



Консервативное лечение хронического панкреатита. Клинические рекомендации МЗРФ 2024 года. (Краткое содержание)

Всем пациентам с хроническим панкреатитом (ХП) рекомендуется модификация диеты и образа жизни:

- отказ от употребления алкоголя и курения, являющихся значимыми и независимыми факторами прогрессирования заболевания.
- дробный прием пищи с высоким содержанием белков и углеводов для улучшения всасывания питательных веществ и снижения риска дефицита нутриентов. В большинстве случаев жиры ограничивать не рекомендуется, поскольку это ухудшает всасывание жирорастворимых витаминов.

В настоящее время нет достоверных данных о необходимости ограничения пищевых волокон при хроническом панкреатите (экспериментальные исследования, косвенно предполагающие возможность адсорбции пищеварительных ферментов при рационе, богатом клетчаткой, имеют серьезные ограничения).

Лечение абдоминальной боли у пациентов с хроническим панкреатитом

Боль в верхних отделах живота – один из основных симптомов ХП, наблюдается у 80–90% пациентов. Необходимо обязательно исключить другие причины боли в верхних отделах желудочно-кишечного тракта при обследовании пациента.

Для купирования интенсивной абдоминальной боли при ХП рекомендуется периодическое или курсовое назначение анальгетиков (парацетамол 500–1000 мг × 3 раза/день или нестероидные противовоспалительные препараты). При неэффективности возможно назначение трамадола (до 400 мг/сут). При постпрандиальном усилении боли, анальгетики следует принимать за 30 минут до приема пищи для минимизации усиления боли после приема пищи. Если у пациента нет зависимости боли от приема пищи, анальгетики следует принимать после еды для уменьшения риска лекарственной гастропатии.

Для усиления анальгетического эффекта, коррекции проявлений сопутствующей депрессии рекомендуется назначение антидепрессантов – неселективных ингибиторов обратного захвата моноаминов. Данные препараты могут изменять чувствительность центральной нервной ткани и висцеральных нервов, роль которой предполагается в развитии боли при ХП. Как альтернативу, можно рассматривать препараты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, однако в настоящее время отсутствуют рандомизированные клинические исследования, показывающие их эффективность.

В случае упорной панкреатической боли пациентам с ХП рекомендуется прегабалин, применяемый при лечении нейропатической боли. Препарат обладает анальгетическим и анксиолитическим действием.

Длительность постоянной терапии анальгетиками не должна быть более 3-х месяцев. Если боль прекратилась или беспокоит существенно реже – далее возможен переход к приему анальгетиков по требованию. При неэффективности консервативной терапии боли в животе в течение 3 месяцев или необходимости приема опиоидных анальгетиков в течение 2-х недель, показана консультация хирурга и эндоскописта для оценки возможности купирования боли с использованием методик эндоскопического или хирургического лечения.

Лечение экзокринной панкреатической недостаточности при хроническом панкреатите

Симптомы экзокринной панкреатической недостаточности становятся явными только при снижении функциональной активности ПЖ более чем на 90%.

Показаниями к назначению заместительной ферментной терапии при ХП являются клинические и лабораторные проявления нарушения переваривания и всасывания основных нутриентов (стеаторея, вздутие живота, снижение веса, симптомы трофологической недостаточности, дефицита витаминов и микроэлементов), перенесенный панкреонекроз, хирургические вмешательства с резекцией поджелудочной железы или нарушением нормального пассажа пищи. Пациенты с ХП в первую очередь подвержены риску развития недостаточности жирорастворимых витаминов (А, D, Е и К) и витамина В₁₂. Остеопороз является доказанным осложнением ХП.

Для диагностики первичной экзокринной панкреатической недостаточности в клинической практике рекомендуется определение активности панкреатической эластазы-1 в кале иммуноферментным методом (0–100 мкг/г – тяжелая; 101–200 – средняя или легкая). Диагностическая точность определения эластазы в кале снижается за счет разведения фермента при ускорении пассажа или за счет бактериального гидролиза при избыточном бактериальном росте в тонкой кишке. При доказанном ХП с признаками трофологической недостаточности показано назначение заместительной ферментной терапии даже без верификации стеатореи.

Для оптимальной заместительной ферментной терапии рекомендуется назначать капсулированный панкреатин в форме микрочастиц (микротаблеток, минимикросфер и пр.), покрытых кишечнорастворимой оболочкой, в стартовой дозе 40–50 тысяч липазы на основной прием (3 раза в день) и 20–25 тысяч липазы на промежуточные приемы пищи сразу после или во время еды.

Контроль эффективности заместительной терапии рекомендуется проводить через 6 месяцев по прибавке массы тела и снижению выраженности симптомов. При сомнении в эффективности лечения, нужно оценить динамику трофологического статуса пациента по лабораторным показателям (уровень ретинол-связывающего белка, витамина В₁₂, витамина D, трансферрина, магния, цинка, абсолютное число лимфоцитов). Пациентам, с сохраняющимися симптомами на фоне начальных доз

современных ферментных препаратов, следует удвоить дозы микротаблеток или минимикросфер панкреатина (возможно назначение и более высоких доз).

На активность ферментов поджелудочной железы в кишечнике также влияет уровень pH (оптимальный pH находится в диапазоне от 7,0 до 9,0), состояние слизистой оболочки кишки, моторика ЖКТ, поступление желчи, состояние микрофлоры. При недостаточной эффективности заместительной ферментной терапии рекомендуется добавить к лечению препараты, подавляющие кислотную продукцию желудка (предпочтительны ингибиторы протонного насоса).

Рекомендуется также исключить другие причины, в частности связанные с избыточным бактериальным ростом в тонкой кишке, глистные инвазии, целиакию.

Синдром избыточного бактериального роста (СИБР) встречается у 34–92% пациентов с ХП (чаще у пациентов с алкогольным ХП), что обосновывает проведение водородного дыхательного теста для диагностики СИБР в этой популяции. При подтвержденном диагнозе СИБР предпочтительной тактикой эрадикации избыточного бактериального роста в тонкой кишке является проведение антибактериальной терапии. К наиболее эффективным антибактериальным препаратам для эрадикации избыточного бактериального роста относятся рифаксимин, цiproфлоксацин, метронидазол и норфлоксацин. С целью снижения риска развития антибиотико-ассоциированной диареи и инфекции, вызванной *C.difficile*, рекомендуется назначение штаммоспецифических пробиотиков пациентам с ХП (напр. A07FA02 *Saccharomyces boulardii*), которым проводится антибактериальная терапия, с целью снижения риска развития антибиотико-ассоциированной диареи (ААД) и инфекции, вызванной *C.difficile*.

Только в случае сохранения выраженной экзокринной панкреатической недостаточности на фоне оптимальной заместительной терапии, рекомендуется ограничение суточного потребления жира до 40–60 г.

Эндокринная панкреатическая недостаточность со временем развивается у 70% пациентов с ХП в виде нарушения толерантности к глюкозе. При развитии панкреатогенного сахарного диабета (относится к типу 3С) в исходе выраженного фиброза паренхимы поджелудочной железы пероральные гипогликемические средства не играют существенной роли, большинству пациентов требуется назначение инсулинов.

Клинические рекомендации «Хронический панкреатит», 2024 год.