панкреатита, однако, в хронической стадии грубые анатомические изменения поджелудочной железы и ее функциональные расстройства наблюдаются редко [2].

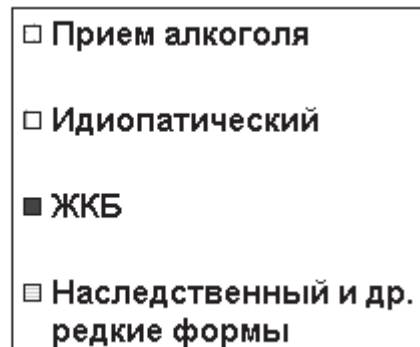
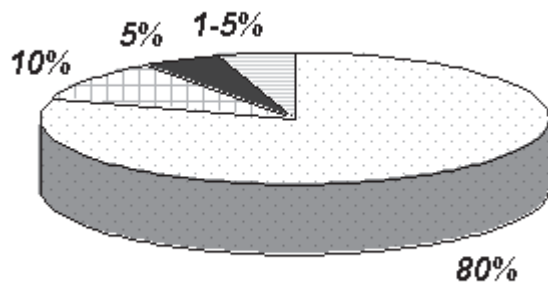
В отличие от панкреатита билиарного генеза, который редко сопровождается выраженными морфологическими изменениями, для алкогольного панкреатита ха-

рактерны тяжелые поражения паренхимы и протоков поджелудочной железы. Характерным для алкогольного панкреатита является образование конкрементов в протоках поджелудочной железы и фокальное обызвествление ее паренхимы [2].

Характер течения алкогольного панкреатита отличается нестабильностью: в первые годы характерно рецидивирующее течение, по мере прогрессирования патологического процесса заболевание приобретает безрецидивный характер с постоянным болевым синдромом.

Хронический панкреатит клинически проявляется рядом клинических синдромов: болевым; синдромом внешнесекреторной и/или внутрисекреторной недостаточности поджелудочной железы (сахарным диабетом или нарушением толерантности к глюкозе, реже — гипогликемическим синдромом); синдромом холестаза; нарушениями дуоденальной проницаемости; сегментарной порталь-

Основные причины развития ХП (В.Г. Передерий, С.М. Ткач, 2001)



ной гипертензией; воспалительными и гнойными осложнениями и др.

Болевой синдром при хроническом панкреатите

Одним из ведущих и наиболее трудно купируемым клиническим синдромом хронического панкреатита является болевой, хотя выраженность болей в животе у разных больных варьирует в значительной степени: от полного отсутствия до постоянной нестерпимой боли, которая приводит к частым госпитализациям и инвалидизации пациента. В развернутой стадии хронического панкреатита болевой синдром регистрируется у 85% больных.

Абдоминальные боли при хроническом панкреатите имеют разнообразное происхождение. Патогенетическими факторами панкреатогенных болей могут быть:

- 1) нарушение оттока панкреатического секрета;
- 2) увеличение объема секре-

ции поджелудочной железы,

3) ишемия поджелудочной железы;

4) воспаление перипанкреатической клетчатки;

5) поражения нервных окончаний;

6) формирование псевдокист, сдавливающих окружающие органы (желчные протоки, двенадцатиперстную кишку).

В большинстве случаев возникновение болевого синдрома при хроническом панкреатите обусловлено секреторным напряжением поджелудочной железы, а также явлениями внутрипротоковой гипертензии при образовании в мелких и крупных протоках стриктур или мелких кальцинатов [4]. В связи с этим основной концепцией ведения пациентов с болевым синдромом панкреатогенного происхождения является тщательное обследование, которое может выявить кальцинаты, псевдокисты, стриктуры протоков и др.

Типичными для хронического панкреатита являются абдоминальные боли с локализацией

в левом подреберье или с иррадиацией в спину (опаоясывающего характера), возникающие или усиливающиеся через 30-60 мин после приема пищи (преимущественно жирной) или алкоголя и сохраняющиеся в течение 1-3 часов. Однако нередко абдоминальные боли при хроническом панкреатите локализуются в правом подреберье или эпигастральной области либо не имеют четкой локализации, носят неопределенный характер.

Варианты абдоминального болевого синдрома при ХП. (В.Г. Передерий, С.М. Ткач, 2001)

1. типичный (опаоясывающие боли);
2. язвенноподобный;
3. по типу левосторонней почечной колики;
4. синдром правого подреберья (в 30-40% случаев сопровождается желтухой);
5. дисмоторный;
6. распространенный (без четкой локализации).

Купирование абдоминального болевого синдрома при ХП

Согласно рекомендациям ВОЗ купирование болевого синдрома при хроническом панкреатите должно проводиться поэтапно согласно следующей схеме:

Этап 1.

- √ строгое воздержание от алкоголя;
- √ максимальное ограничение животных жиров в рационе;
- √ заместительная ферментная терапия.

Этап 2.

- √ применение спазмолитиков и/или анальгетиков (парацетамол).

Этап 3.

- √ прием нейролептиков;

Этап 4.

- √ назначение опиоидных анальгетиков (кроме морфина) [2].

Неэффективность вышеуказанных мероприятий служит показанием к хирургическому лечению, которое предполагает выполнение панкреатоэктомии, резекции головки поджелудочной железы и др. Эти операции в большинстве случаев приводят к стойкому купированию болевого синдрома, однако у 20-40% пациентов анальгетический эффект не достигается. Задачами хирургического лечения также является устранение этиологических факторов холангиогенного панкреатита, а также характерных осложнений хронического панкреатита (псевдокисты, свищи и др). Альтернативой резекции поджелудочной железы у больных с нормальным диаметром протоков является

двустороннее пересечение внутривенных нервов при торакокопии, интраплевральная анальгезия, блокада чревного сплетения путем введения этилового спирта и др. Большие перспективы имеет эндоскопическое лечение: сфинктеротомия, вирсунгопластика, литотрипсия, установление стентов (при стриктуре главного панкреатического протока) [2].

Важнейшая роль в купировании панкреатогенного болевого синдрома принадлежит медикаментозному снижению интрапанкреатического давления, что может быть достигнуто, во-первых, путем подавления секреции (ингибиторы протонной помпы, блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов, панкреатические ферменты, соматостатин) [5] и, во-вторых, применением спазмолитиков. Что касается последних, то патогенетически обоснованным в данном случае является использование M-холинолитиков, которые, помимо мощного спазмолитического эффекта, также обладают антисекреторным действием. Однако, существенным недостатком этой группы препаратов является высокая частота побочных эффектов, связанных с блокадой M-холинорецепторов других локализаций (тахикардия, артериальная гипертензия, расстройства аккомодации, задержка мочеиспускания и др).

Одним из перспективных представителей M-холинолитиков является прифиниум бромид (Но-спазм, Риабал). Этот препарат обладает более селективным действием в отношении периферических M-холинорецепторов, и практически не имеет центральных влияний. Кроме того, прифиниум бромид в меньшей степени, чем

другие представители этой группы, оказывает характерные побочные эффекты [3].

Целью настоящего исследования было изучение эффективности и безопасности Но-спазма при купировании болевого синдрома у пациентов с хроническим панкреатитом.

Собственное исследование

Материалы и методы.

Было исследовано 30 больных с хроническим панкреатитом, с болевым синдромом, их них 25 женщин и 5 мужчин в возрасте от 35 до 60 лет. Диагноз подтверждался при помощи ультразвукового исследования органов брюшной полости, у части больных — компьютерной томографии, сцинтиграфии с ^{99m}Tc; у всех больных исследовались амилаза, щелочная фосфатаза, билирубин, ГГТП сыворотки крови. Препарат назначали по 1 таблетке 3 раза в день в течение 14 дней. Эффективность препарата оценивали по уменьшению выраженности и продолжительности болевого синдрома, а также по скорости развития анальгезирующего действия.

Полученные результаты

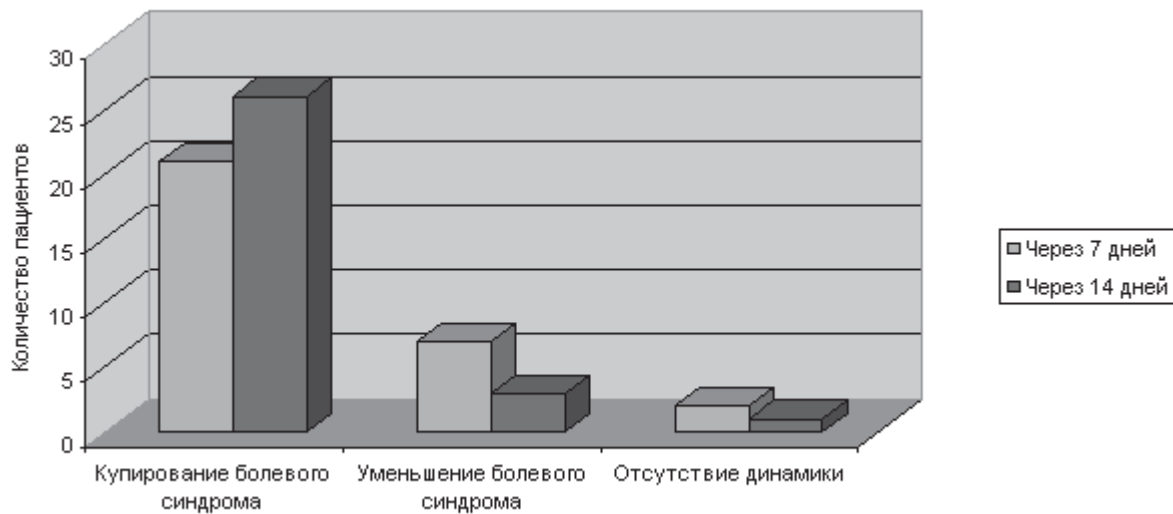
Через 2 дня боли уменьшились у 12 пациентов, исчезли — у 1 пациента, без динамики остались у 17 пациентов. Через 7 дней боли в животе уменьшились или полностью исчезли у 21 пациента (70%) и значительно уменьшились у 7 (23,3%). Отсутствие динамики болевого синдрома было зафиксировано только у 2 больных (6,7%) (Табл. 1). Ни у одного

Таблица 1.

Динамика болевого синдрома у больных хроническим панкреатитом при лечении препаратом Но-спазм.

Симптомы	n	Процент ответивших на лечение		P
Абдоминальные боли	30	Уменьшились или полностью исчезли: 21 (70%)	Значительно уменьшились, но не купировались: 7 (23,3%)	< 0,01

Влияние препарата Но-спазм на динамику болевого синдрома у больных с хроническим панкреатитом.



больного не было зарегистрировано побочных эффектов, требующих отмены препарата. Из нежелательных эффектов в основном встречалась сухость во рту.

Заключение

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что прифиниум бромид (Но-спазм) эффективен в комплексной терапии хронического панкреатита, для купирования болевого синдрома.

Литература

1. *Передерий В.Г., Ткач С.М. Болезни поджелудочной железы. Современные подходы к диагностике и лечению, алгоритмы ведения больных. – 2001.*
2. *Данилов М.В. Панкреатит: основные принципы диагностики и лечения. //Русский медицинский журнал. – 2001. - №13-14.*
3. *Клинические аспекты применения Но-спазма в терапии заболеваний желудочно-кишечного тракта. //Здоровье Украины. – 2002. - №11.*
4. *Кубышкин В.А. Профилактика и лечение хронического панкреатита. //Русский медицинский журнал. – 2002. - №26.*
5. *Хомерики С.Г., Хомерики Н.М. Новые аспекты патогенетического лечения панкреатитов. //Русский медицинский журнал. – 2000. - №7.*

Ефективність Но-спазму в лікуванні болі при хронічному панкреатиті

I.L. Кляритьська, М.Г. Курченко

В статті наведені результати вивчення ефективності спазмолітичного препарату прифиніум бромід (Но-спазм) в лікуванні болювого синдрому при хронічному панкреатиті. В ході вивчення було показано, що призначення Но-спазму при болювих формах панкреатиту ефективно лікує болі панкреатичного генезу.

Efficiency of No-spasm for Pain Relief in Chronic Pancreatitis.

I.L. Klyaritskaya, M.G. Kurchenko

The review presents the results of an investigation estimating the efficiency of spasmolytic agent prifinium bromide (No-spasm) for the pain relief in chronic pancreatitis. During the investigation it was shown that administration of No-spasm in algic forms of pancreatitis led to efficient and fast relief of pancreatogenic pain.