

Підвищення обізнаності лікарів загальної практики — сімейної медицини про екзокринну недостатність підшлункової залози за допомогою опитувальника PEI-Q

Екзокринна недостатність підшлункової залози (ЕНПЗ) залишається однією з важливих проблем сучасної медицини в Україні та загалом у світі, що пояснюється її значною поширеністю, негативним впливом на якість життя та здоров'я пацієнтів. На жаль, лікарі загальної практики, які зазвичай першими мають справу з такими пацієнтами, недостатньо обізнані про можливості й особливості діагностики цього стану. Отже, такі хворі тривалий час можуть не отримувати належного лікування, що спричиняє серйозні негативні наслідки.

Згідно із сучасними уявленнями ЕНПЗ розглядають як загрозливий для життя стан, що супроводжується підвищеною смертністю внаслідок збільшення ризику несприятливих ускладнень, пов'язаних із мальнутрицією та мальдигестією, як-от серцева недостатність, остеопороз, переломи кісток, інфекції, анемія. Ферментна недостатність потребує своєчасної діагностики й адекватної терапії. Саме цьому питанню було присвячено форум експертів, який об'єднав фахівців з України, Узбекистану, Молдови, Туркменістану, Азербайджану.



Президент Української гастроентерологічної асоціації, проректор із науково-педагогічної роботи та післядипломної освіти, професор кафедри внутрішньої медицини № 1 Полтавського державного медичного університету, доктор медичних наук Ігор Миколайович Скрипник підготував інформацію про опитувальник PEI-Q та принципи його використання в пацієнтів із можливими проявами ЕНПЗ.

Сьогодні існує велика різноманітність методів діагностики ЕНПЗ, проте з низки причин (висока вартість, інвазивність, низька чутливість, доступність для пацієнтів) їх використовують далеко не завжди. У клінічній практиці хворим нерідко встановлюють діагноз з огляду на симптоми, вираженість яких може істотно варіювати, при цьому частина клініцистів найважливішим симптомом ЕНПЗ вважає втрату маси тіла. Отже, ЕНПЗ (особливо на етапі первинної медичної допомоги) часто не діагностується (Lerch M. et al., 2013).

Пізня діагностика ЕНПЗ та недостатня компенсація екзокринного дефіциту можуть зумовлювати посилення симптомів, зниження якості життя, негативну динаміку захворюваності та тривалості життя внаслідок дефіциту нутрієнтів (Johnson C.D. et al., 2019). Ситуація, що склалася, потребувала створення простого й релевантного діагностичного опитувальника для пацієнтів із підозрою на ЕНПЗ.

У підсумку ретельного процесу, що включав огляд літератури, опитування пацієнтів у трьох країнах та інтерв'ю з лікарями-експертами, було розроблено специфічний для пацієнта інструмент оцінки симптомів ЕНПЗ (PEI). Інструмент передбачає оцінку симптомів (насамперед із боку шлунково-кишкового тракту – ШКТ) і сфер фізичного, емоційного й соціального функціонування. Остаточний варіант опитувальника PEI-Q зосередили на трьох напрямках: абдомінальні симптоми, симптоми з боку кишечника та наслідки/вплив цих симптомів на якість життя.

Оскільки лікування ЕНПЗ значною мірою спрямоване на контроль симптомів, опитувальник може допомогти в прийнятті практичних рішень і порівнянні різних схем лікування, що дасть змогу отримати стандартизований інструмент для оцінки симптомів.

Провести скринінг щодо наявності ознак ЕНПЗ пацієнт може самостійно за допомогою опитувальника PEI-Q, представлений у вільному доступі на сайті www.peiqtest.com.ua. За інтерпретацією результатів і подальшими рекомендаціями потрібно звернутися до лікаря.

Насамперед опитувальник може бути корисним для осіб, які мають певні симптоми ферментної недостатності ПЗ (схуднення, зміна консистенції випорожнень, діарея, біль у животі, здуття тощо). Важливим є проходження опитувальника для осіб, яким його рекомендував лікар.

Слід пам'ятати, що оптимальна тактика відновлення нутритивного статусу має містити як адекватну замісну ферментну терапію (ЗФТ), так і відповідну корекцію харчування, виключаючи з раціону продукти з підвищеним вмістом рослинних волокон.

Залежно від характеру ЕНПЗ (первинна чи вторинна недостатність ПЗ) рекомендована тривалість ЗФТ відрізняється. Метою терапії вторинної недостатності ПЗ є корекція тимчасового дефіциту ферментів ПЗ, спричиненого основною патологією, тоді як первинна недостатність ПЗ потребує пожиттєвої терапії.

Призначення ферментів протягом усього курсу лікування основного захворювання може допомогти уникнути розвитку диспепсії, діареї, метеоризму та флатуленції (Löhr J.M. et al., 2017).

Варто враховувати, що сучасні ферментні препарати мають відповідати певним вимогам. Зокрема, вони повинні бути стійкими в кислому середовищі шлунка, мати максимальну площу контакту з хімузом, невеликий розмір гранул

(<2 мм, оптимально <1,7 мм) для безперешкодного проходження крізь воратар шлунка разом з їжею та швидкого вивільнення ферменту в дванадцятипалій кишці (ДПК). Указаним вимогам повністю відповідає Креон®, спеціально розроблений для максимально точного відтворення природного травлення. Препарат містить панкреатин у найефективнішій формі випуску Креон мінімікросфери® та досягає максимальної активності в кишечнику через 15 хв після потрапляння до нього.



Президент ГО «Асоціація лікарів-інтерністів Західної України», професор кафедри терапії № 1, медичної діагностики й гематології та трансфузіології факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, доктор медичних наук Ольга Олександрівна Бондаренко розповіла про діагностику й сучасні підходи до лікування ЕНПЗ в Україні та світі.

Доповідачка зауважила, що ЕНПЗ розвивається при зниженні секреції основних травних ферментів ПЗ (ліпази, трипсину, амілази) внаслідок різних захворювань, здатних зумовлювати втрату паренхіми ПЗ, інгібування або інактивацію секреторної функції ПЗ.

Первинна діагностика ЕНПЗ ґрунтується на анамнестичному виявленні можливих причин і чинників ризику її розвитку, клінічних проявах і даних об'єктивного дослідження. На користь ЕНПЗ може свідчити тривалий анамнез підтвердженого хронічного панкреатиту (ХП), гострий панкреатит, зловживання алкоголем і курінням, ожиріння / метаболічний синдром та інші стани.

Клінічні ознаки ЕНПЗ пов'язані з синдромом порушеного травлення (мальдигестія) та порушеного всмоктування (мальабсорбція). У пацієнтів часто розвивається стеаторея, спостерігається зниження індексу маси тіла до 18,5 кг/м². Недостатнє надходження нутрієнтів насамперед призводить до розвитку імунодефіциту та відповідного збільшення ризику бактеріальних і вірусних інфекцій. Окрім того, ЕНПЗ супроводжується істотним збільшенням ризику остеопоротичних переломів, особливо в курців та осіб старшого віку.

Усі хворі з клінічними симптомами ЕНПЗ та мальабсорбції потребують ЗФТ відповідно до рекомендацій із лікування ХП (Hedström A. et al., 2015).

Із метою діагностики ЕНПЗ можуть застосовуватися прямі (кількісне визначення стимульованої секреції ферментів і бікарбонатів), непрямі (¹³C-тригліцеридний дихальний тест), фекальні тести (кількісне визначення фекального жиру, коефіцієнт абсорбції жиру, фекальна панкреатична еластаза-1 – ФПЕ-1), що мають свої переваги та недоліки.

Методи кількісного визначення стимульованої секреції ферментів і бікарбонатів характеризуються високою точністю, але дороги, інвазивні та складні у виконанні. Крім того, відсутні загальноприйнятні протоколи проведення тестування, а також референтні значення одержаних результатів (Dominguez-Munoz J.E. et al., 2018).

¹³C-тригліцеридний дихальний тест сьогодні вважають єдиним методом, який дає змогу визначити активність панкреатичної ліпази в просвіті ДПК, підібрати й оцінити ефективність ЗФТ, а також є неінвазивним, що важливо (Struyvenberg M.R. et al., 2017).

Тест на визначення ФПЕ-1 простий у виконанні, має прийнятну вартість, загальноприйнятний протокол і референтні значення; дає змогу кількісно визначити ступінь ураження екзокринної функції ПЗ. До недоліків методу належать низькі чутливість і специфічність у разі легкого ступеня ЕНПЗ (Partelli S. et al., 2012).

Встановлення коефіцієнта абсорбції жиру характеризується низькою вартістю, високою чутливістю та наявністю загальноприйнятних референтних значень. Водночас існують технічні складнощі аналізу значних кількостей жиру; потрібно дотримуватися особливої дієти протягом 3-5 днів до дослідження; метод має недостатньо високу специфічність (Dominguez-Munoz J.E. et al., 2017).

Якщо функціональні тести недоступні, в пацієнтів із підозрою на ЕНПЗ допускається проведення емпіричної замісної терапії. Одним з індикаторів ЕНПЗ у хворих може бути порушення нутритивного статусу. Для його оцінки рекомендується використовувати антропометричні показники (індекс маси тіла, товщина шкірно-жирової складки, окружність м'язів на рівні

середини плеча, динаміка маси тіла), показники клінічного аналізу крові (абсолютна кількість лімфоцитів, концентрація гемоглобіну), біохімічні маркери (загальний сполучний білок-2, вітамін В₁₂, фолієва кислота, трансферин, магній, цинк, залізо, 25-ОН-холекальциферол, вітаміни А, К, Е).

Доступний діагностичний алгоритм передбачає оцінку:

- симптомів мальабсорбції/мальдигестії (діарея, метеоризм, коліки, больовий синдром);
- нутритивних маркерів (антропометрія, жиророзчинні вітаміни, білки та мікроелементи крові);
- показників ФПЕ;
- опитувальник PEI-Q (Qualitative Assessment of the Symptoms and Impact of Pancreatic Exocrine Insufficiency).

Імовірність ЕНПЗ підвищується, коли більшість зазначених показників відхиляється від норми. Підтвердженням наявності ЕНПЗ можна вважати ефективність емпіричної терапії сучасними ферментними препаратами в достатній дозі (Fishman D.S. et al., 2017).

Особливості лікування ЕНПЗ

Мета терапії ЕНПЗ – покращення стану харчування хворого, усунення стеатореї та зменшення вираженості симптомів мальдигестії (здуття й діареї). ЗФТ має враховувати розмір і характер страв, а також залишкову функцію ПЗ (яка може продовжувати знижуватися). Пацієнти обов'язково повинні знати правила прийому ферментів. Препарати треба приймати з першим шматочком їжі. Якщо хворий уживає їжу повільно, половину дози він має прийняти на початку, а другу половину – в середині трапези. Корекцію ЕНПЗ варто проводити сучасними ферментними препаратами в адекватній дозі (Nakajima K., 2012). **Препаратами вибору є гастрорезистентні гранули панкреатину Креон мінімікросфери®. Мінімальна доза для лікування ХП – 40-50 тис. ОД ліпази при кожному основному прийомі їжі та 20-25 тис. ОД ліпази – під час проміжних прийомів їжі.**

Для контролю ЗФТ рекомендується що 6 міс визначати вміст ФПЕ-1 у калі, щорічно – проводити обстеження на наявність ендокринної й екзокринної недостатності ПЗ (Capurso G., 2011). Пацієнти з ЕНПЗ потребують постійного прийому ЗФТ для запобігання порушенню нутритивного статусу.



Головний гастроентеролог Міністерства охорони здоров'я Узбекистану, науковий керівник відділення гастроентерології Республіканського спеціалізованого наукового центру терапії та реабілітації (м. Ташкент, Узбекистан), доктор медичних наук, професор Мірвасіт Мірвасікович Карімов звернув увагу на те, що поширеність захворювань ПЗ (як основна причина розвитку ЕНПЗ)

населення Узбекистану останніми роками неухильно зростала, збільшившись у період із 2017 по 2021 р. із 68 до 87 випадків на 100 тис. дорослого населення. Щорічне виявлення ХП за цей період збільшилося з 31 до 45 випадків на 100 тис. населення.

При встановленні діагнозу ХП використовують класифікацію MANNHEIM, де основними діагностичними критеріями є багатифакторність (M – multiple), алкоголь (A – alcohol), куріння (N – nicotine), нутритивні чинники (N – nutrition), спадковість (H – heredity), чинники, що впливають на відтік секрету ПЗ, – обструкція (E – efferent pancreatic duct factors), імунологічні чинники (I – immunological), різні інші та метаболічні чинники (M – miscellaneous and metabolic factors).

План обстеження хворих передбачає застосування лабораторних методів (загальноклінічні аналізи крові та сечі (амілаза сечі), біохімічний аналіз крові: амілаза, цукор, білірубін, АЛТ, АСТ, лужна фосфатаза, γ-глутамілтранспептидаза; копрограма, еластаза-1 у калі), методів інструментальної діагностики черевної порожнини (інформативність – 30-40%), ультразвукової діагностики черевної порожнини (інформативність – 70%), комп'ютерної томографії (інформативність – 90%), ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії (інформативність – 100%).

Визначення ліпази сироватки крові дає позитивні результати в 70-85% випадків. Сироваткова еластаза – пізній чутливий тест, який визначається через 8-10 днів; вона підвищена в 100% пацієнтів. ФПЕ-1 є абсолютно специфічною для гострого панкреатиту, при цьому замісна терапія не впливає на результат тесту. На жаль, сьогодні діагностика ЕНПЗ за допомогою тесту на фекальну еластазу не скрізь доступна.

Частота домінування симптомів у разі ХП у лікувально-профілактичних закладах Узбекистану згідно з результатами моніторингу районних та обласних медичних закладів у 2017-2021 рр. розподілилася так: стеаторея – 5-15%, симптоми цукрового діабету – 3-10%, жовтяниця – 1-5%, біль – 80-90%.

Продовження на стор. 20.

Підвищення обізнаності лікарів загальної практики — сімейної медицини про екзокринну недостатність підшлункової залози за допомогою опитувальника PEI-Q

Продовження. Початок на стор. 19.

! Під час дискусії було порушено кілька вкрай важливих питань щодо діагностики ферментної недостатності.



Професор департаменту гастроентерології Державного університету медицини та фармації «Ніколає Тестемітану» (м. Кишинів, Молдова) Світлана Іванівна Цуркан зазначила, що в Молдові, як і в багатьох інших країнах, для діагностики панкреатиту користуються рекомендаціями європейських гастроентерологічних асоціацій. Зокрема, для діагностики ХП потрібні результати аналізу

на фекальну еластазу, зміни якої відзначаються вже на пізній стадії при розвитку зовнішньосекреторної недостатності ПЗ, та магнітно-резонансної холангіопанкреатографії.

– Ми використовували опитувальник PEI-Q у пацієнтів із захворюваннями кишечника: хворобою Крона, виразковим колітом, функціональними захворюваннями кишечника (синдромом надмірного бактеріального росту) та ін. Щодо симптомів із боку живота та кишечника наші пацієнти відзначили максимальні оцінки, проте ці симптоми не є специфічними для ферментної недостатності. Тому не думаю, що за результатами опитувальника пацієнтам, які не мають діагнозу ХП, можна беззастережно призначати ферментну терапію.

Безперечно, нам бракує методів діагностики зовнішньосекреторної недостатності ПЗ. На сьогодні немає кращого аналізу, ніж фекальна еластаза. Навіть у пацієнтів із діареєю. Для цієї групи пацієнтів можна використовувати спеціальні коефіцієнти для перерахунку концентрації ФПЕ-1. Очевидно, якщо є докази нестачі продукції ферментів ПЗ або з тієї чи іншої причини руйнуються ферменти, потрібно призначати ЗФТ. Щодо опитувальника, то слід визначити його місце в діагностиці ферментної недостатності.

Завідувачка кафедри підготовки лікарів загальної практики Інституту вдосконалення лікарів (м. Ташкент, Узбекистан), доктор медичних наук, професор Машкура Зіямагівна Західова приєдналася до жвавої дискусії:

– Цей опитувальник в Узбекистані відомий уже близько 4 років, ми давно його обговорюємо. Не всі питання специфічні, але для лікаря результати опитування можуть бути корисними та наштовхнути на подальше дослідження пацієнта. Ми провели скринінгове дослідження з використанням опитувальника PEI-Q щодо виявлення ЕНПЗ в умовно здорових учасників.

У дослідженні (вересень – жовтень 2022 р.) взяли участь курсанти кафедри сімейної медицини ЦРПК МР, загалом 49 умовно здорових респондентів віком 30-55 років (чоловіків – 21, жінок – 28). Осіб, які страждають на гострі та хронічні захворювання, зареєстровано не було.

Із 49 учасників у 25 виявлено ознаки ЕНПЗ різного ступеня тяжкості, що становило 51% від загальної кількості респондентів. Розподіл за ступенем тяжкості ЕНПЗ також був неоднорідним: у 43% від загальної кількості учасників виявили легкий ступінь ЕНПЗ, середній і тяжкий – у 8%.

Незважаючи на те що в дослідженні брали участь здорові особи, за допомогою скринінгу основних симптомів удалося виявити ознаки ЕНПЗ різного ступеня тяжкості в 51% учасників. Наявність ознак ЕНПЗ згідно з опитувальником PEI-Q є сигналом про необхідність дообстеження цих осіб щодо функціонального стану ШКТ.

Опитувальник PEI-Q – зручний і швидкий метод скринінгу та раннього виявлення ознак ЕНПЗ у широкого кола пацієнтів. На підставі цих результатів можна рекомендувати пацієнтам виконати додаткові дослідження.

На своєму досвіді я бачу, що немає строго специфічних тестів для визначення хронічного чи гострого панкреатиту. Вважаю, що такий скринінг дає інформацію для роздумів стосовно дообстеження пацієнтів.



Завідувачка гастроентерологічного відділення, науковий співробітник Державної наукової установи «Центр інноваційних медичних технологій НАН України» (м. Київ) Олена Михайлівна Бака присвятила свою доповідь питанням скринінгу ЕНПЗ за допомогою опитувальника PEI-Q.

Ферментна недостатність ПЗ є станом, за якого кількості ферментів, які секретуються в просвіт ДПК у відповідь на надходження їжі, недостатньо для підтримки нормальних процесів травлення. Симптомом ЕНПЗ – це лише верхівка айсберга, адже недостатнє перетравлення та засвоєння спожитої їжі потенційно тягне за собою дефіцит поживних речовин, вітамінів і мінералів. Це, своєю чергою,

може спричинити розвиток різних захворювань і патологічних станів. Навіть за щоденного одержання смачної, якісної та повноцінної їжі організм людини з ферментною недостатністю ПЗ може перебувати в постійному дефіциті нутрієнтів.

При її легких і помірних формах спостерігаються переважно симптоми порушення травлення (тяжкість у животі, постпрандіальний дискомфорт, метеоризм, здуття, порушення випорожнень). Тяжка тривала ферментна недостатність ПЗ супроводжується розвитком загальної слабкості, зниженням фізичної активності та якості життя, підвищеною ламкістю кісток, ураженням судинної/нервової системи. Зазначені чинники свідчать про критично важливу необхідність своєчасної діагностики ферментної недостатності ПЗ.

Нині в Україні бачимо зростання кількості пацієнтів із захворюваннями чи порушеннями функції кишечника. Маючи зручний інструмент для скринінгу ЕНПЗ, ми проводимо тестування за допомогою опитувальника PEI-Q. І виявляємо ознаки ферментної недостатності різного ступеня.

Ми використовували опитувальник PEI-Q для визначення можливої ЕНПЗ у пацієнтів нашої клініки з різними захворюваннями органів ШКТ (невиразковий коліт, хвороба Крона, гастрити, дуоденіти, ХП, холецистит). Позапанкреатичні причини можливої ЕНПЗ мали 53% пацієнтів.

Наразі ми вважаємо опитувальник PEI-Q досить зручним інструментом, особливо в разі потреби консультувати віддалено. Можна надіслати пацієнтові форму чи пройти тест онлайн на сайті www.peiqtest.com.ua. У такому випадку ми дуже швидко отримуємо відповідь і залежно від результату приймаємо рішення про подальше обстеження або, якщо такої можливості пацієнт не має, призначення терапії на ранніх стадіях.

Призначаючи пацієнтам із вторинною ЕНПЗ ферментну терапію препаратом Креон® у дозі 25 тис. ОД ліпази на основні прийоми їжі, ми бачимо покращення клінічної картини та самопочуття пацієнтів. Відповідно до чинних європейських рекомендацій, коли симптоми ферментної недостатності непереконливі, можна призначати ферментні препарати ex juvantibus протягом 4-6 тиж.

Буквально напередодні я мала консультацію пацієнта, якому з об'єктивних причин встановили діагноз ХП із зовнішньосекреторною недостатністю ПЗ. Хочу звернути увагу на рекомендоване терапевтом лікування: панкреатин у таблетках або капсулах 25 тис. ОД ліпази на основний прийом їжі та 10 тис. ОД ліпази на перекус. Для пацієнта з таким діагнозом ця доза ферментного препарату недостатня. Рекомендована мінімальна доза ліпази для початкової терапії ХП становить 40-50 тис. ЄФ з основними прийомами їжі та половина цієї дози – в проміжний прийом їжі.

Також таблетовані панкреатини не рекомендовані для використання з метою корекції та лікування ферментної недостатності через низку недоліків. Сьогодні панкреатин у вигляді мінімікросфер (представлений тільки препаратом Креон®) відповідає сучасним вимогам та європейським рекомендаціям. Інші ферменти в капсулах перевищують рекомендований розмір частинки панкреатину, що може свідчити про потенційно нижчу ефективність. Прийом препарату Креон® не пригнічує власну функцію ПЗ і дає змогу максимально точно відтворити природне травлення.

Професор кафедри терапії та гастроентерології Інституту вдосконалення лікарів (м. Баку, Азербайджан) Гюльстан Бабаєва зі свого боку додала таке:

– Лікарі в Азербайджані опитувальником PEI-Q не користуються. На жаль, його не перекладено азербайджанською мовою. Однак я з ним знайома й мала досвід застосування у своїй практиці в пацієнтів із невиразковим колітом і хворобою Крона. Приблизно у 80% випадків тяжкий ступінь ЕНПЗ за результатами опитувальника збігався зі значним зниженням рівня ФПЕ-1.

Останні 2 тиж перед нашим форумом я застосовувала цей опитувальник у своїх пацієнтів. Було цікаво дізнатися, як він працює в осіб не із запальними захворюваннями кишечника. Більшість пацієнтів торік перенесли COVID-19, у них з'явилася кишкова симптоматика. Переважна частина хворих мала високі бали за результатами опитувальника.

Це дає нам розуміння, що в багатьох людей може розвиватися вторинна ферментна недостатність. За нашими спостереженнями, така кишкова симптоматика може спостерігатися в жінок у постменопаузі, пацієнтів із кардіоваскулярною й ендокринною патологіями. Наприклад, поширений нині в Азербайджані аутоімунний тиреоїдит дає таку симптоматику.

Погоджуся з колегами, що питання про стан функції кишечника в опитувальнику PEI-Q неспецифічні. Чи можемо ми використовувати його для встановлення діагнозу? Наразі це, звісно, питання. Проте як скринінг пацієнтів, гадаю, варто спробувати. Намагатимемося впровадити опитувальник для застосування на амбулаторній ланці системи медичної допомоги, говорити та поширювати його на курсах післядипломної освіти лікарів загальної практики.

В Азербайджані дуже гостро стоїть питання діагностики ЕНПЗ. Оцінка нутритивного статусу пацієнтів дуже важлива. Цей метод використовують, у тому числі, для оцінки рівня інвалідації пацієнтів із захворюваннями кишечника. Оскільки ХП може призводити до інвалідації, ми обов'язково навчаємо лікарів оцінювати нутритивний статус пацієнтів і, якщо змога, рівень ФПЕ. Із 2012 р. є можливість проводити аналіз на фекальну еластазу. Проте не можу сказати, що цей тест використовується повсюдно. Що стосується застосування дихального ¹³C-тригліцеридного тесту, то в нас він недоступний.

Професор О.О. Бондаренко в рамках дискусії щодо досвіду застосування опитувальника PEI-Q поділилася своїми спостереженнями:

– Я вирішила залучити ендокринологів до використання опитувальника PEI-Q щодо виявлення ознак ферментної недостатності в пацієнтів переважно із цукровим діабетом 1 типу. Є дуже цікаві висновки. У таких пацієнтів валідувати опитувальник було дуже просто, вони мають супутню зовнішньосекреторну недостатність ПЗ. Однак хочу зазначити, що всі опитувальники, які заповнюються пацієнтами, не завжди об'єктивні. Тому я попросила, щоб опитувальник пацієнти спочатку заповнили самостійно, а потім – за допомогою наших лікарів. Ми попросили пацієнтів докладніше відповідати на запитання щодо кишкової симптоматики, й вони змінювали свої відповіді. У підсумку легкий ступінь ЕНПЗ відзначався у двох третинах випадків. Вважаю, що такі показники повністю відображають реальність, оскільки суб'єктивізація тесту та помисливість пацієнтів із певною патологією може призводити до перебільшення тяжкості власної симптоматики.

Отже, ми сприймаємо цей опитувальник як інструмент для первинного скринінгу пацієнтів із можливою ЕНПЗ. Я рекомендувала би його радше терапевтам, лікарям загальної практики, ендокринологам. Є чимало нозологій, якими гастроентеролог не займається, але вони можуть супроводжуватися ферментною недостатністю. Тому це хороший інструмент для лікарів загальної практики, щоби зрозуміти, що пацієнт має можливу ферментну недостатність, і продовжити діагностику або спрямувати до вузького спеціаліста.



За підсумками ради експертів було прийнято та підписано резолюцію. Дотримання рекомендацій цієї резолюції може покращити діагностику ферментної недостатності та лікування таких пацієнтів.

РЕЗОЛЮЦІЯ ФОРУМУ ЕКСПЕРТІВ

1. Варто звернути увагу практичних лікарів загальної практики – сімейної медицини на значну поширеність вторинної ЕНПЗ, механізми її розвитку, важливість своєчасної діагностики та лікування таких пацієнтів. Використання опитувальника PEI-Q як додаткового інструменту скринінгу пацієнтів із симптомами порушення роботи ШКТ може допомогти в діагностиці станів, що супроводжуються ферментною недостатністю, та спростити консультацію таких пацієнтів.

2. Учасники заходу дійшли висновку, що потрібні додаткові дослідження стосовно застосування опитувальника PEI-Q у різних категоріях пацієнтів. Буде розглянуто перспективу провести дослідження

на базі різних клінік в Україні, Молдові, Узбекистані, Азербайджані з обговоренням на наступному форумі експертів.

3. Основною метою замісної терапії ЕНПЗ є забезпечення достатньої активності ліпази у ДПК. У разі первинної недостатності ПЗ рекомендовано використовувати препарати панкреатину в дозі не менш як 150 тис. ОД на добу пожиттєво. Мінімальна доза ліпази для початкової терапії має становити 40-50 тис. ЄФ з основними прийомами їжі та половину цієї дози – в проміжний прийом їжі.

За вторинної ферментної недостатності, спричиненої захворюваннями інших органів, підхід до терапії пацієнта має бути індивідуальним залежно від тяжкості стану. Рекомендована доза

панкреатину – 25 тис. ОД ліпази на основні прийоми їжі. Препарат ліпази варто призначати на весь час лікування основного захворювання.

4. Препаратом вибору для терапії ЕНПЗ є Креон®, який відповідає всім сучасним вимогам до ферментного препарату.

Професор Ольга Бондаренко
Доктор Олена Бака
Професор Мірвасім Карімов
Професор Машкура Західова
Професор Еуджен Ткачук
Професор Світлана Цуркан
Доцент Щоїра Хусінова
Професор Гюльстан Бабаєва
Професор Ігор Скрипник
Доктор Сухан Ахмедов



Креон

МІНІМІКРОСФЕРИ®

Містить панкреатин у
найефективнішій²
формі випуску²⁻⁴

Досягає максимальної
активності в кишечнику
вже через 15 хвилин³

Креон мінімікросфери®
допомагають перетравлювати
максимальний обсяг їжі⁵

Підтримує власне
травлення, не пригнічуючи
підшлункову залозу^{1,6}



UKR2260946

КОРОТКА ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЛІКАРСЬКИЙ ЗАСІБ КРЕОН® 10000, КРЕОН® 25000, КРЕОН® 40000

Реєстраційні посвідчення МОЗ України № UA/9842/01/01, № UA/9842/01/02, № UA/9842/01/03 від 22.02.2019 р. дійсні безстроково. **Склад:** 1 капсула містить панкреатин в гастрорезистентних гранулах (Креон мінімікросфери®). Креон® 10000 – 150 мг панкреатину (ліпази 10000 од. ЄФ, амілази 8000 од. ЄФ, протеази 600 од. ЄФ); Креон® 25000 – 300 мг панкреатину (ліпази 25000 од. ЄФ, амілази 18000 од. ЄФ, протеази 1000 од. ЄФ); Креон® 40000 – 400 мг панкреатину (ліпази 40000 од. ЄФ, амілази 25000 од. ЄФ, протеази 1600 од. ЄФ). **Лікарська форма.** Капсули тверді з гастрорезистентними гранулами. **Код АТХ** A09A A02. Препарати, що поліпшують травлення, включаючи ферменти. Поліферментні препарати. **Показання.** Лікування екзокринної недостатності підшлункової залози у дорослих і дітей, спричиненої різними захворюваннями і станами, в тому числі зазначеними нижче, але не обмеженими цим переліком: муковісцидоз; хронічний панкреатит; панкреатектомія; гастректомія; операції з накладенням шлунково-кишкового анастомозу (наприклад гастроентеростомія за Більротом II); синдром Швахмана-Даймонда; стан після атаки гострого панкреатиту та відновлення ентерального або перорального харчування. **Протипоказання.** Гіперчутливість до діючої речовини або до будь-якого іншого компонента препарату. **Особливості застосування.** У хворих на муковісцидоз, які приймали високі дози препаратів панкреатину, спостерігалися звуження ілеоцекального відділу кишечника і товстої кишки (фіброзуюча колонопатія). Як запобіжний захід рекомендовано у разі появи незвичних абдомінальних симптомів або зміни характеру абдомінальних симптомів звернутися за медичною консультацією, щоб виключити можливість фіброзуючої колонопатії, особливо якщо пацієнт приймає більше 10000 од. ЄФ ліпази/кг/добу. **Застосування у період вагітності або годування груддю.** При необхідності вагітні або жінки, які годують груддю, можуть приймати Креон® у дозах, достатніх для забезпечення адекватного статусу харчування. **Діти.** Креон® можна застосовувати дітям. **Спосіб застосування та дози.** Дозування препарату базується на індивідуальних потребах хворого і залежить від ступеня тяжкості захворювання та складу їжі. Капсули і гранули слід ковтати цілими, не розламуючи та не розжовуючи, і запивати достатньою кількістю рідини під час або після прийому їжі, у т. ч. легкої закуски. Якщо пацієнт не може проковтнути

капсулу цілою (наприклад, діти і пацієнти літнього віку), її можна розкрити і додати гранули до м'якої їжі з кислим середовищем (pH < 5,5), що не вимагає розжовування, або до рідини з кислим середовищем (pH < 5,5). Це може бути яблучне пюре або йогурт, або фруктовий сік з pH < 5,5, наприклад, яблучний, апельсиновий або ананасовий сік. Таку суміш не слід зберігати. Під час лікування препаратами Креон® дуже важливим є вживання достатньої кількості рідини, особливо в період її підвищеної втрати. Дефіцит рідини може посилити запори. **Дозування при муковісцидозі:** початкова доза для дітей віком до 4-х років становить 1000 од. ЄФ ліпази на кілограм маси тіла під час кожного прийому їжі і для дітей віком від 4-х років – 500 од. ЄФ ліпази на кілограм маси тіла під час кожного прийому їжі. Підтримуюча доза для більшості пацієнтів не повинна перевищувати 10000 од. ЄФ ліпази на кілограм маси тіла на добу або 4000 од. ЄФ ліпази на грам спожитого жиру. **Дозування при інших видах екзокринної недостатності підшлункової залози:** дозу слід підбирати індивідуально, залежно від ступеня порушення травлення і жирового складу їжі. При прийомі їжі необхідними є дози від 25000 до 80000 од. ЄФ ліпази та половина індивідуальної дози при легкій закускі. **Побічні реакції.** Дуже часто відмічалась біль у животі*; часто — нудота, блювання, запор, здуття живота, діарея*. *Розлади шлунково-кишкового тракту головним чином були пов'язані з існуючим захворюванням. Про діарею та біль у животі повідомлялося з частотою, подібною або меншою, ніж при застосуванні плацебо. Нечастими були висипання; з невідомою частотою – свербіж, кропив'янка, гіперчутливість (анафілактичні реакції). Повідомлялося про звуження ілеоцекального відділу кишечника і товстої кишки (фіброзуюча колонопатія) у хворих на муковісцидоз, які приймали високі дози препаратів панкреатину. Специфічних побічних реакцій у дітей встановлено не було. Частота, тип та тяжкість побічних реакцій у дітей, хворих на муковісцидоз, були подібними до таких у дорослих. **Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій.** Дослідження взаємодії не проводилися. **Категорія відпуску.** Без рецепта. **Виробник.** Абботт Лабораторіз ГмбХ, Німеччина. Повна інформація про препарати знаходиться в інструкції для медичного застосування лікарського засобу Креон® 10000, Креон® 25000, Креон® 40000 від 16.05.2022 р.

ІНФОРМАЦІЯ ПРИЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЧНИХ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ, РОЗПОВСЮДЖУЄТЬСЯ НА СЕМІНАРАХ, КОНФЕРЕНЦІЯХ, СИМПОЗИУМАХ З МЕДИЧНОЇ ТЕМАТИКИ / ДЛЯ ПУБЛІКАЦІЇ У СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ВИДАННЯХ, ПРИЗНАЧЕНИХ ДЛЯ МЕДИЧНИХ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ, МЕДИЧНИХ УСТАНОВ.

1. Бельмер С.В., Разумовский А.Ю., Хавкин А.И., Корниенко Е.А., Приворотский В.Ф. Болезни поджелудочной железы у детей. М.: ИД «Медпрактика - М», 2019, 528с. 2. Lohr JM et al; HaPanEU/UEG Working Group. United European Gastroenterology evidence-based guidelines for the diagnosis and therapy of chronic pancreatitis (HaPanEU). United European Gastroenterol J. 2017 Mar;5(2):153-199. 3.Ивашкин В.Т., Маев И.В., Охлобыстин А.В. с соавт. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению экзокринной недостаточности поджелудочной железы. РЭГТК, 2018; 28(2): 72-100. 4. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Креон®. 5. Lohr Johannes-Matthias, et al. Properties of different pancreatin preparations used in pancreatic exocrine insufficiency. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2009; 21(9):1024-31 6. Бельмер С.В. Гасилина Т.В. Пищеварительная недостаточность поджелудочной железы у детей. Дифференцированный подход // Гастро News Лайн - 2008. - №3 - с.7-11.

За додатковою інформацією Ви можете звернутися до
ТОВ «Абботт Україна»:
01010, м. Київ, вул. Князів Острозьких 32/2, 7 поверх.
Тел.: +38 044 498-60-80, факс: +38 044 498-60-81


Панкреатин