

Рекомендации по диагностике и лечению Хронического панкреатита

К.м.н., доцент кафедры внутренних болезней №2 с курсом ПО
Вырва Полина Владимировна

Красноярск, 2018

Пищеварительные ферменты поджелудочной железы определяют роль органа в пищеварении

Фермент	Форма секреции	Действие
Альфа-амилаза	Активная	Расщепление полисахаридов (крахмал, гликоген) до мальтозы и мальтотриозы
Липаза	Активная	Гидролиз триглицеридов с образованием моноглицеридов и жирных кислот
Фосфолипаза-А	Профермент, активируется трипсином	Гидролиз фосфатидилхолина с образованием лизофосфатидилхолина и жирных кислот
Карбоксиэластераза	Активная	Гидролиз эфиров холестерина и эфиров жирорастворимых витаминов
Трипсин	Профермент (трипсиноген), активируется энтерокиназой	Расщепление протеинов и полипептидов внутри молекулы белка, преимущественно в зоне аргинина и лизина
Химотрипсин	Профермент (химотрипсиноген), активируется трипсином	Расщепление внутренней связи белка в зоне ароматических аминокислот, лейцина, глутамина, метионина
Эластаза	Проэластаза, активируется трипсином	Расщепление эластина и протеина соединительной ткани

Определение



Хронический панкреатит (ХП) — длительно протекающее воспалительное заболевание поджелудочной железы (ПЖ), проявляющееся ее необратимыми морфологическими изменениями, которые вызывают боли и/или стойкое снижение функции органа.

Экзокринная панкреатическая недостаточность (ЭПН) — состояние, при котором количество секретируемых ферментов недостаточно для поддержания нормального пищеварения; обычно возникает при разрушении более 90% активной паренхимы поджелудочной железы (фиброз или липоматоз).

Эпидемиология

Распространенность в Европе составляет 25,0–26,4 случая на 100 тыс. населения, в России — 27,4–50 случаев на 100 тыс. населения

Заболеваемость ХП в развитых странах колеблется в пределах 5–10 случаев на 100 тыс. населения; в мире в целом — 1,6–23 случая на 100 тыс. населения в год. Повсюду наблюдается тенденция к увеличению заболеваемости острым и хроническим панкреатитом, за последние 30 лет — более чем в 2 раза. Обычно ХП развивается в зрелом возрасте (35–50 лет).

В развитых странах средний возраст с момента установления диагноза снизился с 50 до 39 лет, среди заболевших на 30% увеличилась доля женщин; первичная инвалидизация больных достигает 15%

Этиология (классификация TIGAR-O)

- Токсический/метаболический (связанный со злоупотреблением алкоголем, табакокурением, гиперкальциемией, гиперпаратиреоидизмом, хронической почечной недостаточностью, действием медикаментов и токсинов)

- Идиопатический

— раннее начало (боль);

— позднее начало (боль отсутствует у 50% пациентов, быстрое развитие кальцификации, экзо- и эндокринной недостаточности);

— тропический панкреатит (тропический кальцифицирующий, фиброкалькулезный панкреатический диабет)

- Наследственный

- аутосомно-доминантный;

— катионический трипсиноген (мутации в кодонах 29 и 122);

— аутосомно-рецессивный;

— мутации CFTR (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator — ген трансмембранного регулятора муковисцидоза);

— мутации SPINK1 (serine protease inhibitor, Kazal type 1 — панкреатический секреторный ингибитор трипсина);

— мутации катионического трипсиногена (кодоны 16, 22, 23);

— α 1-антитрипсин

- Аутоиммунный

— изолированный;

— ассоциированный с другими аутоиммунными заболеваниями

Этиология (классификация TIGAR-O)

- ХП как следствие рецидивирующего и тяжелого острого панкреатита
 - постнекротический (тяжелый острый панкреатит);
 - рецидивирующий острый панкреатит;
 - сосудистые заболевания/ишемический;
 - лучевой
- Обструктивный
 - стеноз сфинктера Одди;
 - обструкция протока, например, опухолью, периампулярными кистами двенадцатиперстной кишки (ДПК);
 - посттравматические рубцы панкреатических протоков (осложнение эндоскопических процедур — папиллосфинктеротомии, экстракции конкрементов и т. д.);
 - pancreas divisum

Классификация ХП

1. По этиологии:

- Билиарнозависимый
- Алкогольный
- Дисметаболический
- Инфекционный
- Лекарственный
- Аутоиммунный
- Идиопатический

2. По клиническим проявлениям:

- Болевой
- Диспепсический
- Сочетанный
- Латентный

3. По морфологическим признакам:

- Интерстиционально-отечный
- Паренхиматозный
- Фиброзно-склеротический
- Гиперпластический
- Кистозный

4. По характеру клинического течения:

- Редко рецидивирующий
- Часто рецидивирующий
- С постоянно присутствующей симптоматикой

5. Осложнения:

- Нарушения оттока желчи
- Портальная гипертензия (подпеченочная)
- Эндокринные нарушения:
 - панкреатогенный сахарный диабет
 - гипогликемические состояния и др.
- Воспалительные изменения — абсцесс, киста, паранекротит, «ферментативный» холецистит, пневмония, экссудативный плеврит, паранефрит и пр.

Клинические признаки и симптомы

□ Боль в животе — основной симптом ХП.

Обычно боль локализуется в эпигастрии с иррадиацией в спину (опоясывающая), усиливаясь после приема пищи и уменьшаясь в положении сидя или наклоне вперед. Приступы боли могут рецидивировать (тип А: непродолжительные приступы в течение до 10 дней на фоне длительных безболевых периодов), иногда возможны постоянные боли (тип В: более тяжелые и продолжительные эпизоды с безболевыми периодами длительностью 1–2 мес, чаще наблюдаются при алкогольном ХП)

□ Недостаточность внешнесекреторной функции ПЖ

- Диарея
- Потеря массы тела
- Панкреатическая мальдигестия
- Синдром мальабсорбции (дефицит витаминов, анемия, отеки)



Осложнения

- Одним из частых осложнений ХП является формирование псевдокист. Как правило, они образуются на месте некроза ткани вследствие разрушения протоков ПЖ, на месте предыдущего некроза и последующего скопления секрета. Псевдокисты встречаются приблизительно у $\frac{1}{3}$ пациентов с ХП. Кисты могут быть разных размеров, бессимптомными или проявляются сдавлением соседних органов, вызывая боли в верхней половине живота.
- Отек и фиброз ПЖ могут вызывать сдавление общего желчного протока с развитием желтухи (у 16–33% пациентов).
- Эрозивный эзофагит, синдром Мэллори– Вейса, гастродуоденальные язвы (они обусловлены значительным снижением продукции бикарбонатов ПЖ), хроническую дуоденальную непроходимость и абдоминальный ишемический синдром.

Осложнения

- Обострение ХП может сопровождаться панкреонекрозом с развитием инфекционных осложнений (воспалительные инфильтраты, абсцессы, гнойные холангиты, септические состояния). К осложнениям панкреатита можно отнести и возникновение протоковой аденокарциномы железы
- Следствием прогрессирующего фиброза ПЖ и панкреатической мальдигестии, не контролируемой заместительной ферментной терапией, является синдром мальабсорбции с развитием дефицита микронутриентов. Пациенты с ХП в первую очередь подвержены риску развития недостаточности жирорастворимых витаминов (А, D, Е и К) и витамина В12. Остеопороз является установленным осложнением ХП.

Клиническое течение хронического панкреатита с развитием и прогрессированием внешнесекреторной недостаточности



Начальный период
(обострения и ремиссия)

1-5 лет



Стадия экзокринной
недостаточности ПЖ

5-10 лет



Развитие осложнений

7-10 лет

Выражен болевой синдром
Примерно в 15% случаев боли отсутствуют
Диспепсический синдром носит сопутствующий характер и купируется при лечении в первую очередь

Выражен диспепсический синдром
Гастроэзофагеальный рефлюкс
Моторные нарушения кишечника
Мальдигестия

Упорный диспепсический синдром
Изменение характера болевого синдрома (меняется интенсивность, становятся постоянными, иррадируют)

Причины экзокринной недостаточности ПЖ

Первичная

- Хронический панкреатит
- Липоматоз ПЖ
- Резекция ПЖ
- Рак ПЖ
- Муковисцидоз
- Изолированная недостаточность липазы
- Синдром Швахмана (внешнесекреторная недостаточность ПЖ, нейтропения, дизостоз метафизов трубчатых костей, экзема, небольшой рост)
- Синдром Йохансона-Бриззарда (врожденная мальабсорбция, аплазия крыльев носа, глухота, гипотиреозидизм, микросомия, отсутствие коренных зубов)

Вторичная

- Заболевания слизистой тонкой кишки (уменьшение секретинной и холецистокининовой стимуляции на ПЖ)
- Гастронома (инактивация ферментов ПЖ)
- Анастомоз по Бильрот – II (нарушение перемешивания пищи с ферментами ПЖ)
- Врожденная недостаточность энтерокиназы
- ЖКБ, цирроз печени (дефицит желчных кислот, несинхронное поступление желчи и панкреатического сока в ДПК)

Диагностика

- Диагноз ХП можно заподозрить на основании условно-специфичных приступов абдоминальной боли и/или клинических признаков недостаточности внешнесекреторной функции ПЖ у пациента, регулярно принимающего алкоголь, и/или у курильщика. В пользу диагноза ХП может быть факт семейного анамнеза заболевания.

Диагностика

- В отличие от острого панкреатита, при ХП редко наблюдается повышение уровня ферментов в крови или моче, поэтому если это происходит, можно подозревать формирование псевдокисты или панкреатического асцита. Стойко повышенный уровень амилазы в крови позволяет сделать предположение о макроамилаземии (при этом амилаза образует крупные комплексы с белками плазмы, не фильтрующиеся почками, а в моче наблюдается нормальная активность амилазы) или о наличии внепанкреатических источников гиперамилаземии.

Внепанкреатические источники гиперاميлаземии и гиперамилазурии

- Почечная недостаточность
- Болезни слюнных желез (эпидемический паротит, конкременты, радиационный сиаладенит)
- Осложнения челюстно-лицевой хирургии
- «Опухолевая» гиперамилаземия (рак легкого, рак пищевода, рак яичников)
- Макроамилаземия
- Ожоги
- Диабетический кетоацидоз
- Беременность
- Трансплантация почки
- Травма головного мозга
- Лекарственные препараты (морфин)
- Болезни органов брюшной полости: болезни желчных путей (холецистит, холедохолитиаз), осложнения язвенной болезни (перфорация или пенетрация язв, непроходимость или инфаркт кишечника), внематочная беременность, перитонит, аневризма аорты, послеоперационная гиперамилаземия.

Методы лучевой диагностики

- **Обзорная рентгенография брюшной полости** дает возможность выявить только выраженную кальцификацию в проекции ПЖ.

Обзорная рентгенография в 30–40% случаев позволяла обнаружить кальцификацию ПЖ или внутрипротоковые конкременты, особенно при исследовании в косой проекции. При этом следует помнить, что кальциноз железы чаще всего встречается при алкогольном, наследственном ХП и редко — при идиопатическом панкреатите. Более того, кальцификация характерна и для рака ПЖ.

Ультразвуковая эхография

- Трансабдоминальное ультразвуковое исследование (УЗИ), как правило, всегда выступает в качестве метода первичного скрининга.

В пользу диагноза ХП следует отнести следующие признаки:

- псевдокисты,
- кальцификация и вирсунголитиаз,
- выраженная дилатация ГПП в сочетании с уплотнением его стенок,
- показатели осложнений ХП — псевдокисты, расширение общего желчного протока, воротной и селезеночной вен

Диагностика

- Такие изолированные или сочетанные признаки, как диффузные изменения ПЖ, ее контур и изменение размеров не являются надежными признаками ХП. Их наличие в сочетании с клинической картиной, аномальными результатами функциональных тестов ПЖ позволяют клиницисту рассматривать диагноз ХП как возможный.

Диагностика

- Трансабдоминальное УЗИ эффективно только для подтверждения диагноза тяжелого ХП с выраженными структурными изменениями. Этот метод может использоваться для первичного скрининга и исключения иных причин боли в животе, а также в динамике для наблюдения за пациентом с установленным диагнозом ХП, при псевдокистах ПЖ. Отсутствие признаков ХП при трансабдоминальном УЗИ не исключает диагноз ХП.

Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ)

Данными, указывающими на ХП

- атрофия железы,
- наличие конкрементов в протоках,
- дилатация ГПП,
- интра- или перипанкреатические кисты,
- утолщение перипанкреатической фасции и тромбоз селезеночной вены,
- неоднородность структуры, нечеткость контуров и увеличение размеров ПЖ.

МСКТ с внутривенным контрастированием позволяет обнаружить зоны некроза ПЖ (отсутствие накопления контрастного вещества)

Эндоскопическое ультразвуковое исследование

- ЭУЗИ наиболее информативно для диагностики раннего ХП (минимальных изменений), особенно при использовании стимуляции панкреатической секреции, контрастировании и эластографии ПЖ, однако этот метод требует высокой квалификации специалиста.

Диагностические критерии Rosemont:

Пять признаков, отражающих состояние паренхимы органа:

- ячеистость
- гиперэхогенные очаги с тенью,
- гиперэхогенные очаги без тени,
- кисты,
- тяжесть,

Пять протоковых критериев

- дилатация ГПП,
- расширение боковых ветвей,
- неравномерность главного протока,
- гиперэхогенность стенок протока,
- наличие конкрементов

МРТ и МРПХГ

Данными МРТ, указывающими на ХП

- снижение интенсивности сигнала на T1WI при подавлении сигнала от жировой ткани и снижение контрастности.

Комбинация этого метода и МРПХГ с секретинной стимуляцией служит наиболее точным методом верификации панкреатита при минимальных изменениях поджелудочной железы. Использование контрастирования существенно повышает чувствительность метода при дифференциальной диагностике ХП и опухолей железы. При выполнении МРПХГ можно с высокой точностью определить заполненные жидкостью структуры: ГПП и псевдокисты.

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

- Инвазивная процедура с риском осложнений, позволяет выявить изменения структуры протоков, псевдокисты, достоверно установить диагноз ХП. ЭРХПГ дает возможность обнаружить изменения ГПП и его ветвей (нерегулярное расширение протоков — «цепь озер»). Она может быть наиболее ценной при отсутствии ЭУЗИ или сомнительных результатах МРХПГ.

Лабораторные методы диагностики экзокринной недостаточности поджелудочной железы

- Снижение уровня общего белка и фракций альбуминов, факторов свертывания крови, кальция, витамина В 12 (трофологический статус)
- Копрологический тест (стеаторея, креаторея, амилорея)
- Функциональные тесты (секретин-панкреозиминный и др.)
- **Определение панкреатических ферментов в кале**

Функциональные методы исследования

- **Определение активности эластазы-1 в кале**

Наибольшие преимущества имеет определение эластазы в кале иммуноферментным методом (с помощью моноклональных антител): данным способом определяется лишь эластаза человека, поэтому результаты теста не зависят от проведения заместительной терапии.

Снижение содержания эластазы в кале свидетельствует о первичной экзокринной недостаточности ПЖ (0–100 мкг/г — тяжелая; 101–200 — средняя или легкая), что является показанием для пожизненной, чаще всего для так называемой высокодозной заместительной ферментной терапии.

Определять уровень эластазы в динамике практически не имеет смысла, так как количество оставшихся клеток ПЖ, функционально готовых к секреции, не может увеличиться

Клинико-лабораторные стадии внешнесекреторной недостаточности ПЖ

- 1 ст. – минимальная недостаточность: жирный кал, транзиторный метеоризм, послабление после приема алкоголя и жирной пищи, после переедания, стеаторея (эластаза -1 более 200 мкг/г)
- 2 ст. – умеренная недостаточность: постоянный метеоризм, частые или постоянные поносы, стеаторея, креаторея, амилорея (эластаза-1 более 100мкг/г)
- 3 ст. – тяжелая недостаточность: постоянные поносы и метеоризм, снижение веса вплоть до кахексии, гиповитаминозы, дистрофические изменения органов (эластаза-1 менее 100мкг/г)



Кахексия



Диагностика эндокринной недостаточности

- Определения концентрации гликозилированного гемоглобина (HbA1c), уровня глюкозы крови натощак или проведения нагрузочной пробы с глюкозой.
- Международный экспертный комитет рекомендовал использовать для диагностики диабета HbA1c (при уровне $\geq 6,5\%$), а не концентрацию глюкозы в крови

Пример формулировки диагноза

1. Хронический кальцифицирующий панкреатит токсической этиологии (этанол, курение), персистирующая болевая форма с экзокринной и эндокринной недостаточностью поджелудочной железы, панкреатогенный сахарный диабет, легкое течение, субкомпенсация. Осложнения: нутритивная недостаточность.
2. Хронический идиопатический панкреатит, редко рецидивирующая болевая форма с экзокринной панкреатической недостаточностью. Осложнения: панкреатогенный сахарный диабет средней степени тяжести, инсулинопотребный, мелкая псевдокиста головки поджелудочной железы, не требующая дренирования, трофологическая недостаточность (снижение ИМТ, гипопроteinемия, В12-дефицитная анемия легкой степени).

Консервативное лечение

- 1) прекращение приема алкоголя и отказ от курения независимо от предполагаемой этиологии заболевания, суточных доз алкоголя и количества выкуриваемых сигарет в сутки, стажа употребления спиртных напитков и табакокурения;
- 2) определение причины боли в животе и попытка снижения ее интенсивности;
- 3) лечение недостаточности внешнесекреторной функции ПЖ;
- 4) выявление и лечение эндокринной недостаточности на ранних стадиях до развития осложнений;
- 5) нутритивная поддержка;
- 6) скрининг аденокарциномы ПЖ, особенно при наследственном (семейном) панкреатите, отягощенном наследственном анамнезе по раку железы, длительном анамнезе доказанного ХП, возрасте старше 60 лет.

Диетотерапия

- Рекомендуется дробный прием пищи — небольшими порциями 5–6 раз в сутки в зависимости от тяжести заболевания. Желательно высокое содержание в ней белка и углеводов, если это не усиливает боль и диспепсические симптомы.
- Степень ограничения жиров при экзокринной панкреатической недостаточности зависит от тяжести стеатореи, в большинстве случаев жиры не ограничиваются, особенно нерафинированные растительные. Купирование стеатореи достигается не за счет ограничения приема жира (что необходимо для нормального всасывания жирорастворимых витаминов), а посредством назначения ферментной заместительной терапии в адекватной дозе. Лишь в тяжелых случаях, когда выраженная стеаторея, несмотря на использование адекватной заместительной терапии, вызывает сильный дискомфорт, приводит к социальной дезадаптации, показана диета, содержащая менее 40–60 г жира в сутки

Купирование боли в животе

При интенсивной боли показано периодическое назначение ненаркотических анальгетиков, например парацетамола 1000 мг - 3 раза в день, при неэффективности следует отдавать предпочтение трамадолу (800 мг/сут). Опубликовано большое количество исследований, свидетельствующих о целесообразности применения только микротаблетированного или минимикросферического панкреатина в высоких дозах в комбинации с антисекреторными препаратами для купирования панкреатической боли

Купирование боли

- Пациенту назначают дробный прием пищи с равномерным распределением жира во все порции, количество последнего ограничивают только при неуправляемой стеаторее; обязательны полный отказ от алкоголя и прекращение курения.
- При интенсивной боли необходимо назначение анальгетиков — парацетамола или НПВС с последующим переходом в случае недостаточной эффективности к трамадолу. В отдельных случаях может потребоваться постоянный прием наркотических анальгетиков или дополнительное пробное 6–12-недельное лечение высокими дозами минимикросфер или микротаблеток панкреатина в сочетании антисекреторными препаратами (ИПП), витаминominеральными комплексами либо дополнительное назначение антидепрессантов или прегабалина, уменьшающих проявления сопутствующей депрессии, снижающих выраженность боли и потенцирующих эффект ненаркотических анальгетиков.
- При неэффективности консервативной терапии в течение 3 мес или наличии положительных результатов от назначения наркотических анальгетиков (ввиду высокого риска зависимости — в течение 2 нед) показана консультация хирурга и эндоскописта для оценки вероятности купирования боли с использованием методик эндоскопического или хирургического лечения.

Лечение при недостаточности внешнесекреторной функции ПЖ

Клинические показания для проведения заместительной ферментной терапии при ХП:

- верифицированная стеаторея;
- хроническая диарея, полифекалия;
- нутритивная недостаточность;
- перенесенный панкреонекроз, тяжелый ХП (кальцификация паренхимы ПЖ или внутрипротоковые кальцинаты в сочетании с расширением ГПП);
- перенесенные оперативные вмешательства на ПЖ с нарушением нормального пассажа пищи (классическая панкреатодуоденальная резекция, латеральная панкреатоюностомия с петлей, выключенной по Ру);
- состояние после любых хирургических вмешательств на железе с признаками внешнесекреторной недостаточности.

Лечение

Пациентам с клинически выраженной стеатореей (неоформленный, с жирным блеском, зловонный стул в большом количестве) рекомендуется назначение ферментов ПЖ на основании клинических данных.

При ХП с признаками нутритивной недостаточности (потеря в весе, гипотрофия мышц, остеопороз, признаки гиповитаминоза) назначение заместительной ферментной терапии может быть показано даже без верификации стеатореи

- В различных препаратах панкреатина содержание липазы, протеазы и амилазы неодинаково.
- Пациент должен получать не менее 25–40 тыс. ед. липазы на основной прием пищи и 10–25 тыс. ед. на промежуточный прием.
- Эффективность заместительной ферментной терапии более высока при назначении ферментов во время или сразу после еды

Пищеварение – напряженный физиологический процесс

- У здоровых людей в фазу пищеварения поступление панкреатической липазы составляет 480000 ЕД в течение 4 часов после еды
- Мальабсорбция не развивается, если в двенадцатиперстную кишку попадает более 5-10% от нормальной максимальной продукции фермента.
- Для коррекции стеатореи необходимо обеспечить поступление от 25000 до 50000 ЕД липазы в течение 4 часов постпрандиального периода.

- Тяжелая панкреатическая недостаточность после перенесенного панкреонекроза у больных кальцифицирующим панкреатитом, у пациентов со значительно сниженной эластазой-1 кала (менее 200 мкг/г) свидетельствует о значимом снижении возможностей ПЖ к образованию эндогенных панкреатических ферментов (менее 5–10% от исходного), что определяет необходимость пожизненной заместительной терапии ММСП или микротаблетками панкреатина в подобранной дозе

Лечение при эндокринной недостаточности ПЖ

- При лечении СД на фоне ХП необходимо стремиться улучшить контроль уровня глюкозы для предотвращения осложнений, избегая развития гипогликемии.

Ферментативные препараты

- **Действующее вещество:** Панкреатин (Pancreatin)
- **Показания:** проведение заместительного лечения при недостаточной экзокринной функции поджелудочной железы, сопровождающей заболевания – *муковисцидоз, хронический панкреатит, панкреатэктомию, рак поджелудочной железы, обструкцию протоков ЖКТ при новообразованиях, синдром Швахмана-Даймонда*, а также у пожилых пациентов;
симптоматическое лечение нарушений пищеварительных процессов при частичной резекции желудка, *тотальной гастрэктомии, билиарной обструкции, циррозе печени, холестатическом гепатите*, патологиях терминального отдела и чрезмерном бактериальном росте в тонком кишечнике.

Ферментные препараты

Препарат	Панкреатин	Липаза	Амилаза	Протеаза Трипсин	Цена и количество в упаковке
Креон	150мг	10000	8000	600	20 капсул -270
	300мг	25000	18000	1000	20капсул - 560
	400мг	40000	25000	1600	50 капсул -1370
Панзинорм	96.558 – 123.915	10000	7200	400	21 капсула-110
Панзинорм -форте	269,12– 279,44	20000	12000	900	21капсула - 116
Эрмиталь	87,28-112,96	10000	9000	500	20капсул -163
	218,2-282,4	25000	18000	1200	20капсул – 165
	272,02–316,68	36000	22500	1250	20капсул - 469
Пангрол	153,5	10000	9000	500	20 капсул - 247
Микразим	128мг	10000	7500	520	20 капсул – 218
	312мг	25000	19000	1300	50капсул - 750
	512мг	40000	30240	2080	50 капсул -1415

Схема лечения

- Диета с режимом питания 5-6 раз в день, исключение жирного, жареного, острого, алкоголя.
- **Ферменты – Эрмиталь или Креон 25тЕД по 1 капсуле – 3 раза в день (завтрак, обед и ужин) и 10тЕД по 1 капсуле на перекусы, во время еды в течение месяца, далее при дискомфорте**
- Спазмолитики при болях – мебеверин (ниаспам, дюспаталин, спарекс) 200мг х 2 раза в день (утром и вечером) или тримебутин (тримедат) 200 мг х 3 раза р/д, или гиосцина бутилбромид (бускопан) 10мг - 3 раза в день, или пинаверия бромид (дицетел) 50мг - 3 раза в день или Альверин+Симетикон (метеоспазмил по 1к х 3 раза в день), до еды - в течение 4-х недель.
- Коррекция кишечной флоры – пробиотики - бион 3 по 1 к. в сутки – 1 месяц или РиоФлора баланс по 2к х 2 раза в день или К.Бифиформ 1капс. - 2 раза в день или К. Линекс по 2к-3 раза в день, или Актофлор С по 1тюбику – 3 раза в день – в течение месяца.
- ИПП – Омепразол 20мг по 1 капсуле – 2 раза в день – 21 день.
- Поиск паразитарной инвазии – многократно кал на я/глист, дуоденальное зондирование, АТ к описторхиям.

Схема лечения (стационар)

1. Спазмолитик (дротаверин 4мл в/м, но-шпа 4 мл в/м, папаверина гидрохлорид 2% - 2 мл в/м)
2. Ингибиторы протеаз - Апротинин (гордокс, апротекс, контрикал) 10ТЕД в/в кап 2 раза в день – 5 дней
3. Сандостатин (Октреотид) 0,1-3 раза в день п/к -3 -5 дней.

СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!