



Спорные вопросы Российского консенсуса по диагностике и лечению хронического панкреатита

Хатьков И.Е.^{1,2} • Маев И.В.² • Бордин Д.С.¹ • Кучерявый Ю.А.² • Гриневич В.Б.³

от имени экспертов Консенсуса*

* Абдулхаков С.Р., Алексеенко С.А., Алиева Э.И., Алиханов Р.Б., Барановский А.Ю., Белобородова Е.В., Белоусова Е.А., Буриев И.М., Быстровская Е.В., Вертянкин С.В., Винокурова Л.В., Гальперин Э.И., Глабай В.П., Горелов А.В., Данилов М.В., Дарвин В.В., Дубцова Е.А., Дюжева Т.Г., Егоров В.И., Ефанов М.Г., Загайнов В.Е., Захарова Н.В., Ивашкин В.Т., Израиллов Р.Е., Корниенко Е.А., Корнилов Н.Г., Коробка В.Л., Корочанская Н.В., Коханенко Н.Ю., Кригер А.Г., Ливзан М.А., Лоранская И.Д., Никольская К.А., Осипенко М.Ф., Охлобыстин А.В., Пасечников В.Д., Плотникова Е.Ю., Полякова С.И., Пышкин С.А., Саблин О.А., Симаненков В.И., Урсова Н.И., Цвириун В.В., Цуканов В.В., Шабунин А.В.

Хатьков Игорь Евгеньевич – д-р мед. наук, профессор, директор¹; заведующий кафедрой факультетской хирургии № 2²; президент Российского панкреатологического клуба

Маев Игорь Вениаминович – д-р мед. наук, профессор, член-корреспондент РАН, проректор по учебной работе, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии²

Бордин Дмитрий Станиславович – д-р мед. наук, заведующий отделом патологии поджелудочной железы, желчных путей и верхних отделов пищеварительного тракта¹, ученый секретарь Российского панкреатологического клуба
✉ 111123, г. Москва, шоссе Энтузиастов, 86, Российская Федерация.
Тел.: +7 (495) 304 95 51.
E-mail: d.bordin@mknc.ru

Кучерявый Юрий Александрович – канд. мед. наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии²

Гриневич Владимир Борисович – д-р мед. наук, профессор, заведующий 2-й кафедрой терапии (усовершенствования врачей)³

Представлен ряд наиболее дискуссионных положений Российского консенсуса по диагностике и лечению хронического панкреатита (далее – Консенсус). Обсуждение проведено по инициативе Российского панкреатологического клуба по Дельфийской системе. Междисциплинарный подход обеспечен участием ведущих гастроэнтерологов, хирургов и педиатров. Данная статья открывает серию публикаций по вопросам Консенсуса. Представлены наиболее спорные положения Главы 5 «Лечение острых периодов» и Главы 8 «Тактика при болевом синдроме». При обсуждении традиционной рекомендации о соблюдении голода при появлении клинических симптомов обострения хронического панкреатита отмечено, что ранее это было практическим методом обеспечения физиологического покоя поджелудочной железы. Однако больные хроническим панкреатитом

часто подвержены мальнутриции, поэтому при голодании возможно усугубление трофологической недостаточности, значимо влияющей на прогноз. Следовательно, показана ранняя нутритивная поддержка. В целях уменьшения секреторного напряжения поджелудочной железы целесообразно использование смесей для энтерального питания (элементные и полужелудочные смеси). Переход со смесей на традиционное питание должен сопровождаться назначением адекватных доз панкреатина. Дискуссионными оказались положения о роли панкреатических ферментов, спазмолитиков и ингибиторов протонной помпы в купировании болевого синдрома.

Ключевые слова: хронический панкреатит, междисциплинарный консенсус, Дельфийская система, Панкреатологический клуб

doi: 10.18786/2072-0505-2016-44-6-654-660

Профессиональное медицинское сообщество «Панкреатологический клуб»

¹ ГБУЗ г. Москвы «Московский клинический научно-практический центр Департамента здравоохранения г. Москвы»; 111123, г. Москва, шоссе Энтузиастов, 86, Российская Федерация

² ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России; 127473, г. Москва, ул. Делегатская, 20–1, Российская Федерация

³ ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Министерства обороны РФ; 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, 6, Российская Федерация



К настоящему времени опубликованы многочисленные руководства и рекомендации по диагностике и лечению хронического панкреатита – нозологии, лежащей в смежной области интересов гастроэнтерологов, хирургов, педиатров и врачей ряда других специальностей. Клинические рекомендации, выпущенные национальными обществами по изучению заболеваний поджелудочной железы, отражают разные грани этой междисциплинарной проблемы и не всегда согласуются между собой. При этом международный согласительный документ только готовится, что свидетельствует о сложности формирования единых подходов к определению этого заболевания, унифицированному описанию его клинических проявлений и возможных осложнений, критериев диагностики и выбора тактики лечения.

Представленная работа проводилась по инициативе общественной организации «Профессиональное медицинское сообщество “Панкреатологический клуб”» (www.pancreaticclub.ru) с целью выяснить и консолидировать мнение отечественных специалистов (гастроэнтерологов, хирургов, педиатров) по наиболее актуальным вопросам диагностики и лечения хронического панкреатита.

Для реализации этой задачи были приглашены 50 экспертов из 18 городов России (гастроэнтерологи, хирурги, педиатры), представляющие 26 учреждений; сформирован список вопросов для обсуждения на основе вопросов Европейского панкреатологического клуба (European Pancreatic Club, генеральный секретарь профессор Петер Хеги (Péter Hegyi)) и Венгерской группы по изучению поджелудочной железы (Hungarian Pancreatic Study Group), проведена рассылка вопросов экспертам. При подготовке литературной справки по порученным вопросам эксперты придерживались следующего плана: изучить мнение по предложенной проблеме в других консенсусах и оценить доказательную базу, на основании которой сформулировано мнение; проанализировать доказательную базу, появившуюся после публикации консенсусов; отразить позицию по данному вопросу в России (традиции, опыт, данные исследований). Полученные литературные справки были объединены в единый документ, который был вновь разослан всем экспертам для обоснования их позиции при итоговом электронном онлайн голосовании. Голосование прошло по Дельфийской системе с использованием шестибальной шкалы Лайкерта: «1 балл» означал «полностью согласен» (A+), «2» – «согласен

с небольшими замечаниями» (A), «3» – «согласен со значительными замечаниями» (A-), «4» – «не согласен, но при этом со значительными замечаниями» (D-), «5» – «не согласен, но при этом с небольшими замечаниями» (D), «6» – «категорически не согласен» (D+). Соглашение считалось достигнутым при согласии с положением (A+, A, A-) более 2/3 экспертов (то есть 67% и более) [1].

Итоги работы и результаты голосования были представлены на Консенсус-конференции по диагностике и лечению хронического панкреатита, организованной Российским панкреатологическим клубом в рамках 42-й сессии ЦНИИГ (Москва, 2 марта 2016 г.). Структуру Российского консенсуса по диагностике и лечению хронического панкреатита (далее – Консенсус) составили 103 положения, сгруппированных в 12 глав. Полный текст Консенсуса готовится к публикации. Цель настоящей статьи – краткое представление ряда спорных вопросов документа, отражающего актуальное состояние междисциплинарной проблемы.

Определение заболевания было поддержано с высоким уровнем согласия. Предложена следующая дефиниция: «Хронический панкреатит – группа хронических заболеваний поджелудочной железы различной этиологии, воспалительной природы, характеризующихся болью в животе, развитием необратимых структурных изменений паренхимы и протоков, замещением их соединительной (фиброзной) тканью и развитием вследствие этого экзокринной и эндокринной панкреатической недостаточности» [2] (уровень достигнутого соглашения: A+ 72,5%; A 27,5%; A- 0%; D- 0%; D 0%; D+ 0%).

Наибольшая дискуссия развернулась вокруг трактовки дефиниций «острый панкреатит» или «обострение хронического панкреатита». В профессиональном сообществе до сих пор не достигнуто согласия по этому вопросу. Является ли признаком обострения хронического панкреатита нарастание симптомов заболевания или же критерием служит усиление воспаления с возможным повреждением (некрозом), то есть эквивалент острого панкреатита, атака которого отмечается на фоне переменных, но хронических изменений паренхимы и протоков железы? При голосовании по положениям 5 и 8 Главы 5 Консенсуса «Лечение острых периодов» проявилось различие подходов (табл. 1).

Дискуссионным оказалось положение «При появлении клинических симптомов пациенту следует соблюдать голод». Действительно, такая рекомендация существует многие годы, с того

Таблица 1. Положения Главы 5 «Лечение острых периодов»

№ п/п	Положение	Уровень достигнутого соглашения [†]
1.	Быстрое и адекватное восполнение жидкости имеет решающее значение в прогнозе жизни и должно быть начато как можно раньше	A+ 50%; A 35%; A- 7,5%; D- 7,5%; D 0%; D+ 0%
2.	При тяжелых формах панкреатита может быть рекомендована антисекреторная терапия для профилактики стрессовых язв	A+ 62,5%; A 25%; A- 10%; D- 2,5%; D 0%; D+ 0%
3.	Адекватное купирование боли имеет большое значение при лечении больных хроническим панкреатитом	A+ 90%; A 7,5%; A- 2,5%; D- 0%; D 0%; D+ 0%
4.	Требования интенсивной терапии основаны на стандартных принципах, которые применяются в лечении сепсиса, системного воспалительного ответа и полиорганной недостаточности	A+ 60%; A 30%; A- 2,5%; D- 7,5%; D 0%; D+ 0%
5.	При появлении клинических симптомов пациенту следует соблюдать голод	A+ 15%; A 40%; A- 17,5%; D- 17,5%; D 10%; D+ 0%
6.	Пероральное питание следует начинать как можно раньше	A+ 40%; A 52,5%; A- 4%; D- 0%; D 0%; D+ 2,5%
7.	Энтеральное питание следует проводить через назогастральный или назоюнальный зонд при тяжелых формах панкреатита	A+ 45%; A 35%; A- 17,5%; D- 2,5%; D 0%; D+ 0%
8.	При обострении хронического панкреатита нельзя назначать антибиотики с профилактической целью	A+ 35%; A 35%; A- 10%; D- 12,5%; D 5%; D+ 2,5%

[†] Оценка по шестибальной шкале Лайкерта

времени, когда отсутствие поступления пищи в желудок было практически единственным возможным методом обеспечения физиологического покоя поджелудочной железы ввиду вполне обоснованных опасений усугубления повреждения этого органа. Вместе с тем большие хроническим панкреатитом в силу разных причин исходно подвержены мальнутриции, поэтому усугубление трофологической недостаточности в условиях голода может оказать значимое влияние на прогноз. Кроме того, пероральное питание наиболее физиологично. Сегодня многими авторами показано, что ранняя нутритивная поддержка – единственный метод, способный компенсировать пластические и энергетические потери организма, неизбежно возникающие в результате развития синдрома гиперметаболизма. В этой связи, согласно положению 6 «Пероральное питание следует начинать как можно раньше», для уменьшения секреторного напряжения поджелудочной железы при раннем пероральном питании целесообразно использование смесей для энтерального питания. При этом постпрандиальная стимуляция секреторной активности поджелудочной железы будет минимальной, о чем свидетельствуют снижение сыровоточного уровня холецистокинина и уменьшение абдоминальной боли [3]. Установлено, что элементные и полуэлементные

смеси оказывают минимальное воздействие на секрецию желудка и поджелудочной железы по сравнению со стандартным питанием [4]. Переход со смесей на традиционное питание должен сопровождаться назначением адекватных доз панкреатина [5].

Получены убедительные данные, что профилактическое применение антибиотиков при остром некротизирующем панкреатите не влияет на уровень смертности, частоту развития инфицированного панкреонекроза и проведения хирургических вмешательств, при этом использование антибиотиков снижает длительность госпитализации и частоту возникновения внепанкреатических инфекций [6]. Большинство современных зарубежных источников указывают на нецелесообразность профилактического назначения антибактериальных препаратов у пациентов с тяжелым острым панкреатитом. Однако необходимы дальнейшие исследования для решения этого вопроса с позиций доказательной медицины.

При обсуждении положений Главы 8 «Тактика при болевом синдроме» согласие было достигнуто по всем положениям (табл. 2), тем не менее определенные сомнения возникли при голосовании о роли в купировании болевого синдрома панкреатических ферментов (положение 7), спазмолитиков (положение 12) и ингибиторов



Таблица 2. Положения Главы 8 «Тактика при болевом синдроме»

№ п/п	Положение	Уровень достигнутого соглашения*
1.	Шкалы оценки боли (Bloechle и соавт., 1995 или визуальная аналоговая шкала) должны быть использованы как инструмент количественной оценки у пациентов с хроническим панкреатитом	A+ 60%; A 27,5%; A- 7,5%; D- 5%; D 0%; D+ 0%
2.	При выборе тактики лечения болевого синдрома у больных хроническим панкреатитом нужно соблюдать трехступенчатую схему купирования боли, рекомендуемую Всемирной организацией здравоохранения	A+ 62,5%; A 25%; A- 10%; D- 2,5%; D 0%; D+ 0%
3.	Решение о продолжительности медикаментозного лечения боли у пациентов с хроническим панкреатитом может быть принято на основе каждого отдельного случая. Если метод не дает желаемых результатов, следует регулярно переоценивать тактику лечения с целью добавления эндоскопического или хирургического вмешательства в случае необходимости	A+ 90%; A 10%; A- 0%; D- 0%; D 0%; D+ 0%
4.	Отмена обезболивающих препаратов должна происходить с соблюдением трехступенчатой схемы купирования боли, рекомендуемой Всемирной организацией здравоохранения	A+ 42,5%; A 25%; A- 12,5%; D- 10%; D 7,5%; D+ 2,5%
5.	Шкалы оценки боли (Bloechle и соавт., 1995 или визуальная аналоговая шкала) должны быть использованы для оценки эффективности лечения болевого синдрома у пациентов с хроническим панкреатитом	A+ 57,5%; A 27,5%; A- 12,5%; D- 0%; D 2,5%; D+ 0%
6.	Октреотид не должен быть использован с целью лечения боли, связанной с хроническим панкреатитом	A+ 42,5%; A 37,5%; A- 10%; D- 5%; D 0%; D+ 5%
7.	Панкреатические ферменты не должны использоваться с целью лечения боли, связанной с хроническим панкреатитом	A+ 30%; A 42,5%; A- 2,5%; D- 12,5%; D 7,5%; D+ 5%
8.	Электроакупунктура и чрескожная электронейростимуляция (TENS) не должны использоваться с целью лечения боли, связанной с хроническим панкреатитом	A+ 52,5%; A 32,5%; A- 7,5%; D- 0%; D 7,5%; D+ 0%
9.	Монтелукаст не должен быть использован с целью лечения боли, связанной с хроническим панкреатитом	A+ 82,5%; A 10%; A- 5%; D- 0%; D 0%; D+ 2,5%
10.	Лучевая терапия не может быть рекомендована для лечения боли, связанной с хроническим панкреатитом	A+ 77,5%; A 15%; A- 5%; D- 2,5%; D 0%; D+ 0%
11.	Нейролизис солнечного сплетения или торакоскопическая спланхнэктомия может быть рассмотрена как метод лечения боли, связанной с хроническим панкреатитом	A+ 27,5%; A 40%; A- 22,5%; D- 2,5%; D 7,5%; D+ 0%
12.	Спазмолитики могут использоваться для купирования болевого синдрома	A+ 37,5%; A 37,5%; A- 25%; D- 0%; D 0%; D+ 0%
13.	Ингибиторы протонной помпы могут использоваться для купирования болевого синдрома	A+ 27,5%; A 37,5%; A- 25%; D- 7,5%; D 2,5%; D+ 0%

* Оценка по шестибальной шкале Лайкерта

протонной помпы (положение 13). Ферментные препараты часто используются у пациентов с хроническим панкреатитом, ассоциированным с болевым синдромом. Доказательства уменьшения боли на фоне ферментной терапии остаются противоречивыми, однако ферментная терапия оказывает положительное влияние на диарею, мальабсорбцию и потерю веса без

каких-либо соответствующих побочных эффектов [7]. Именно поэтому общепринята точка зрения, согласно которой панкреатические ферменты не должны использоваться с целью лечения боли, связанной с хроническим панкреатитом. Об этом свидетельствует ряд зарубежных консенсусов. Так, Итальянский консенсус (2010) содержит положение, что ферменты

поджелудочной железы не рекомендуются для снижения частоты и тяжести болевых рецидивов при хроническом панкреатите (уровень соглашения: A+ 93,2%; A 4,1%; A- 2%; D- 0%; D 0%; D+ 0%) [8]. Германский консенсус (2012) при высоком уровне доказательности (уровень Ia, степень A) подчеркивает, что ферменты поджелудочной железы не должны использоваться для лечения боли при хроническом панкреатите [9]. Доказательная база впечатляет. Так, метаанализ шести двойных слепых рандомизированных клинических исследований (186 пациентов) показал, что ферменты поджелудочной железы не эффективны для купирования боли [10]. Опубликованные в последние годы плацебоконтролируемые рандомизированные клинические исследования также не продемонстрировали существенного влияния ферментных препаратов на уменьшение боли [11]. Кохрановский систематический обзор 2009 г., включивший 10 рандомизированных клинических исследований (361 пациент), отметил разнородность данных. Несмотря на то что некоторые исследования показали благотворный эффект панкреатина по сравнению с плацебо в уменьшении боли, стеатореи и потребности в анальгетиках, был сделан вывод об отсутствии доказательств положительного влияния ферментных препаратов на болевой синдром и качество жизни при хроническом панкреатите. При этом была констатирована необходимость высококачественных исследований [12].

Спазмолитики не упоминаются в международных документах [13–15] в качестве рекомендованных препаратов для лечения болевого синдрома при хроническом панкреатите в связи с недостаточностью доказательной базы.

Вместе с тем причины болевого синдрома при хроническом панкреатите гетерогенны. Одной из причин считается билиарный сладж или микролитиаз. У таких пациентов возможно применение спазмолитиков для улучшения пассажа желчи в желчных протоках. Другая потенциальная точка приложения спазмолитиков – их действие на моторику кишечника в условиях традиционно плохо контролируемой в Российской Федерации мальдигестии (рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, 2014) [16].

В международных рекомендациях нет указаний на самостоятельную роль ингибиторов протонной помпы для купирования болевого синдрома при хроническом панкреатите. Обсуждается их назначение в комбинации с панкреатином при недостаточной его эффективности вследствие низких значений pH в двенадцатиперстной кишке с целью устранения вторичной панкреатической недостаточности.

В заключение отметим: данная публикация кратко представляет ряд наиболее дискуссионных положений Российского консенсуса по диагностике и лечению хронического панкреатита, проведенного под эгидой Российского панкреатологического клуба по Дельфийской системе. Данный консенсус отличает междисциплинарный подход, обеспеченный участием ведущих гастроэнтерологов, хирургов-панкреатологов и педиатров нашей страны. Обсуждались вопросы в области перекреста интересов, по большому числу из них достигнут консенсус, однако отнюдь не единогласно. Настоящая статья открывает серию публикаций по вопросам консенсуса, полный текст которого будет доступен в ближайшее время в виде отдельного издания. ☺

Литература

1. Linstone H, Turoff M, editors. The Delphi method: Techniques and applications. Available from: www.is.njit.edu/pubs/delphibook/
2. Бордин ДС. Рекомендации Научного общества гастроэнтерологов России по диагностике и лечению хронического панкреатита (приняты 11-м съездом НОГР 2 марта 2011 года на заседании Российского панкреатического клуба). Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2011;(7):122–9.
3. Toskes PP. Update on diagnosis and management of chronic pancreatitis. *Curr Gastroenterol Rep.* 1999;1(2):145–53.
4. Afghani E, Sinha A, Singh VK. An overview of the diagnosis and management of nutrition in chronic pancreatitis. *Nutr Clin Pract.* 2014;29(3):295–311. doi: 10.1177/0884533614529996.
5. Domínguez-Muñoz JE. Pancreatic enzyme therapy for pancreatic exocrine insufficiency. *Curr Gastroenterol Rep.* 2007;9(2):116–22.
6. Hart PA, Bechtold ML, Marshall JB, Choudhary A, Puli SR, Roy PK. Prophylactic antibiotics in necrotizing pancreatitis: a meta-analysis. *South Med J.* 2008;101(11):1126–31. doi: 10.1097/SMJ.0b013e31817ecbda.
7. D'Haese JG, Ceyhan GO, Demir IE, Tieftrunk E, Friess H. Treatment options in painful chronic pancreatitis: a systematic review. *HPB (Oxford).* 2014;16(6):512–21. doi: 10.1111/hpb.12173.
8. Frulloni L, Falconi M, Gabbriellini A, Gaia E, Graziani R, Pezzilli R, Uomo G, Andriulli A, Balzano G, Benini L, Calculli L, Campra D, Capurso G, Cavestro GM, De Angelis C, Ghezzi L, Manfredi R, Malesci A, Mariani A, Mutignani M, Ventrucci M, Zamboni G, Amodio A, Vantini I; Italian Association for the Study of the Pancreas (AISP), Bassi C, Delle Fave G, Frulloni L, Vantini I, Falconi M, Frulloni L, Gabbriellini A, Graziani R, Pezzilli R, Capurso IV, Cavestro GM, De Angelis C, Falconi M, Gaia E, Ghezzi L, Gabbriellini A, Graziani R, Manfredi R, Malesci A, Mariani A, Mutignani M, Pezzilli R, Uomo G, Ventrucci M, Zamboni G, Vantini I, Magarini F, Albarello L, Alfieri S, Amodio A, Andriulli A, Anti M, Arcidiacono P, Baiocchi L, Balzano G, Benini L, Berretti D, Boraschi P, Buscarini E, Calcul-



- li L, Carroccio A, Campra D, Celebrano MR, Capurso G, Casadei R, Cavestro GM, Chilovi F, Conigliaro R, Dall'Oglio L, De Angelis C, De Boni M, De Pretis G, Di Priolo S, Di Sebastiano PL, Doglietto GB, Falconi M, Filauro M, Frieri G, Frulloni L, Fuini A, Gaia E, Ghezze L, Gabbrielli A, Graziani R, Loriga P, Macarri G, Manes G, Manfredi R, Malesci A, Mariani A, Massucco P, Milani S, Mutignani M, Pasqualli C, Pederzoli P, Pezzilli R, Pietrangeli M, Rocca R, Russello D, Siquini W, Traina M, Uomo G, Veneroni L, Ventrucci M, Zilli M, Zamboni G. Italian consensus guidelines for chronic pancreatitis. *Dig Liver Dis.* 2010;42 Suppl 6:S381–406. doi: 10.1016/S1590-8658(10)60682-2.
9. Chronic Pancreatitis German Society of Digestive and Metabolic Diseases (DGVS), Hoffmeister A, Mayerle J, Beglinger C, Büchler MW, Bufler P, Dathe K, Fölsch UR, Friess H, Izbicki J, Kahl S, Klar E, Keller J, Knoefel WT, Layer P, Loehr M, Meier R, Riemann JF, Rünzi M, Schmid RM, Schreyer A, Tribl B, Werner J, Witt H, Mössner J, Lerch MM. S3-Consensus guidelines on definition, etiology, diagnosis and medical, endoscopic and surgical management of chronic pancreatitis German Society of Digestive and Metabolic Diseases (DGVS). *Z Gastroenterol.* 2012;50(11):1176–224. doi: 10.1055/s-0032-1325479.
10. Brown A, Hughes M, Tenner S, Banks PA. Does pancreatic enzyme supplementation reduce pain in patients with chronic pancreatitis: a meta-analysis. *Am J Gastroenterol.* 1997;92(11):2032–5.
11. Whitcomb DC, Lehman GA, Vasileva G, Malacka-Panas E, Gubergrits N, Shen Y, Sander-Struckmeier S, Caras S. Pancrelipase delayed-release capsules (CREON) for exocrine pancreatic insufficiency due to chronic pancreatitis or pancreatic surgery: A double-blind randomized trial. *Am J Gastroenterol.* 2010;105(10):2276–86. doi: 10.1038/ajg.2010.201.
12. Shafiq N, Rana S, Bhasin D, Pandhi P, Srivastava P, Sehmy SS, Kumar R, Malhotra S. Pancreatic enzymes for chronic pancreatitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(4):CD006302. doi: 10.1002/14651858.CD006302.pub2.
13. Lerch MM, Bachmann KA, Izbicki JR. New guidelines on chronic pancreatitis: interdisciplinary treatment strategies. *Chirurg.* 2013;84(2):99–105. doi: 10.1007/s00104-012-2373-z.
14. Mayerle J, Hoffmeister A, Werner J, Witt H, Lerch MM, Mössner J. Chronic pancreatitis – definition, etiology, investigation and treatment. *Dtsch Arztebl Int.* 2013;110(22):387–93. doi: 10.3238/arztebl.2013.0387.
15. de-Madaria E, Abad-González A, Aparicio JR, Aparisi L, Boadas J, Boix E, de-Las-Heras G, Domínguez-Muñoz E, Farré A, Fernández-Cruz L, Gómez L, Iglesias-García J, García-Malpartida K, Guarner L, Lariño-Noia J, Lluís F, López A, Molero X, Moreno-Pérez O, Navarro S, Palazón JM, Pérez-Mateo M, Sabater L, Sastre Y, Vaqueró E, Martínez J. The Spanish Pancreatic Club's recommendations for the diagnosis and treatment of chronic pancreatitis: part 2 (treatment). *Pancreatology.* 2013;13(1):18–28. doi: 10.1016/j.pan.2012.11.310.
16. Ивашкин ВТ, Маев ИВ, Охлобыстин АВ, Кучерявый ЮА, Трухманов АС, Шептулин АА, Шифрин ОС, Лапина ТЛ, Осипенко МФ, Симаненков ВИ, Хлынов ИБ, Алексеенко СА, Алексеева ОП, Чикунова МВ. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению хронического панкреатита. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* 2014;24(4):70–97.
7. D'Haese JG, Ceyhan GO, Demir IE, Tieftrunk E, Friess H. Treatment options in painful chronic pancreatitis: a systematic review. *HPB (Oxford).* 2014;16(6):512–21. doi: 10.1111/hpb.12173.
8. Frulloni L, Falconi M, Gabbrielli A, Gaia E, Graziani R, Pezzilli R, Uomo G, Andriulli A, Balzano G, Benini L, Calculli L, Campra D, Capurso G, Cavestro GM, De Angelis C, Ghezze L, Manfredi R, Malesci A, Mariani A, Mutignani M, Ventrucci M, Zamboni G, Amodio A, Vantini I; Italian Association for the Study of the Pancreas (AISP), Bassi C, Delle Fave G, Frulloni L, Vantini I, Falconi M, Frulloni L, Gabbrielli A, Graziani R, Pezzilli R, Capurso IV, Cavestro GM, De Angelis C, Falconi M, Gaia E, Ghezze L, Gabbrielli A, Graziani R, Manfredi R, Malesci A, Mariani A, Mutignani M, Pezzilli R, Uomo G, Ventrucci M, Zamboni G, Vantini I, Magarini F, Albarello L, Alfieri S, Amodio A, Andriulli A, Anti M, Arcidiacono P, Baiocchi L, Balzano G, Benini L, Berretti D, Boraschi P, Buscarini E, Calculli L, Carroccio A, Campra D, Celebrano MR, Capurso G, Casadei R, Cavestro GM, Chilovi F, Conigliaro R, Dall'Oglio L, De Angelis C, De Boni M, De Pretis G, Di Priolo S, Di Sebastiano PL, Doglietto GB, Falconi M, Filauro M, Frieri G, Frulloni L, Fuini A, Gaia E, Ghezze L, Gabbrielli A, Graziani R, Loriga P, Macarri G, Manes G, Manfredi R, Malesci A, Mariani A, Massucco P, Milani S, Mutignani M, Pasqualli C, Pederzoli P, Pezzilli R, Pietrangeli M, Rocca R, Russello D, Siquini W, Traina M, Uomo G, Veneroni L, Ventrucci M, Zilli M, Zamboni G. Italian consensus guidelines for chronic pancreatitis. *Dig Liver Dis.* 2010;42 Suppl 6:S381–406. doi: 10.1016/S1590-8658(10)60682-2.
9. Chronic Pancreatitis German Society of Digestive and Metabolic Diseases (DGVS), Hoffmeister A, Mayerle J, Beglinger C, Büchler MW, Bufler P, Dathe K, Fölsch UR, Friess H, Izbicki J, Kahl S, Klar E, Keller J, Knoefel WT, Layer P, Loehr M, Meier R, Riemann JF, Rünzi M, Schmid RM, Schreyer A, Tribl B, Werner J, Witt H, Mössner J, Lerch MM. S3-Consensus guidelines on definition, etiology, diagnosis and medical, endoscopic and surgical management of chronic pancreatitis German Society of Digestive and Metabolic Diseases (DGVS). *Z Gastroenterol.* 2012;50(11):1176–224. doi: 10.1055/s-0032-1325479.
10. Brown A, Hughes M, Tenner S, Banks PA. Does pancreatic enzyme supplementation reduce pain in patients with chronic pancreatitis: a meta-analysis. *Am J Gastroenterol.* 1997;92(11):2032–5.
11. Whitcomb DC, Lehman GA, Vasileva G, Malacka-Panas E, Gubergrits N, Shen Y, Sander-Struckmeier S, Caras S. Pancrelipase delayed-release capsules (CREON) for exocrine pancreatic insufficiency due to chronic pancreatitis or pancreatic surgery: A double-blind randomized trial. *Am J Gastroenterol.* 2010;105(10):2276–86. doi: 10.1038/ajg.2010.201.

References

1. Linstone H, Turoff M, editors. The Delphi method: Techniques and applications. Available from: www.is.njit.edu/pubs/delphibook/
2. Bordin DS. Rekomendatsii Nauchnogo obshchestva gastroenterologov Rossii po diagnostike i lecheniyu khronicheskogo pankreatita (prinaty 11-m s"ezdom NOGR 2 marta 2011 goda na zasedanii Rossiyskogo pankreaticheskogo kluba) [Recommendations of the Gastroenterological scientific society of Russia on the diagnostic and treatment of chronic pancreatitis (adopted at the 11th congress of the GSSR, March 2, 2011, at the meeting of Russian pancreatic club)]. *Ekspertim'naya i klinicheskaya gastroenterologiya.* 2011;(7):122–9 (in Russian).
3. Toskes PP. Update on diagnosis and management of chronic pancreatitis. *Curr Gastroenterol Rep.* 1999;1(2):145–53.
4. Afghani E, Sinha A, Singh VK. An overview of the diagnosis and management of nutrition in chronic pancreatitis. *Nutr Clin Pract.* 2014;29(3):295–311. doi: 10.1177/0884533614529996.
5. Domínguez-Muñoz JE. Pancreatic enzyme therapy for pancreatic exocrine insufficiency. *Curr Gastroenterol Rep.* 2007;9(2):116–22.
6. Hart PA, Bechtold ML, Marshall JB, Choudhary A, Puli SR, Roy PK. Prophylactic antibiotics in necrotizing pancreatitis: a meta-analysis. *South Med J.* 2008;101(11):1126–31. doi: 10.1097/SMJ.0b013e31817ecbda.



12. Shafiq N, Rana S, Bhasin D, Pandhi P, Srivastava P, Sehmy SS, Kumar R, Malhotra S. Pancreatic enzymes for chronic pancreatitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(4):CD006302. doi: 10.1002/14651858.CD006302.pub2.
13. Lerch MM, Bachmann KA, Izbicki JR. New guidelines on chronic pancreatitis: interdisciplinary treatment strategies. *Chirurg.* 2013;84(2):99–105. doi: 10.1007/s00104-012-2373-z.
14. Mayerle J, Hoffmeister A, Werner J, Witt H, Lerch MM, Mössner J. Chronic pancreatitis – definition, etiology, investigation and treatment. *Dtsch Arztebl Int.* 2013;110(22):387–93. doi: 10.3238/arztebl.2013.0387.
15. de-Madaria E, Abad-González A, Aparicio JR, Aparisi L, Boadas J, Boix E, de-Las-Heras G, Domínguez-Muñoz E, Farré A, Fernández-Cruz L, Gómez L, Iglesias-García J, García-Malpartida K, Guarnier L, Lariño-Noia J, Lluís F, López A, Molero X, Moreno-Pérez O, Navarro S, Palazón JM, Pérez-Mateo M, Sabater L, Sastre Y, Vaquero EC, Martínez J. The Spanish Pancreatic Club's recommendations for the diagnosis and treatment of chronic pancreatitis: part 2 (treatment). *Pancreatology.* 2013;13(1):18–28. doi: 10.1016/j.pan.2012.11.310.
16. Ivashkin VT, Maev IV, Okhlobystin AV, Kucheryavyy YuA, Trukhmanov AS, Sheptulin AA, Shifrin OS, Lapina TL, Osipenko MF, Simanenkova VI, Khlynov IB, Alekseenko SA, Alekseeva OP, Chikunova MV. Rekomendatsii Rossiyskoy gastroenterologicheskoy assotsiatsii po diagnostike i lecheniyu khronicheskogo pankreatita [Guidelines of the Russian gastroenterological association on diagnostics and treatment of a chronic pancreatitis]. *Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii* [Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology]. 2014;24(4):70–97 (in Russian).

The Russian consensus on diagnosis and treatment of chronic pancreatitis: points of debate

Khat'kov I.E.^{1,2} • Maev I.V.² • Bordin D.S.¹ • Kucheryavyy Yu.A.² • Grinevich V.B.³

in the name of the Russian Expert Consensus Panel for Diagnosis and Treatment of Chronic Pancreatitis*

The most controversial provisions of the Russian Consensus on Diagnosis and Treatment of Chronic Pancreatitis (hereinafter, the Consensus) are presented. The debate has been initiated by the Russian Pancreatic Club and performed with the use of the Delphi system, based on interdisciplinary approach with participation of leading gastroenterologists, surgeons and pediatricians. This paper is the first in the series of the Consensus-related publications. Here we discuss the most controversial issues of Chapter 5 "Treatment of acute episodes" and Chapter 8 "Strategies of pain syndrome management". While discussing the conventional recommendation of a period of starvation for patients with clinical symptom of exacerbation of chronic pancreatitis, it was noted that for a long time it had been virtually the only way to provide functional rest

for the pancreas. However, patients with chronic pancreatitis are frequently in malnutrition, therefore, starving may aggravate nutritional deficit that significantly affects the prognosis; therefore, early nutritional support is indicated. To alleviate functional strain of the pancreas, it is reasonable to use enteral nutrition elemental and semi-elemental formulas. The transition from formulas to conventional nutrition should be accompanied by administration of adequate pancreatic doses. The role of pancreatic enzymes, spasmolytics and proton pump inhibitors in the management of pain syndrome was also controversial.

Key words: chronic pancreatitis, interdisciplinary consensus, Delphi system, Pancreatic Club

doi: 10.18786/2072-0505-2016-44-6-654-660

Khat'kov Igor' E. – MD, PhD, Professor, Director¹, Head of Chair of Faculty Surgery No. 2², President of the Russian Pancreatic Club

Maev Igor' V. – MD, PhD, Professor, Member-Correspondent of Russian Academy of Sciences, Prorector on Educational Work, Head of Chair of Internal Diseases Propedeutics and Gastroenterology²

Bordin Dmitry S. – MD, PhD, Head of Department of Pancreatic, Biliary and Upper Gastrointestinal Tract Diseases¹, Scientific Secretary of the Russian Pancreatic Club

✉ 86 Shosse Entuziastov, Moscow, 111123, Russian Federation. Tel.: +7 (495) 304 95 51.
E-mail: d.bordin@mknc.ru

Kucheryavyy Yuriy A. – MD, PhD, Associate Professor, Chair of Internal Diseases Propedeutics and Gastroenterology²

Grinevich Vladimir B. – MD, PhD, Head of Chair of Internal Disease No. 2 (Postgraduate Medical Training)³

Professional Medical Community "Russian Pancreatic Club"

¹ Moscow Clinical Scientific and Practical Center, Moscow Healthcare Department; 86 Shosse Entuziastov, Moscow, 111123, Russian Federation

² Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov; 20–1 Deleghatskaya ul., Moscow, 127473, Russian Federation

³ Kirov Military Medical Academy; 6 Akademika Lebedeva ul., Saint Petersburg, 194044, Russian Federation

* Abdulkhakov S.R., Alekseenko S.A., Alieva E.I., Alikhanov R.B., Baranovskiy A.Yu., Beloborodova E.V., Belousova E.A., Buriev I.M., Bystrovskaya E.V., Vertyankin S.V., Vinokurova L.V., Gal'perin E.I., Glabay V.P., Gorelov A.V., Danilov M.V., Darwin V.V., Dubtsova E.A., Dyuzheva T.G., Egorov V.I., Efanov M.G., Zagaynov V.E., Zakharova N.V., Ivashkin V.T., Izrailov R.E., Kornienko E.A., Kornilov N.G., Korobka V.L., Korochanskaya N.V., Kokhanenko N.Yu., Kriger A.G., Livzan M.A., Loranskaya I.D., Nikol'skaya K.A., Osipenko M.F., Okhlobystin A.V., Pasechnikov V.D., Plotnikova E.Yu., Polyakova S.I., Pyshkin S.A., Sablin O.A., Simanenkova V.I., Ursova N.I., Tsvirkun V.V., Shabunin A.V.