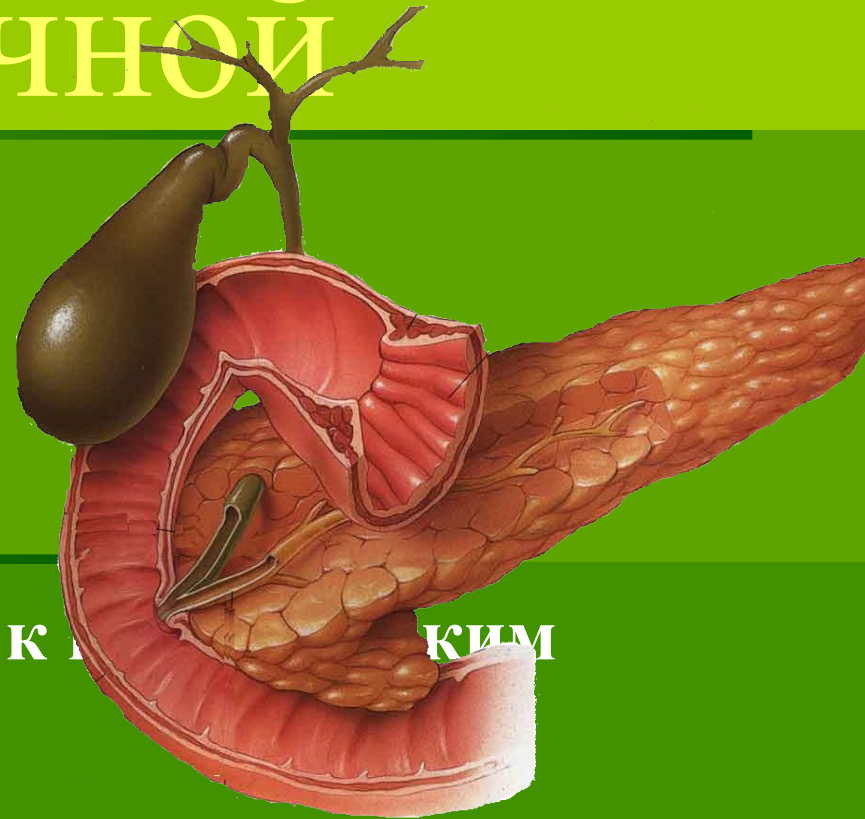


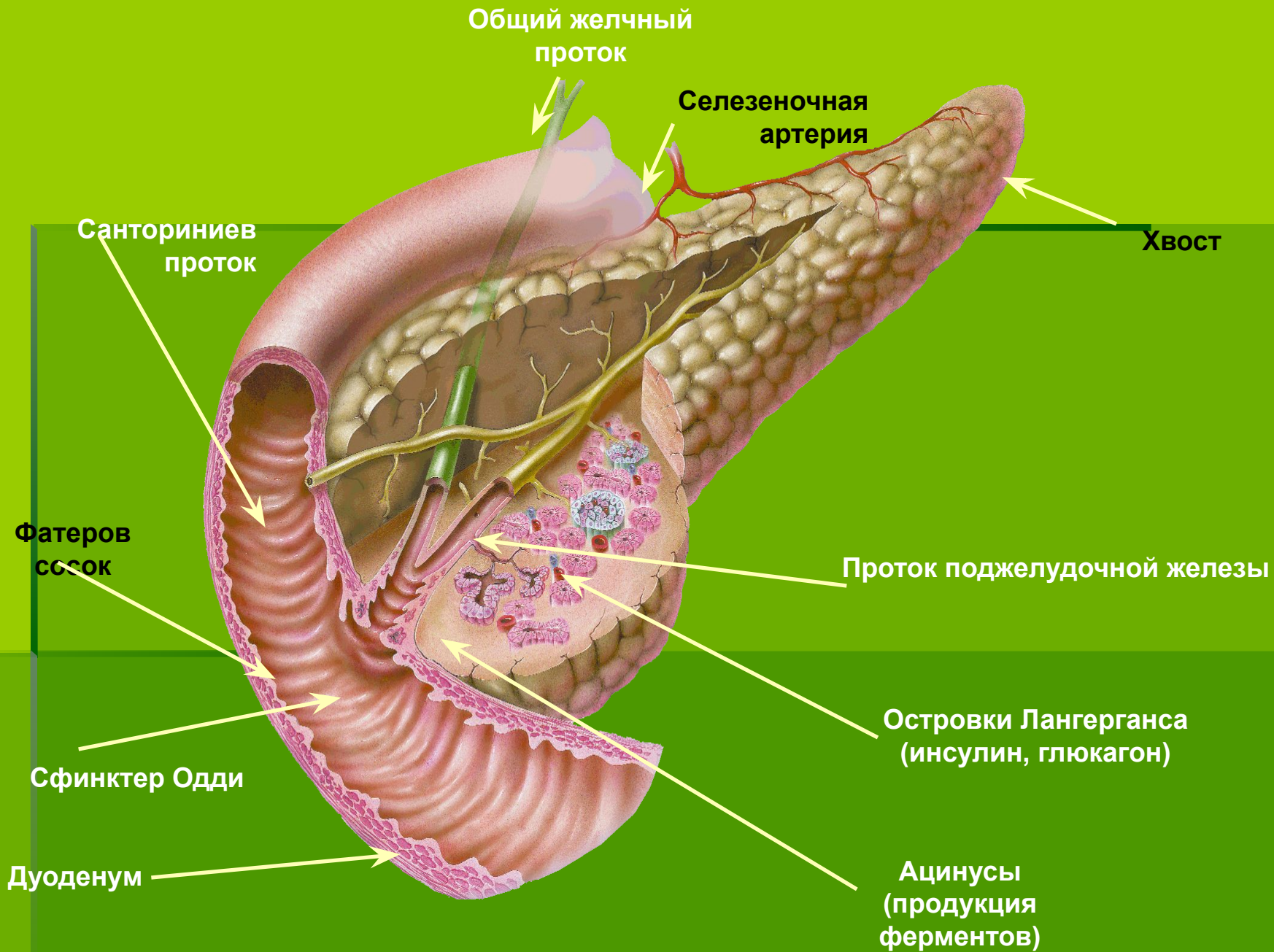
Заболелвания поджелудочной железы



Мультимедийный атлас к занятиям

Кафедра

госпитальной терапии №1



ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

ПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ,
ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ
НАРАСТАЮЩИМИ И НЕОБРАТИМЫМИ
НЕКРОТИЧЕСКИМИ И ВОСПАЛИТЕЛЬНО -
ДЕСТРУКТИВНЫМИ
ИЗМЕНЕНИЯМИ ПАРЕНХИМЫ,
ПРИВОДЯЩИМИ К СТОЙКОМУ
НАРУШЕНИЮ ФУНКЦИЙ ОРГАНА

Хронический панкреатит

- Частота – 5-9% среди заболеваний органов пищеварения
- Общемировая тенденция увеличения заболеваемости (в 2 раза за последние 30 лет)
- Европа: 5 - 7 случаев на 100 000 человек.
- Распространенность в России среди взрослых за последние 10 лет увеличилась в 3 раза, среди подростков в 4 раза
- Патология желчевыводящих путей является причиной ХП в 35-56% случаев
- У 40% больных с ХП – синдром дуоденальной гипертензии
- Летальность при ХП составляет до 11,9%
(основная причина 51,5% - гнойно-септические осложнения)
- Хронический панкреатит часто играет роль «ложа» карциномы поджелудочной железы.

Ошибки в диагностике ХП составляют на догоспитальном этапе до **90%** и до **17%** - в стационаре.

Самые разнообразные нарушения пищеварения, зачастую не связанные с поражением ПЖ, **«эхогенная неоднородность»** ПЖ нередко рассматриваются в качестве достаточного основания для диагностики ХП.

Увеличение частоты распространения хронических панкреатитов

а) Улучшение диагностики



б) Увеличение употребления алкоголя

в) Неблагоприятные факторы внешней среды



Этиология хронического

панкреатита

- Алкоголь - Алкогольный - 30-60%
- Заболевания желчного пузыря и желчных путей - Билиарнозависимый – 20-40 %
- Идиопатический ХП
- Лекарственные препараты
- Муковисцидоз (у детей)
- Гиперпаратиреоз
- Гиперлипидемия
- Токсические вещества
- Метаболический ацидоз
- Белковая недостаточность
- Уремия
- Гормональные и циркуляторные расстройства
- Инфекции
- Системные заболевания (СКВ, узелковый периартериит)
- Травма
- Послеоперационный ХП

Метаболический синдром и хронический панкреатит

ожирение

инсулинорезистентность

гиперглицинемия

пища, богатая жирами и холестерином

Метаболический синдром

андрогены

Накопление холестерина в сосудистой стенке

ИБС

ИБМ

эстрогены

Накопление холестерина в желчи, желчном пузыре.

Микролиты в ампуле фатерова сосочка.

Папиллит, стеноз фатерова сосочка.
Индукция панкреатической секреции жирами и алкоголем.
Активизация панкреатических ферментов в результате гипертриглицеридемии.

Эпизоды обострения хронического панкреатита.

Клиническая диагностика хронического панкреатита

1. Болевой синдром

1. Синдром мальдигестии и мальабсорбции

1. Инкреторная недостаточность

Механизмы боли при панкреатите

- **Повышение протокового давления**
- **Повышение тканевого давления**
- **Окислительный стресс**
- **Влияние кининов**
- **Отек железы**
- **Периневральное воспаление, фиброз**

Дискинезии
желчевыводящих путей

Хронический
холецистит

Желчнокаменная
болезнь



ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

Причины абдоминальных болей при хроническом панкреатите

Панкреатические:

Панкреатическая боль



Oldrich Kulhanek

1. **Воспалительный процесс ткани поджелудочной железы** (растяжение капсулы, сдавление нервных окончаний).
- ✓ Клиника: боль постоянного характера, локализуется в центре эпигастрия, иррадирует в спину, не зависит от приема пищи, обычно затихает или уменьшается через 5-7 дней от начала обострения, лучше купируется анальгетиками

Причины абдоминальных болей при хроническом панкреатите

Панкреатические:

2. Развитие панкреатического неврита
(вовлечение в воспалительный и
фибротический процесс
внутрипанкреатических нервных окончаний).
- Клиника: боль носит интенсивный
постоянный характер с иррадиацией в
спину, продолжительностью больше недели,
купируется только мощной анальгезирующей
терапией.

Боль при внутрипротоковой гипертензии

Клиника: боль опоясывающего, приступообразного характера, локализуется в центре эпигастрия, возникает во время приема пищи, нередко сопровождается тошнотой и рвотой, не приносящей облегчение, купируется спазмолитиками и препаратами, снижающими панкреатическую секрецию.



3. Обструкция панкреатических протоков (камни, рубцы, белковые преципитаты) и/или развитие псевдокист и кист

Повышение внутриполостного давления в протоках:

- Дисфункция сфинктера Одди
(у 77% больных с идиопатическим
панкреатитом повышено базальное
давление в сфинктере вирсунгова
протока)
- Дуоденальная дискинезия и
дуоденальная гипертензия

Причины абдоминальных болей при хроническом панкреатите

4. Сдавление общего желчного протока (отек, фиброз, киста или псевдокиста головки ПЖ или стеноз БДС.

- ✓ Клиника: боль локализуется в правом верхнем квадранте живота с иррадиацией в правую лопатку и усиливается после еды, иногда сочетается с симптомами рецидивирующего холангита

5. Дуоденальный стеноз (вдавление в просвет ДПК увеличенной головки поджелудочной железы или псевдокисты).

- ✓ Клиника: боль усиливается после еды, и/или проявляется симптомами частичной кишечной непроходимости

Внепанкреатические:



Внепанкреатические:

6. Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы (моторные расстройства пищеварительного тракта, нарушение ферментного гидролиза компонентов пищи с избыточным газообразованием в результате микробной контаминации ДПК и тонкой кишки).

7. Регионарный мезоденит

Клиника: тупые сверлящие боли слева выше пупка, часто возникающие или усиливающиеся во время ходьбы и при физической нагрузке

МЕХАНИЗМЫ

РАЗВИТИЯ ВНЕШЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

I. Абсолютная панкреатическая недостаточность

II. Относительная панкреатическая недостаточность

обусловлена:

1. Падением интрадуорального уровня pH ниже 5,5
 - **Инактивация ферментов** ▶
2. Моторными расстройствами 12-перстной кишки
 - **Нарушение смешивания ферментов с пищевым химусом**
3. Избыточным бактериальным ростом в тонкой кишке
 - **Разрушение ферментов**
4. Дефицитом желчи и энтерокиназы
 - **Нарушение активации липазы и трипсиногена**

ДИАГНОСТИКА ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Клинические признаки

- Диспепсические расстройства, метеоризм, боль;
- Диарея с жирным зловонным калом более 200 г/сутки;
- Падение веса тела в сочетании с нормальным или повышенным аппетитом;
- Дефицит витамина В12 и жирорастворимых витаминов – редко.

ПЕРИОДЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

НАЧАЛЬНЫЙ ПЕРИОД (до 10 лет) - чередование периодов обострения и ремиссии. Основное проявление – боли разной интенсивности и локализации. Диспепсический симптомокомплекс, если и бывает, то носит сопутствующий характер и купируется при лечении в первую очередь.

ОСЛОЖНЕННЫЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ ХП (в любом периоде)

ВТОРОЙ ПЕРИОД (как правило, после 10 лет) - основное – диспепсический симптомокомплекс (желудочный и кишечный).



Лабораторная диагностика

1. Общий анализ крови и мочи

В период обострения: лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, ускорение СОЭ

2. Амилаза, билирубин, АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП, сахар, по показаниям сахарная кривая, кальций, общий белок и фракции

В период обострения: умеренное повышение уровня АЛТ, АСТ, ГГТП, умеренная диспротеинемия.

При сдавлении общего желчного протока – синдром холестаза – повышение уровня билирубина, холестерина, ЩФ, ГГТП

3. Диастаза мочи

Повышение м.б. при:

- язвенной болезни с пенетрацией
- внематочной беременности с разрывом труб
- хронической почечной недостаточности
- кетоацидозе при сахарном диабете
- кишечной непроходимости
- эпидемическом паротите
- холангите, холецистите
- аппендицит
- пневмония, опухоль легкого
- ОЖОГИ

ДИАГНОСТИКА ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Исследование кала:

Качественное - копрограмма

Ранний признак – наличие нейтрального жира (стеаторея) с последующим появлением переваренных мышечных волокон (креаторея)

Подготовка больного к копрологическому исследованию

За 1-2 дня до исследования назначается диета, содержащая 80-100 г/сутки жира, 200 г/сутки мяса, 700-1000 г/сутки углеводов (крахмал, растительная клетчатка).

- За 2-3 дня до исследования отменяются ферменты и все препараты, оказывающие влияние на секреторную и моторную функцию пищеварительного тракта.

ДИАГНОСТИКА ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- Определение панкреатической эластазы 1 в кале. Самый стабильный фермент ПЖ при транзите по кишечнику - маркер экзокринной функции ПЖ
- Результаты определения эластазы 1 коррелируют с золотыми стандартами (секретин-панкреозиминный и секретин-церулеиновый тесты).
- Определения эластазы 1 в кале не требует прерывания ФЗТ.
- Уровень <200 мкг эластазы в 1 г кала свидетельствует о панкреатической недостаточности.

Инструментальная диагностика хронического панкреатита

- Обзорный снимок брюшной полости
- **Рентгенологическое исследование** (кальцификаты, деформации, вдавления ДПК, нарушения моторной функции).
- УЗИ брюшной полости
- **КТ брюшной полости**
- * *Увеличение и деформация органа*
- * *Кальцинаты в ПЖ*
- * *Псевдокисты*
- * *Расширение панкреатического протока*
- * *Фокальные изменения ПЖ*

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (УЗИ)

Основано на механических колебаниях упругой среды с частотой от 1 до 15 МГц. Датчик УЗ-колебаний посылает импульсы и принимает их отражение от различных структур. Отраженные сигналы преобразуются компьютером в двухмерное изображение.

(+)

- ДОСТУПНОСТЬ
- БЕЗВРЕДНОСТЬ
нет ионизирующего излучения, можно многократно обследовать детей и беременных женщин
- ИНФОРМАТИВНОСТЬ
оцениваются все отделы ПЖ, размеры, контуры, паренхима, Вирсунгов проток, сосуды



(-)

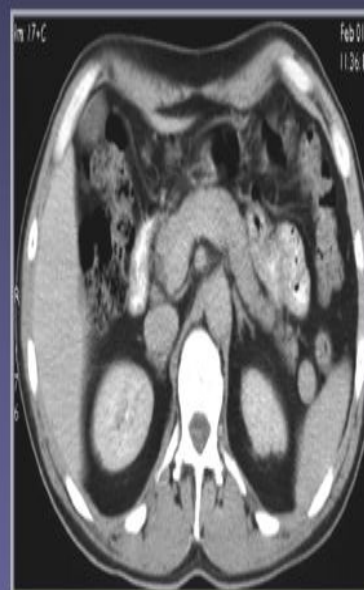
- ТРУДНОСТЬ дифференциации элементов менее 1 см
- ФАКТОРЫ затрудняющие исследование – рубцы, повязки, кишечные газы
- ОТСУТСТВИЕ объективизации результатов исследования, на основании которых оценивается заключение

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ (КТ)

Метод получения изображения поперечного сечения человеческого тела. В основе лежит многократное измерение детекторами степени ослабления рентгеновского излучения. Источником излучения является рентгеновская трубка, вращающаяся вокруг оси тела пациента.

(+)

- ОТСУТСТВИЕ СКРЫТЫХ ЗОН
- ДЕНСИТОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ
- ПОЛИОРГАННОСТЬ



(-)

- ИОНИЗИРУЮЩЕЕ ИЗЛУЧЕНИЕ
- ОГРАНИЧЕННАЯ ДОСТУПНОСТЬ
- ЙОДСОДЕРЖАЩИЕ КОНТРАСТНЫЕ В-ВА

Инструментальная диагностика хронического панкреатита

- **ЭГДС** (изменения фатерова соска, вдавление стенки ДПК, симптом "манной крупы").
- **ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ – ЭУС** - ПОЗВОЛЯЕТ ИЗБЕЖАТЬ ПОМЕХ СОЗДАВАЕМЫХ ГАЗОМ В КИШЕЧНИКЕ И ЖИРОВОЙ ТКАНЬЮ.

ЭРХПГ – «ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ», ПОКАЗАНИЯ К ЭРХПГ

■ *Деформация протоковой системы*

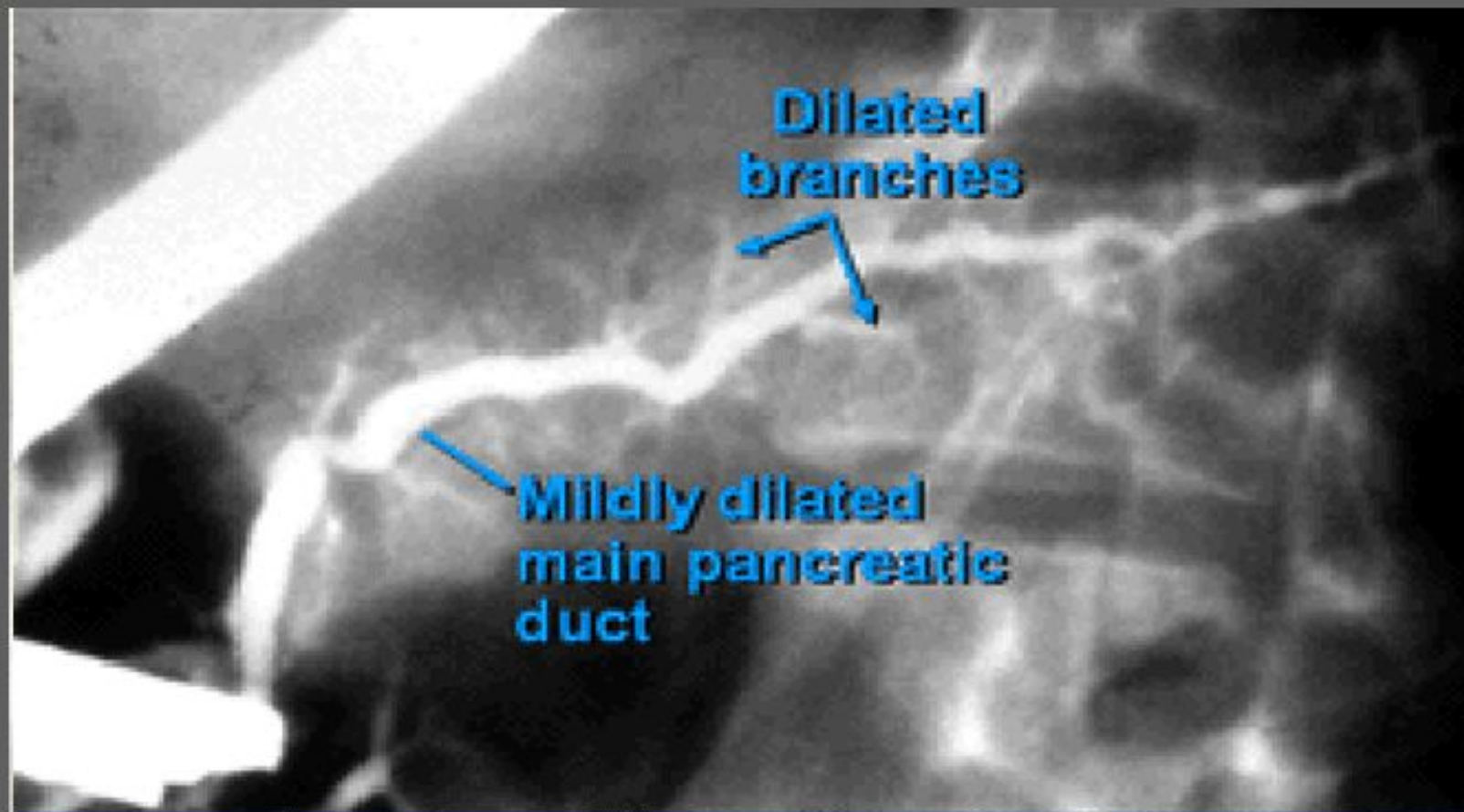
1. Подозрение на карциному ПЖ
2. Тяжелые формы хр. панкреатита
3. Панкреатиты с упорным болевым синдромом
4. Псевдоопухолевые формы хр. панкреатита

■ *Осложнения ЭРХПГ:*

1. Развитие острого панкреатита
2. Активизация инфекции в желчных путях

Диагностика

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография



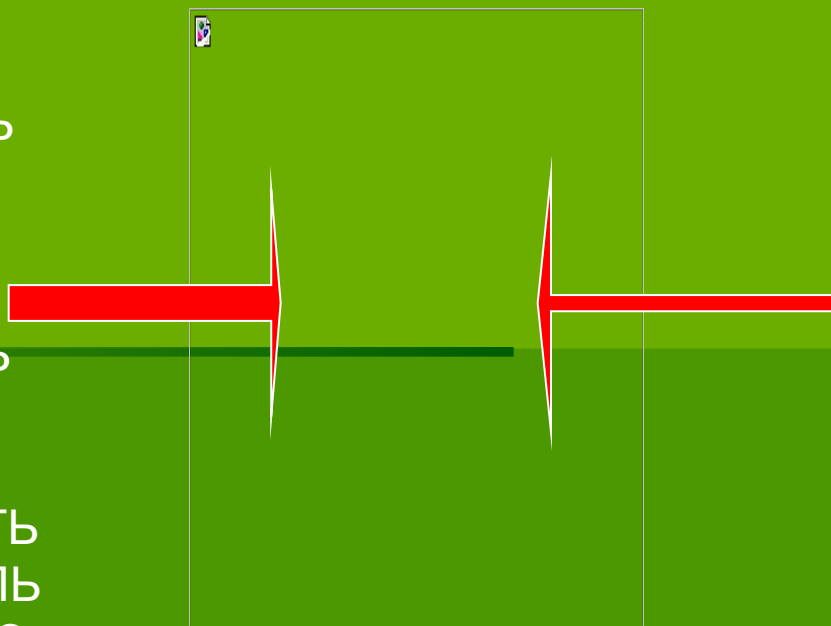
ЦЕЛИ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Цели лечения

- ОБЕСПЕЧИТЬ РАЗГРУЗКУ ЖЕЛЕЗЫ
- СНЯТЬ БОЛЬ
- ВОССТАНОВИТЬ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ

Методы:

- КОНСЕРВАТИВНЫЕ
- ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ
- ХИРУРГИЧЕСКИЕ



ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

I. Отказ от употребления алкоголя.

II. Соблюдение диеты, которая способствует:

- * Уменьшению гиперферментемии.**

- * Подавлению секреторной функции поджелудочной железы.**

- * Уменьшению явлений стаза в протоках и внутрипросветного давления желудке и ДПК.**

Диета в период обострения

- При легких обострениях ХП – ограничение количества принимаемой пищи с предпочтением углеводов
- Пища в вареном виде, жидкой или полужидкой консистенции.
- Режим питания дробный (5-6 раз в сутки), объем пищи не более 300 г на прием.
- Исключают продукты твердой и густой консистенции, резко ограничивают молочные продукты, богатые кальцием

Диета №5П, щадящий вариант 5-7 дней

В фазе обострения показана диета **5П**

Химический состав:

- Белки 80 г.
- Углеводы 200г.
- Жир 40-60 г.
- Калорийность 1500-1800 ккал.
- Свободной жидкости – 1,5л
- Соли – 8 -10г.

В фазе затухающего обострения и ремиссии показан **2-й вариант диеты 5П.**

- **Калорийность 2500-2800 ккал.**
- **Белки 110-120г.**
- **Углеводы 300-350г. за счет простых, легкоусвояемых продуктов (мед, варенье, сахар, конфеты)**
- **Жир 80г.**

ДИЕТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Исключить продукты, вызывающие вздутие кишечника

1. Содержащие грубую клетчатку:

- Сырые фрукты и овощи
- Белокочанную капусту
- Редис, щавель, горох

2. Богатые экстрактивными веществами, стимулирующими секрецию кишечника пищеварительных соков:

- мясные, рыбные, грибные, крепкие овощные отвары
- кофе, какао,
- кислые фруктовые соки,
- вино,
- квас, газированные напитки.

Болевой синдром

Тактика ведения пациента

Ведение больных хроническим панкреатитом

1. Болевой синдром

Задачи:

- ✓ Снизить панкреатическую секрецию,
- ✓ Восстановить отток панкреатического секрета в двенадцатиперстную кишку,
- ✓ Влияние на центральные механизмы формирования болевого синдрома.

Создание функционального покоя
поджелудочной железе и купирование боли

Ингибирование панкреатической секреции

ПРЯМОЕ

соматостатин
даларгин
глюкагон
холинолитики

ОПОСРЕДОВАННОЕ

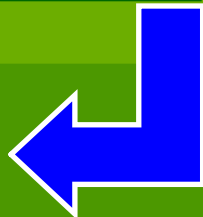
Угнетение секреции HCl
(холинолитики, H2-блокаторы, ИПП)

Уменьшение синтеза секретина и ХЦК

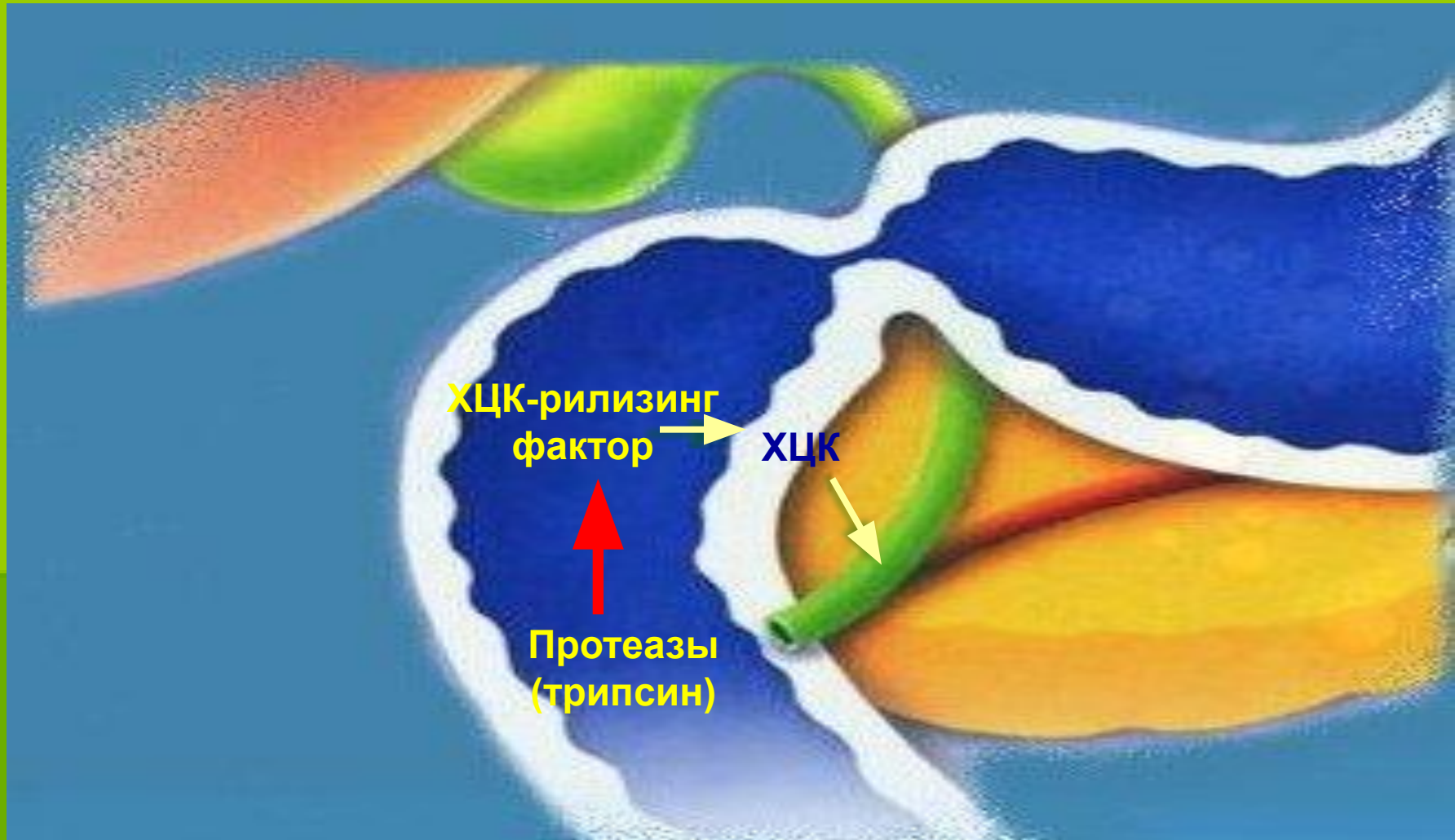
Уменьшение объема и ферментной
активности панкреатического сока

Снижение протокового и тканевого
давления

Купирование боли

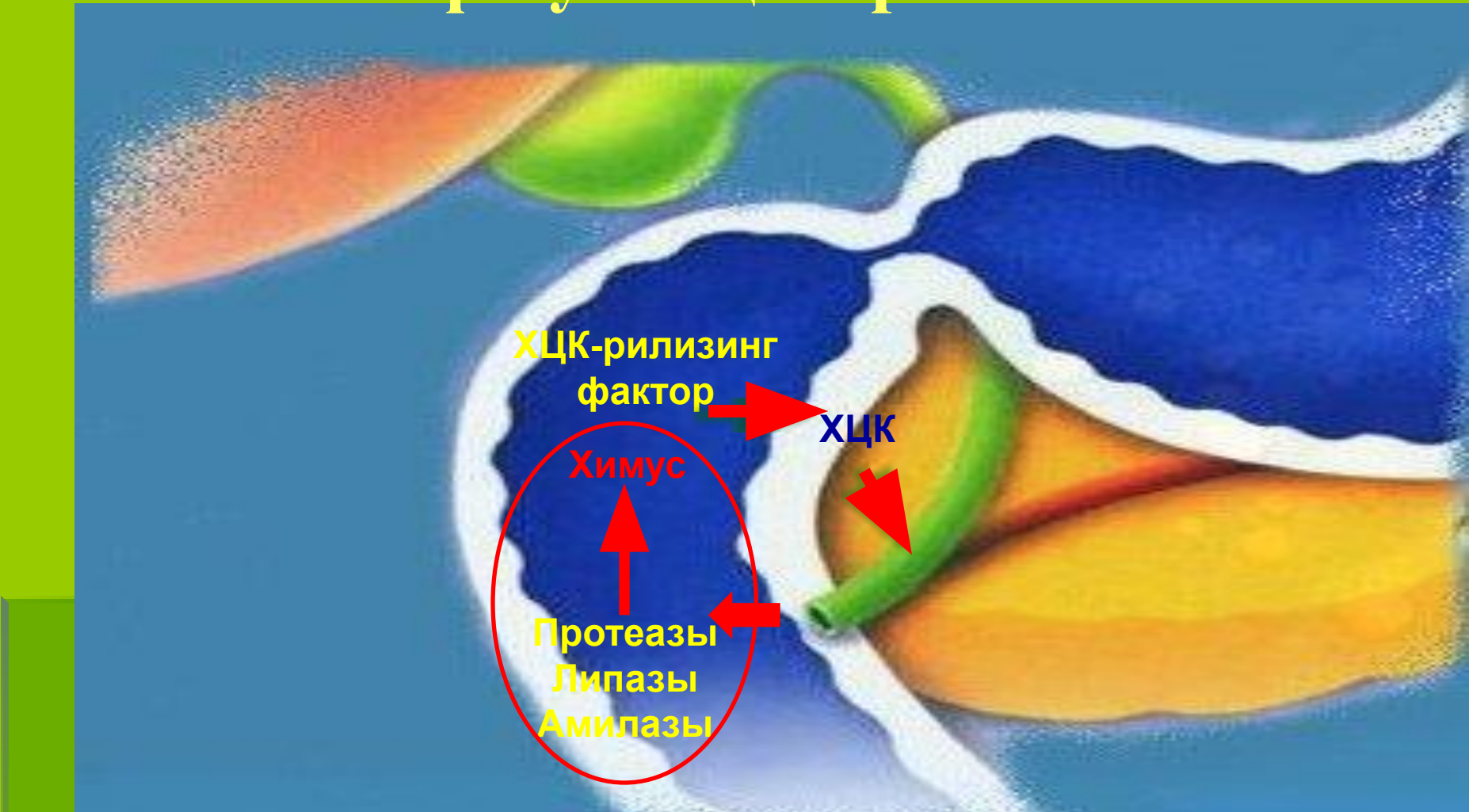


Регуляция секреции ПЖ в межпищеварительный период



Протеазы (трипсин) разрушают ХЦК-релизинг фактор и секреция ПЖ поддерживается на минимальном уровне

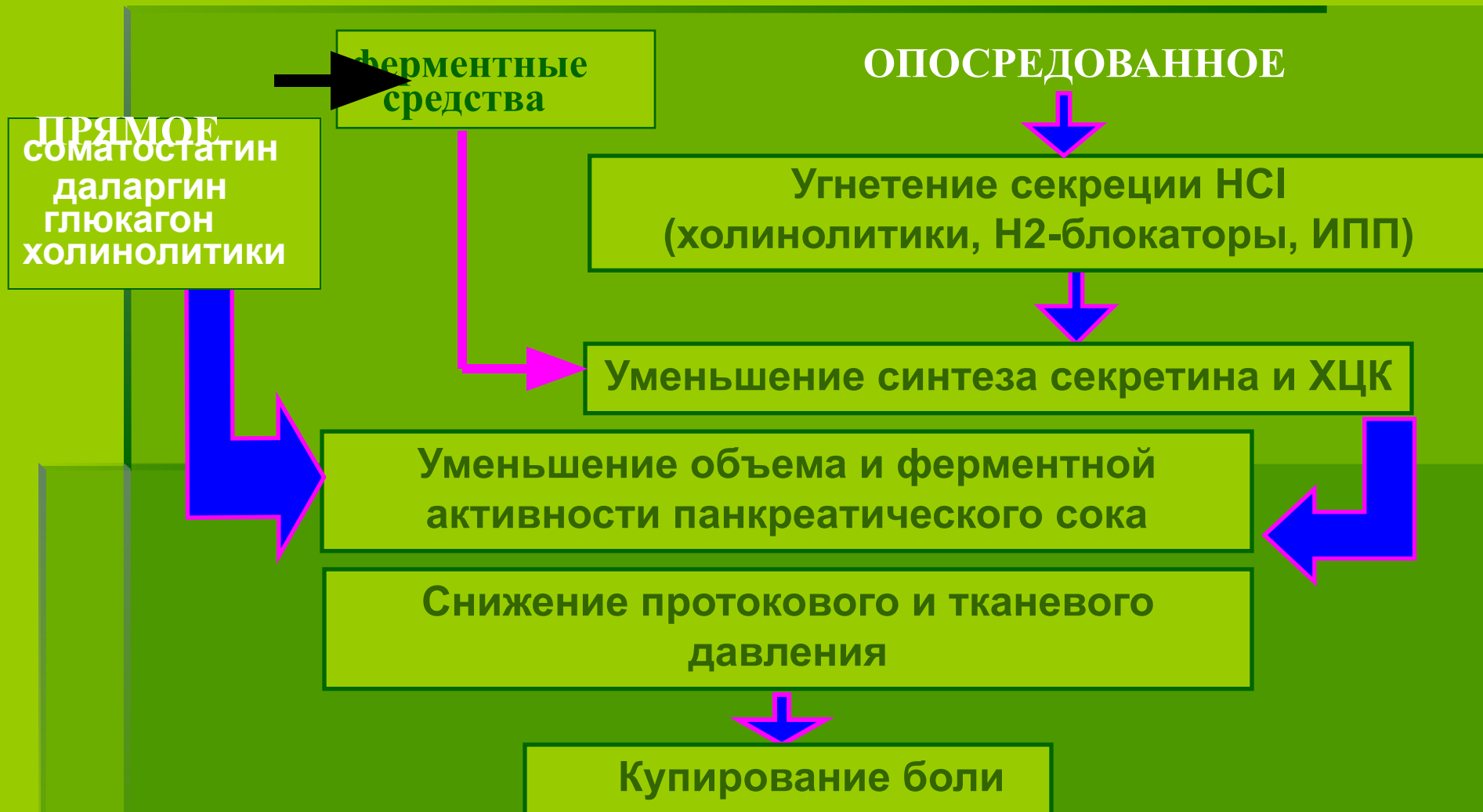
Регуляция секреции ПЖ в фазу пищеварения



При поступлении пищевого химуса ферменты связываются с субстратом, ХЦК-релизинг фактор не разрушается и запускается секреция ферментов

Создание функционального покоя
поджелудочной железе и купирование боли

Ингибирование панкреатической секреции



Комбинация Креон 25 000 и Дюспаталин – эффективная схема купирования боли при хроническом панкреатите

Дюспаталин® и Креон® 25 000 – эффективная схема купирования боли при хроническом панкреатите

ДЮСПАТАЛИН®



- Нормализация тонуса сфинктера Одди
- Снижение давления в протоках
- Уменьшение дуоденальной гипертензии

Дюспаталин 3-4 недели
до 4-5 курсов в год*



КРЕОН® 25 000



- Снижение продукции холецистокинин-релизинг фактора
- Торможение панкреатической секреции

Ведение больных хроническим панкреатитом

Болевой синдром (продолжение)

- Полное исключение алкоголя.
- Панкреатические ферменты, содержащие только панкреатин (например: панкреатин, мезим-форте, панзинорм-форте Н, креон 10000 при отсутствии внешнесекреторной недостаточности или креон 25000 при наличии внешнесекреторной недостаточности с каждым приемом пищи).
- ИПП (омепразол и др.) или блокаторы H₂ рецепторов гистамина (фамотидин 20 мг 2 раза в сутки)
- Буферные антациды (рутацид, маалокс, протаб, фосфалюгель, гастал и др.) 1 доза перед едой + 1 доза через 30-40 мин. после еды.
- Спазмоанальгетики парентерально 1-3 раза в сутки.

Купирование болевого синдрома:

Антибактериальная терапия используется только по особым показаниям:

- Обострение протекающее по типу острого
- Наличие инфекции в билиарной системе
- При избыточном бактериальном росте микрофлоры в ДПК

Ведение больных хроническим панкреатитом (продолжение).

2. Синдром внешнесекреторной недостаточности

Задачи терапии

- Компенсация нарушенных процессов пищеварения
- Деконтаминация 12-перстной и тонкой кишки.
- Повышение интрадуоденального уровня рН.
- Снижение интрадуоденального давления

Принципы лечения внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы



Диета

Исключение алкоголя, твердой, кислой, жареной пищи, ограничение животных жиров. Белок – 100-150 г, жир – 65-70 г, углеводы – 500 г и более в сутки.

Принципы лечения внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы

Ферментные препараты.

Абсолютные показания к назначению:

- Прогрессирующая трофологическая недостаточность (Дефицит массы тела)
- Стойкий диарейный синдром и диспепсия.
- Непереносимость жира в суточном количестве менее 50 г.
- Наличие при копрологическом исследовании стеатореи и креатореи.
- Снижение содержания в кале эластазы 1 ниже 200 мкг/г.

Принципы лечения внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы (продолжение)

3. Препараты, увеличивающие активность ферментов поджелудочной железы в тонкой кишке в результате:

- Повышения интрадуоденального уровня pH (H₂-блокаторы, ИПП, буферные антациды)
- Нормализации моторной активности кишечника (прокинетики, спазмолитики – по показаниям)
- Деконтаминации 12-перстной и тонкой кишки (антибактериальные препараты 2-3 курса, продолжительностью 5-7 дней – сульфаниламиды, нитрофураны, интетрикс, ципрофлоксацин и др.)

В период ремиссии

- Соблюдение диеты и режима питания
- Состав суточного рациона: жиры 80 г/сутки, из них растительных – 70%, белки – 80-120 г, углеводы – 600 г, предпочтительно полисахариды
- Полное исключение алкоголя
- Использование ферментных препаратов



при наличии внешнесекреторной недостаточности ПЖ **постоянно**,



при ее отсутствии - по требованию

ТЕРАПИЯ ЭКЗОКРИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



- Доза ферментных препаратов зависит от степени внешнесекреторной недостаточности,
- от индивидуальных пищевых привычек пациента и от желания соблюдать диету

Выбор препарата

- 1) Высокое содержание липазы
- 2)  - наличие защитной оболочки
- 3) Быстрое высвобождение ферментов в верхних отделах тонкой кишки
- 4) Отсутствие желчных кислот



Фармакологические основы лечения экзокринной недостаточности поджелудочной железы

- Действующее начало (панкреатин) должно достигать точки приложения (двенадцатиперстной кишки), не подвергаясь разрушению, и проявлять свою активность только в кишечнике



- Эффект препарата должен развиваться с началом поступления пищи в двенадцатиперстную кишку



Правильный подбор дозы ферментного препарата – основа успешной терапии

Разовая доза при каждом приеме пищи

Взрослые и дети старше одного года



1 капсула КРЕОН 10 000



2 капсулы КРЕОН 10 000 или 1 капсула КРЕОН 25 000



2 капсулы КРЕОН 25 000



3–4 капсулы КРЕОН 25 000

- дискинезии желчевыводящих путей
- холецистит
- желчнокаменная болезнь
- гастродуоденит и язвенная болезнь 12-перстной кишки
- дуодено-и гастростаз
- воспалительные заболевания кишечника
- синдром избыточного бактериального роста

Хронический панкреатит

• Начальная доза



• увеличение дозы при необходимости

• Восстановление нутритивного статуса

- послеоперационный период на органах брюшной полости
- гепатит
- цирроз печени
- холестатические поражения печени
- билиарная обструкция

- муковисцидоз
- резекция поджелудочной железы
- рак поджелудочной железы



ОПТИМАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ ФЕРМЕНТНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Заболевание	Ведущий копрологический признак	Ферментный препарат первого выбора
Хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью легкой и средней степени тяжести	Нейтральный жир (стеаторея)	Препараты панкреатина – мезим форте, панзинорм форте Н, креон,
Хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью тяжелой степени	Нейтральный жир, креаторея (мышечные волокна без исчерченности)	Микрогранулированные формы панкреатина - креон , панцитрат, ликреаза,

Критерии эффективности лечения

При правильно подобранной дозе:

- Улучшение самочувствия больного
- Уменьшение или исчезновение болей
- Стабилизация или увеличение массы тела
- Уменьшение или исчезновение диареи
- Нормализация копрограммы

СОВРЕМЕННЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ФЕРМЕНТНОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Минимикросферы панкреатина 25 000- 40 000 единиц липазы /прием
пищи

+

-

Увеличение дозы в 2-3 раза

+

-

Проверка адекватности назначаемой дозы ферментного препарата
посредством анализа фекального химотрипсина

+

-

Проверка диагноза : целиакия, синдром избыточного бактериального
роста, слепая петля, лямблиоз

+

-

Специфическая терапия

Дополнительное подавление
кислотообразования в желудке и/или
снижение количества жира в диете

Креон 25 000

показания для назначения

- Начальная доза при хроническом панкреатите
- Начальная доза при средней и выраженной экзокринной недостаточности при других заболеваниях
- Купирование боли при хроническом панкреатите
- Пациентам с отсутствием клинически выраженных нарушений, но которым требуется коррекция белково-энергетической недостаточности:
 - Пациенты с хроническим панкреатитом и индексом массы тела ниже нормы
 - Пациенты с хроническим панкреатитом и иммунодефицитом
 - Пациенты с хроническим панкреатитом и астенией, повышенной утомляемостью
 - Пациенты с хроническим панкреатитом и другими хроническими заболеваниями (например, ХОБЛ)

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВУТ

- ХП с внешнесекреторной недостаточностью - 20-26 дней
- ХП с внешнесекреторной и инкреторной недостаточностью - 28-35 дней



Основным принципом
медицины остается «Не
навреди».

Поэтому, назначая *новые*
лекарственные средства, препараты,
обладающие *мощным*
антисекреторным эффектом или
комбинированные схемы,
ответственный врач всегда
взвешивает возможность
возникновения побочных эффектов.
Вопрос безопасности
медикаментозной терапии имеет
столь же принципиальное
значение, как и ее
эффективность.