

**ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТӢ ВА ҲИФЗИ ИҶТИМОИИ АҲОЛИИ
ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН**

МД «АКАДЕМИЯИ ИЛМҲОИ ТИБ»

МД «ПАЖУҲИШГОҲИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ»

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

ГУ «АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК»

ГУ «ИНСТИТУТ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ»

**«ДАСТОВАРДҲОИ
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯИ ТОҶИК»**

маводҳои конференсияи илмӣ-амалии

*МД «Пажуҳишгоҳи гастроэнтерология» бахшида ба
25-солагии Истиқлолияти Ҷумҳурии Тоҷикистон*

**«ДОСТИЖЕНИЯ
ТАДЖИКСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ»**

материалы научно-практической конференции

*ГУ «Институт гастроэнтерологии» посвященной
25-летию Независимости Республики Таджикистан*

«Достижения таджикской гастроэнтерологии»

Материалы научно-практической конференции ГУ «Институт гастроэнтерологии» посвященной 25-летию Независимости Республики Таджикистан, г. Душанбе, 23 сентября 2016 г.

Редакционная коллегия по изданию материалов конференции:

Ответственный редактор – Мироджов Г.К.

Члены редколлегии:

Азимова С.М.,

Авезов С.А.

Одинаев Р.И.

ОПТИМИЗИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА И ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Архий Э.И., Москаль О.Н., Дербак М.А.

ГБУЗ «Ужгородский национальный университет», медицинский факультет

Актуальность. Чрезвычайно актуальной и не до конца решенной проблемой гастроэнтерологии XXI века есть многоликий хронический панкреатит (ХП). Ежегодно в рамках 10-11% растет заболеваемость этой патологией среди пациентов трудоспособного возраста.

Цель исследования: исследовать влияние и целесообразность оптимизированного лечения болевого синдрома и внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы (ВСНПЖ) у больных ХП в фазе обострения по схеме, включающей вначале кратковременную разгрузочно-диетическую терапию (РДТ) в сочетании с микроволновой магнитотерапией (ММВ) с последующим назначением ферментотерапии Step up препаратами минимикросфер или минимикротаблеток на фоне детоксикации лактофильтрумом.

Материал и методы исследования: нами было отобрано 87 больных хроническим панкреатитом с выраженным болевым синдромом и ВСНПЖ, лечившихся в гастроэнтерологическом отделении ОКБ им. А. Новака Закарпатской области в 2013-2015 гг.

Всем больным проводились общеклинические обследования. Дополнительно определялись уровни про- и противовоспалительных интерлейкинов: IL6, TNF, IL4 и IL10 до лечения и на третьей неделе лечения, перед выпиской больных из стационара. Уровень интерлейкинов определялся методом иммуноферментного анализа с помощью тест-системы «Вектор - Бест» Россия (г. Новосибирск).

Группу контроля составили 18 практически здоровых пациентов в возрасте 21-55 г.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате анализа динамики болевого синдрома получено первое значительное улучшение уже на 3 день разгрузочного периода РДТ, в том числе постоянная несильная боль переходила в непостоянную слабую с 58% у 48% больных. На фоне питания болевой синдром купировался назначением ферментной терапии по нарастающей схеме во время восстановительного периода РДТ (4-6 день восстановления) по 10 и 20 тыс микразима с последующим переходом на 25 тыс ЕД 2-3 раза в день. Боль в животе практически до конца 2-й недели лечения прекратилась у 78% больных. В частности, с 42% больных с выраженными постоянными болями до лечения, на 14-15 день лечения жаловалось на непостоянную слабую боль всего 12% больных, которая снималась назначением спазмолитика и адекватной ферментотерапией.

У всех больных хроническим панкреатитом был обнаружен дисбиоз преимущественно II степени (69%) и I степени (31%), что клинически проявлялся диспепсическим синдромом, метеоризмом, полифекацией, диареей, хорошо поддавался лечению достаточно большими дозами микразима 25000 ЕД (Step up) до 75000 ЕД в сутки на фоне лактофильтрума 1 капс x 3р в сутки.

В результате наших исследований про- и противовоспалительные интерлейкины к началу лечения были достоверно выше нормы. В частности это TNF, IL-6, IL-4 и IL-10, тогда как после лечения провоспалительные интерлейкины снизились значительно, чем противовоспалительные. Так, TNF и IL-6 достигли уровня нормы. Снизился до уровня нормы и противовоспалительный IL-4.

Выводы.

1. Оптимизированная схема лечения с применением кратковременной РДТ и ММВ с последующей ферментотерапией (Step up) и коррекцией дисбиотических изменений и интоксикации, оказалась эффективной в плане купирования болевого синдрома и диспепсических проявлений.

2. Оптимизированная схема лечения привела к нормализации и достоверному снижению уровней про- и противовоспалительных интерлейкинов, которые к лечению имели среднюю степень повышения, что характеризовало выраженность воспалительных изменений в ПЖ.