

# Современная панкреатология в вопросах и ответах

«Здоровье Украины» продолжает серию публикаций по итогам семинаров дистанционного последипломного образования врачей, организованных кафедрой гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика. В № 2 «Гастроэнтерология. Гепатология. Колопроктология» вышел обзор онлайн-семинара, посвященного диагностике и лечению внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы (ВНПЖ). Напомним, что 26 апреля более 500 гастроэнтерологов, терапевтов и врачей других специальностей в студиях девяти крупнейших городов Украины (Киев, Харьков, Донецк, Днепрпетровск, Львов, Запорожье, Симферополь, Одесса и Черновцы) в прямом эфире прослушали лекцию президента Ассоциации гастроэнтерологов Испании, директора департамента гастроэнтерологии и гепатологии клиники университетского госпиталя Сантьяго де Компостелла, профессора Энрике Доминго-Муньеса (J. Enrique Dominguez-Munoz). Панкреатолог мирового уровня всесторонне ознакомил слушателей с современными принципами диагностики ВНПЖ и заместительной ферментной терапии. После лекции участники семинара имели возможность задать вопросы, но интерес к проблемам панкреатологии превысил все ожидания организаторов, поэтому было принято решение дополнительно собрать вопросы врачей и передать их украинским экспертам для подготовки развернутых ответов. Сегодня на вопросы отвечает главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Украины по специальности «гастроэнтерология», заведующая кафедрой гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии НМАПО им. П.Л. Шупика, член-корреспондент НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Наталья Вячеславовна Харченко.



Н.В. Харченко

**Существуют ли в настоящее время в Украине экспресс-методы для определения эластазы-1?**

Наиболее широко из лабораторных количественных методов диагностики ВНПЖ применяется тест на определение фекальной эластазы-1. Этот тест обладает высокой чувствительностью при выраженной ВНПЖ, но недостаточно надежен при легком дефиците панкреатических ферментов. Определение концентрации фекальной эластазы-1 — доступный и удобный метод дифференциальной диагностики панкреатической недостаточности на ранних этапах обследования больного. Кроме того, предположить ВНПЖ можно по результатам обычного копрологического исследования. О высокой вероятности ВНПЖ свидетельствует наличие в кале большого количества непереваренных мышечных волокон, соединительной ткани, нейтральных и омыленных жиров.

**Нужно ли применять ферментные препараты в период обострения хронического панкреатита, когда пациент придерживается строгой диеты или не принимает пищу?**

Прием ферментных препаратов при обострении хронического панкреатита показан с момента перевода пациента на энтеральное питание для создания функционального покоя поджелудочной железы. На фоне соблюдения диеты доза ферментных препаратов должна быть индивидуально подобрана врачом. Нет необходимости в заместительной ферментной терапии, если пациент находится на парентеральном питании или при полном голодании (соблюдении «нулевой» диеты).

**Нужно ли учитывать активность ферментного препарата по липазе, если пациент придерживается строгой низкожировой диеты?**

Прежде всего, необходимо определиться, что такое низкожировая диета. Основной принцип лечебного питания — учитывать физиологическую потребность в пищевых веществах и энергии, а также степень функциональных расстройств и метаболических нарушений. Строгая низкожировая диета сама по себе является мощным терапевтическим вмешательством и должна назначаться с осторожностью, коротким курсом под наблюдением лечащего врача. Жиры — необходимые нутриенты, важный энергетический субстрат; поступление жиров является обязательным условием усвоения жирорастворимых витаминов. Впрочем, разумное ограничение жиров в рационе при ВНПЖ всегда показано. Желательно довести его до нижней границы нормы, примерно 60 г/сут. Это достигается путем выбора продуктов, кулинарной обработки и соблюдения режима питания. Суточная квота жира должна быть равномерно распределена между тремя основными приемами пищи. Желательно, чтобы жиры поступали в составе свежеприготовленных теплых блюд. Кроме того, важную роль играет качественный состав пищевых жиров. Предпочтение следует отдавать растительным, молочным жирам, избегать гидрогенизированных, тугоплавких животных жиров. При составлении диеты необходимо учитывать наличие скрытого жира в готовых продуктах питания.

Как известно, активность ферментов поджелудочной железы рН-зависима и прогрессивно снижается по мере продвижения по отделам тонкой кишки. Липаза является лимитирующим ферментом в составе полиферментных препаратов, поскольку легко инактивируется при рН < 5. Только 8% липазы достигает тощей кишки в активной форме, необходимой для обработки химуса. Поэтому расчет дозы ферментных препаратов всегда проводится по липолитической активности. Следовательно, у пациентов, которые соблюдают диету, доза липазы должна быть достаточной для ферментативной обработки и усвоения квоты жира.

**Как на практике подобрать эту дозу? На что следует ориентироваться — на количество потребляемых жиров или другие показатели?**

Точно вычислить дозу липазы по количеству потребляемого жира сложно. Доза всегда подбирается индивидуально и эмпирически. Существуют общие рекомендации по дозировке: оптимальная доза ферментных препаратов для коррекции ВНПЖ должна составлять 40-80 тыс. ЕД липазы на один основной прием пищи и 20-40 тыс. ЕД липазы на промежуточные перекусы. Широкий диапазон доз как раз и предусматривает индивидуальный подход к каждому пациенту в зависимости от степени ВНПЖ. Ориентироваться следует прежде всего на клинические признаки. Критериями адекватной дозировки ферментного препарата служат хорошее самочувствие пациента, отсутствие (прекращение) диареи, диспепсических симптомов, нормализация массы тела. Ответ на ферментные препараты одновременно является критерием для подтверждения диагноза ВНПЖ. Прием панкреатина в дозе 40 тыс. ЕД липазы 3 раза в сутки должен приводить к уменьшению стеатореи и нормализации массы тела в течение двух недель. Следует объяснять пациентам, что ферментный препарат служит для облегчения переваривания пищи в условиях дефицита собственных ферментов поджелудочной железы, поэтому принимать его необходимо непосредственно во время еды.

**В Украине мало распространен такой новый метод диагностики, как эндоскопическая ультрасонография. Существуют ли достоверные критерии ВНПЖ при ультразвуковом исследовании обычным абдоминальным датчиком?**

Во время рутинной ультрасонографии органов брюшной полости можно определить некоторые признаки заболеваний поджелудочной железы: неравномерность контуров, увеличение размеров (отек), нарушение однородности структуры, наличие кальцинатов в ткани железы, протока. Это критерии хронического панкреатита, ВНПЖ, которые помогают поставить правильный диагноз, особенно при наличии клинических признаков, указывающих на хронический панкреатит и возможную неэффективность пищеварения, — абдоминальной боли (дискомфорта), стеатореи, мальнутриции и др.

Традиционная ультрасонография органов брюшной полости рекомендуется польскими экспертами в качестве первичного (скринингового) метода обследования пациентов с подозрением на хронический панкреатит (руководство по ведению пациентов с хроническим панкреатитом и ВНПЖ польской рабочей группы в области гастроэнтерологии, 2012). Чувствительность метода оценивается в 48-96%, специфичность — в 75-90%.

**Правда ли, что длительный прием ферментов угнетает внешнесекреторную функцию поджелудочной железы?**

Для пациентов со стойкой необратимой ВНПЖ (на поздних стадиях хронического панкреатита, при муковисцидозе, после резекции поджелудочной железы) постоянный прием ферментных препаратов является единственным способом поддержки пищеварения, приемлемого качества жизни, предотвращения тяжелых последствий мальнутриции, таких как остеопороз и прогрессирование атеросклероза (усиленная кальцификация атеросклеротических бляшек), истощение, иммунодефицит и другие, которые развиваются вследствие нарушения всасывания кальция, незаменимых аминокислот, жирных кислот, жирорастворимых витаминов и микроэлементов. Поступление пищеварительных ферментов извне даже не компенсирует полностью дефицит собственных ферментов поджелудочной железы. Физиологическая секреция — 1-2 млн ЕД липазы в сутки — в несколько раз превышает самые высокие дозы заместительной ферментной терапии. Для имитации постпрандиальной секреции панкреатических

ферментов необходимо поступление в двенадцатиперстную кишку хотя бы 5-10% от физиологически секретируемой липазы. Поэтому говорить о подавлении внешнесекреторной функции в этом случае некорректно. Действие длительного приема ферментных препаратов на сохранную внешнесекреторную функцию поджелудочной железы (у здоровых добровольцев) изучалось в небольших исследованиях, доказавших отсутствие угнетения собственной функции ПЖ при назначении даже высоких доз ФП (360 000 тыс. ЕД по липазе в сутки).

**Существуют ли особенности дозирования ферментных препаратов у пациентов, которые продолжают употреблять алкоголь?**

Пациентам с хроническим панкреатитом следует категорически рекомендовать полный отказ от употребления алкоголя, поскольку алкоголь, по данным ряда зарубежных исследований, является независимым фактором риска развития заболеваний поджелудочной железы. Во всех национальных и международных клинических руководствах по панкреатиту это требование стоит одним из первых пунктов в разделе лечения. Употребление спиртных напитков на фоне лечения панкреатита — это полное неуважение к собственному здоровью. С учетом риска взаимодействия алкоголя с лекарственными средствами, которые назначены пациенту, последствия такого нарушения непредсказуемы. Дозирование ферментных препаратов зависит не от дозы потребляемого этанола, а от степени ВНПЖ.

**Чем можно объяснить усиление диареи на фоне приема Креона?**

Прежде всего, необходимо исключить другие возможные причины диареи, помимо ВНПЖ: энтерит, колит, паразитарную инвазию, синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке и др. Также следует уточнить, действительно ли пациент принимает назначенный препарат. Возможно, имеет место элементарная забывчивость или несоблюдение режима терапии по другим причинам. Крайне редко причиной диареи может быть индивидуальная непереносимость панкреатических ферментов животного происхождения (Креон производится из ферментов поджелудочной железы свиней).

**Особенности калькулезного панкреатита**

При прогрессирующей экзокринной недостаточности поджелудочной железы, уменьшении секреции бикарбонатов может отмечаться усиление секреции кальция и лактоферрина. Кальций может оседать в панкреатических протоках с образованием кальциево-белковых комплексов. Хронический кальцифицирующий панкреатит (кальцинаты в ткани железы) и панкреатолиз (кальцинаты в протоках) чаще развиваются на фоне алкоголизма, недостаточного питания, инфекций и являются тяжелыми прогрессирующими поражениями поджелудочной железы.

Следует помнить, что панкреатолиз развивается на фоне хронического воспалительного процесса поджелудочной железы и требует лечения по всем правилам, предъявляемым к лечебной тактике у больных хроническим панкреатитом.

**Уважаемые коллеги! Организаторы онлайн-семинара благодарны вам за проявленный интерес, активное участие и заданные вопросы. Рады сообщить, что на кафедре гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии НМАПО им. П.Л. Шупика в рамках системы последипломного образования врачей составляется тематический план новых онлайн-семинаров, посвященных актуальным проблемам современной гастроэнтерологии и диетологии. Мы же, как и прежде, будем подробно освещать эти мероприятия для широкой аудитории читателей газеты.**

Подготовил **Дмитрий Молчанов**

