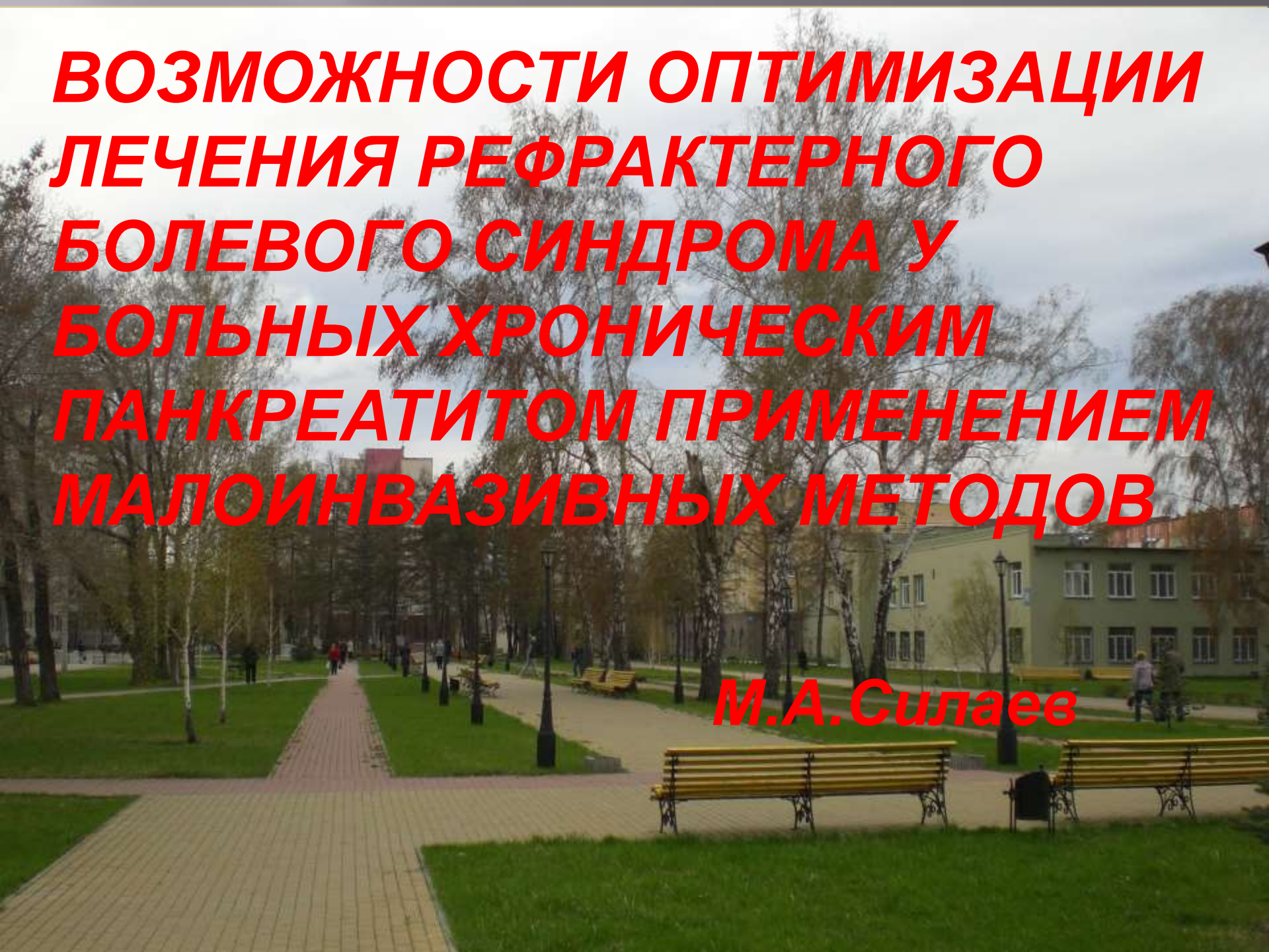


ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ РЕФРАКТЕРНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ ПРИМЕНЕНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ

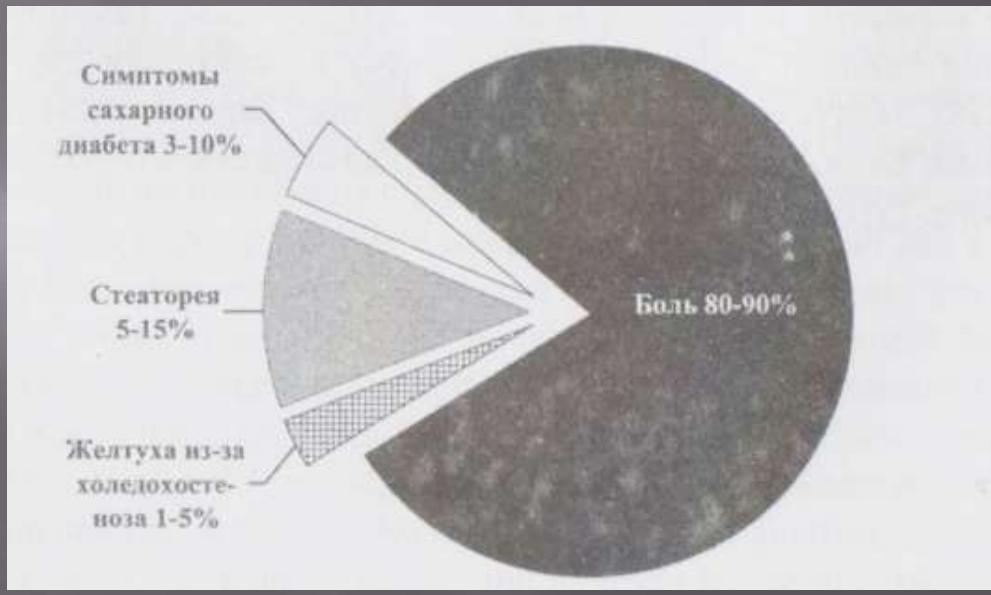
М.А.Силаев

- **Хронический панкреатит – собирательное понятие, объединяющее группу воспалительных заболеваний поджелудочной железы различной этиологии, характеризующееся фазово-прогрессирующим течением и длительностью более 6 месяцев**
- **Распространенность – 25- 50 на 100 тыс. населения**

Основная симптоматика хронического панкреатита (ХП)

ОСНОВНАЯ СИМПТОМАТИКА:

- БОЛЕВОЙ АБДОМИНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ
- **СИНДРОМ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**
- **СИНДРОМ ЭНДОКРИННЫХ НАРУШЕНИЙ**



ЧАСТОТА ДОМИНИРОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СИМПТОМОВ ПРИ ХП ПО BUCHLER ET AL., 1996

Патогенетические варианты хронического панкреатита

- 1. Болезнь «малых протоков»

  - воспалительно-деструктивные изменения паренхимы, интерстиция, капсулы ПЖ

  - повышение давления в ткани ПЖ

  - ишемия ПЖ

  - псевдокисты ПЖ

- 2. Болезнь «больших протоков» (протоковая гипертензия)

Лечебная тактика

- - устранение разрешающих факторов (алкоголь, ЖКБ и т. д.), при протоковой гипертензии – оперативная разгрузка
  - коррекция тонуса сфинктера Одди (спзмолитики, прокинетики)
  - создание функционального покоя ПЖ
  - антиоксиданты, цитопротекторы
  - при панкреатической атаке возможны антибиотики

Анальгетическая тактика
(консенсус общества гастроэнтерологов Германии)

- 1. Диета, ферментзамещающая терапия, спазмолитики, НПВС и/или простые анальгетики (парацетамол до 4 гр/ сутки, метамизол до 3 гр/сутки)
- 2. При сохранении боли - трамадол (до 400 мг/ сутки)
- 3. При сохранении боли – опиоидные анальгетики (бупренорфин 0,2мг 3-4 раза в сутки или морфин (?) по необходимости)

Рефрактерность боли к проводимой терапии 2-5%

- Проведена ретроспективная оценка эффективности в купировании рефрактерного болевого синдрома у 204 больных хроническим панкреатитом ряда малоинвазивных методик, проведенных за период с 1996 по 2015 гг.:

  - длительного введения в эпидуральное пространство местных анестетиков (16 пациентов)

  - блокады чревного сплетения местными анестетиками (14 пациентов)

  - блокады чревного сплетения местными анестетиками с суспензионным глюкокортикоидом ± внутрикостной блокады остистых отростков Т6, Т7 позвонков (124 больных)

  - нейролиза чревного сплетения (88 пациентов)

- Критерий эффективности – снижение интенсивности боли (оценка по ВАШ-100%) на 50% и более на срок 10 суток и более после окончания процедуры

Длительное эпидуральное введение местных анестетиков для лечения хронической панкреатогенной боли

Уровень катетеризации – Т10-Т11.

Проведение катетера краниально на 4 см.

Методика введения:

Болюсные введения бупивакаина 0,5 % - 2-4 мл +лидокаин 2% - 2 мл первоначально до 6 раз в сутки (первые 2-3 дня), в последующем - перед каждым приемом пищи.

После введения анестетика -30 минутная экспозиция в положении лежа на спине.

Продолжительность обезболивания от 14 до 28 суток.



Длительное эпидуральное введение местных анестетиков при ХП

- 1. У 5 из 16 пациентов получена ремиссия
- 2. Максимальная длительность полученной ремиссии – 13 недель
- 3. Осложнение – 1 (химический менингит на ошибочное введение в катетер 10% лидокаина)
- 4. Методика трудоемкая, требует участия пациента, потенциально опасная

Чревный нейролиз. Литературная справка.

- Нейролиз чревного сплетения для купирования рефрактерной хронической боли при хроническом панкреатите менее эффективен, чем при раке поджелудочной железы

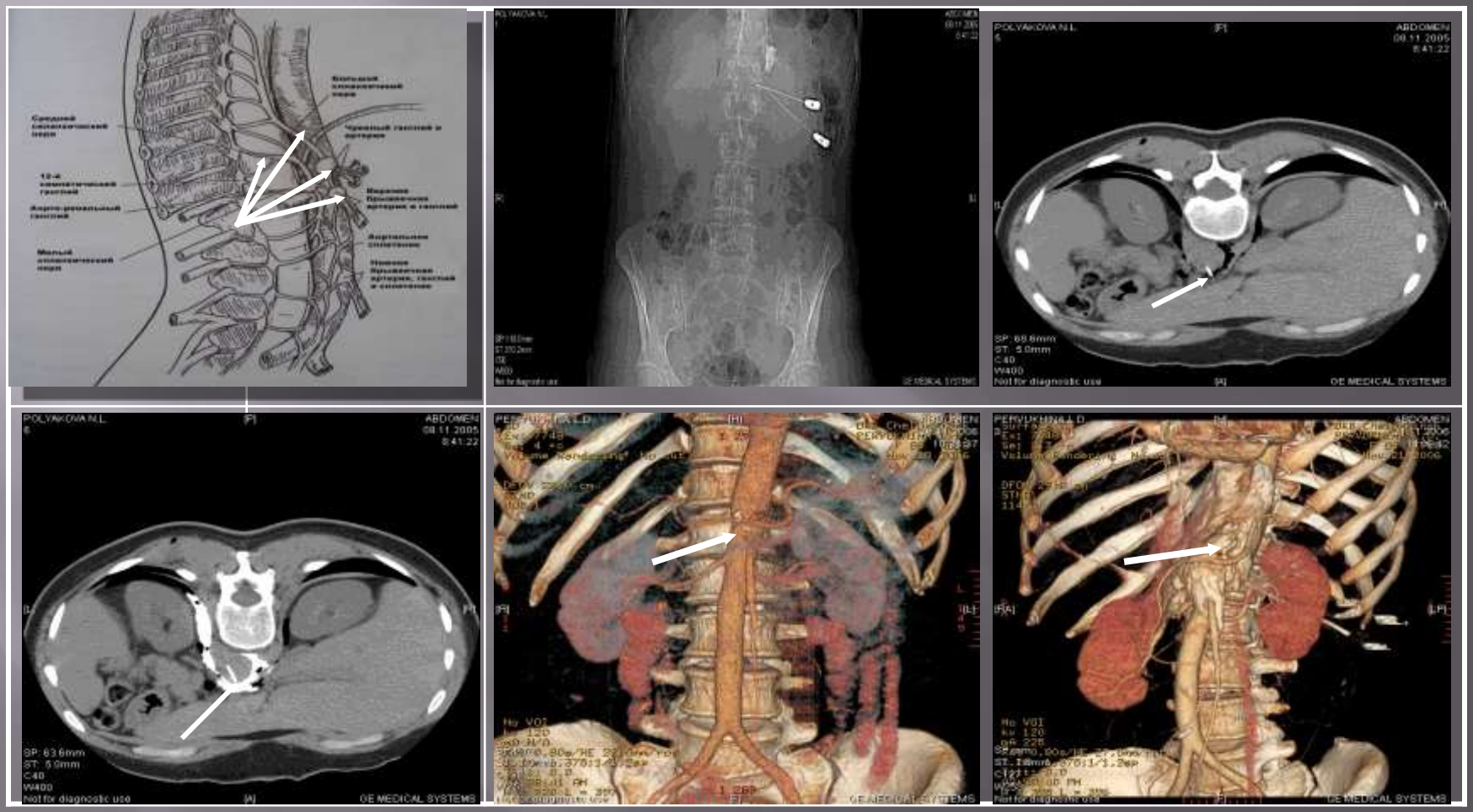
(Black A., Dwyer B., 1973; Thompson G.E. et al., 1977; Leung J.W.C. et al., 1983)

Проведение нейролиза чревного сплетения

- 1.Под КТ-контролем из паравертебрального доступа пара- или трансаортально на уровне Т12-L1 после верификации положения игл в проекции чревного ствола вводился местный анестетик (ропивакаин 0.5%(бупивакаин 0,5%) - 10 мл + лидокаин 2%- 4,0 мл+ физ.раствор 5 мл. + контраст 3,0 мл). Определение качества заливки по томографическим срезам или в режиме реконструкции. Оценка эффекта обезболивания через 10-15 мин. При получении анальгезии проведение 2-го этапа.
- 2. Через 15-20 минут после введения местного анестетика и получения анальгезии вводили спирт 95 % -20-25 мл + новокаин 0,5% -10 мл. Экспозиция 10 мин. Измерение АД, оценка побочных эффектов. Транспортировка в палату на каталке. Постельный режим 3-4 часа.

Pa070026.avi

ЭТАПЫ ЧРЕВНОГО НЕЙРОЛИЗА



Чревный нейролиз в лечении боли при хроническом панкреатите

- 1. Ремиссия достигнута у 72 из 88 пациентов (81.8%)
- 2. Максимальная длительность эффекта -120 недель (в среднем 22,2 недели, эффект прослежен у 38 больных)
- 3. Удобно, не требует участия пациента
- 4. Осложнения:

  - длительная диарея (от 3 до 12 месяцев) – 7 случаев

  - спазм артерии Адамкевича с развитием нижнего парапареза– 1 случай

Блокада чревного сплетения

- 1-я группа МА

  Для блокады использованы только местные анестетики

- 2-я группа МА+ГК

  Для блокады использована смесь местных анестетиков с суспензией глюкокортикоида + введение в болезненные остистые отростки Т6, Т7 лидокаина с дексаметазоном

Блокада чревного сплетения

Под КТ-контролем из паравертебрального доступа пара- или трансаортально на уровне Т12-L1 после верификации положения игл в проекции чревного ствола вводился местный анестетик (ропивакаин 0.5% (бупивакаин 0,5%) - 10 мл + лидокаин 2%- 4,0 мл+ физ.раствор 5 мл ±суспензия глюкокортикоида (бетаметазон или триамцинолон) – 1,0 мл + контраст 3,0 мл). Определение качества заливки по томографическим срезам или в режиме реконструкции. Оценка эффекта обезболивания через 10-15 мин. Транспортировка в палату. Постельный режим 2-3 часа.



Блокада чревного сплетения МА в купировании болевого синдрома при хроническом панкреатите

1. Ремиссия достигнута у 1 из 14 пациентов.
2. Продолжительность эффекта – 2,5 недели
3. Осложнений не отмечено

Блокада чревного сплетения МА + ГК в купировании болевого синдрома при хроническом панкреатите

- 1. Ремиссия достигнута у 81 пациента из 124

  (у 7 из них после повторного проведения процедуры)

  2. Максимальная продолжительность анальгетического эффекта - 64 недели (в среднем - 11,6 недели, прослежена у 47 пациентов)

  3. Побочные эффекты – снижение артериального давления более, чем на 25 % во время процедуры – 3

  4. Осложнения – не отмечено

Сравнительная оценка аналгетической эффективности и частоты побочных эффектов малоинвазивных методик при лечении хронической панкреатогенной боли

Группа	N	Исходн. оценка по ВАШ	Количество положител. результатов	Длительность эффекта (в неделях)	Количество серьезных поб. эффект.
Длительная эпидуральн. блокада	16	62,30±4,36	5 (31%)	5,43±4,89 (n=5)	1- химический менингит
Блокада чревного сплетения МА	14	70,21±3,61	1 (7%)	2,57 (n=1)	-
Нейролиз чревного сплетения	88	68,86±2,08	72 (81,8%)	22,20±4,08 (n=38)	6 – длительная диарея 1 – спазм артерии Адамкевича
Блокада ЧС МА+ГК +В/костная Т6,Т7	124	65,12±3,04	81 (65,3%)	11,62±2,31 (n=47)	-

Плюсы и минусы использовавшихся методик

Методика	Плюсы	Минусы
Длительное эпидуральное введение местных анестетиков	1. Доступность	1. Громоздкость 2. Трудоемкость 3. Участие пациента 4. Риск осложнений 5. Невысокий эффект
Нейролиз чревного сплетения	1. Высокая эффективность 2. Удобство	1. Требует визуализации 2. Риск осложнений 3. Требует навыка и осторожности
Блокада чревного сплетения местными анестетиками	1. Удобство и простота	1. Низкая эффективность 2. Желательна визуализация
Блокада чревного сплетения местными анестетиками с глюкокортикоидами	1. Удобство и простота 2. Достаточно высокая эффективность 3. Низкий риск осложнений	1. Желательна визуализация

Выводы

- 1. У пациентов с хроническим панкреатитом при развитии рефрактерного к терапии панкреатогенного болевого синдрома показано проведение малоинвазивных методик – блокады и нейролиза чревного сплетения.
- 2. Блокада чревного сплетения с использованием глюкокортикоидов (при необходимости, в комбинации с внутрикостной блокадой Т6, Т7 позвонков) представляет наиболее безопасный способ лечения рефрактерной панкреатогенной боли и может быть рассмотрена в качестве 1-го этапа терапии с применением малоинвазивных методик

Выводы

- 3.В случае краткосрочного купирования панкратогенной боли блокадой чревного сплетения целесообразно проведение повторной процедуры.
- 4.Чревный нейролиз – наиболее эффективный метод купирования рефрактерной панкреатогенной боли. Однако его применение должно быть дифференцированным и учитывать риск возможных стойких побочных реакций. Метод следует резервировать для пациентов, не отвечающих на другие виды лечения.

