

## **Обоснование типа болевого синдрома у больных на осложненный хронический панкреатит**

**Жураховская Ольга Викторовна, Мельник Алексей Александрович**

*Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И.Пирогова, Винница*

**Научный(-е) руководитель(-и) – кандидат медицинских наук, доцент Павлык Игорь Васильевич, Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И.Пирогова, Винница**

### **Введение**

Патофизиология болевого синдрома при хроническом панкреатите является комплексной и плохо изученной, на данный момент ни один метод лечения не позволяет полностью снять болевой синдром. Несмотря на возможности диагностического оборудования, не достигнуто консенсуса в представлениях о патомеханизмах болевого синдрома, не определены конкретные диагностические критерии оценки состояния паренхимы.

### **Цель исследования**

Определить и обосновать типовые формы болевого синдрома у больных хроническим панкреатитом.

### **Материалы и методы**

В хирургической клинике медицинского факультета №2 ВНМУ им. Пирогова проведено хирургическое лечение 62 больных на осложненный хронический панкреатит (ХП). Согласно Марсельско-Римской классификации ХП (1989) кальцифицирующую форму диагностирована у 5 больных, обструктивную - 12, фиброз поджелудочной железы в 2, кисты в 43. Локальная резекция ПО с Frey была выполнена в 6, локальная резекция

ПО с Frey - Izbicki в 22 панкреатодуоденальная резекция - 2, цистодигестивный анастомоз - 39 больных.

### **Результаты**

Rudolf M. Ammann et al., 1999, распределил болевой синдром на категории А - эпизодическая сильная боль с имеющимися периодами безболевого синдрома; В - постоянная боль с эпизодами сильного болевого синдрома, что требует госпитализации пациента. При кальцифицированном ХП наблюдался боль типа Б (5), при обструктивном — боль типа А (4 случая с равномерным расширением) и боль типа Б (в 1 случае равномерное расширение и в 7 случаях расширение по типу ряда озер), при фиброзе — боль типа А (1) и боль типа Б (1), а при кистах ПЖ наблюдается боль типа А (26 случаев малых или средних неосложненных кист) и боль типа Б (5 случаев инфицированных и 12 случаев гигантских кист). У всех больных с типом Б болевого синдрома показатели внутривисцерального давления были  $>300$  мм.рт.ст, в случае кист -  $> 400$  мм.рт.ст. У больных с типом А панкреатическая гипертензия имела меньшие показатели. Кроме того, при определении давления сопротивления тканей на расширение больные с типом Б болевого синдрома имели показатели около 200 мм.рт.ст. Тип А болевого синдрома -  $<120$  мм.рт.ст. При осложнениях ХП распределение больных с болевым синдромом выглядит следующим образом, что при дуоденальной непроходимости (1) и абсцессах ПЖ (5) наблюдался боль типа Б, а при холестазах (7) и асците (8) боль типа А.

### **Выводы**

Таким образом, наличие и тяжесть течения хронического панкреатита и его осложнений коррелирует с типом и тяжестью болевого синдрома, что подтверждается показателями панкреатической гипертензии.