



Сеченовский Университет

XIII Межрегиональная научно-практическая  
конференция гастроэнтерологов ПФО  
«СОВРЕМЕННАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ:  
ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ?»

## Расстройства сфинктера Одди: взаимоотношение органического и функционального

*доц. Охлобыстин А.В.*

*Кафедра пропедевтики внутренних  
болезней Первого МГМУ им.  
И.М.Сеченова*



- Жалобы при поступлении:
  - ноющие боли в эпигастрии и левом подреберье, иррадиирующие в спину, возникающие после еды
  - чувство жара в эпигастрии,
  - чувство распирания в эпигастрии,
  - периодически кашицеобразный стул без патологических примесей.



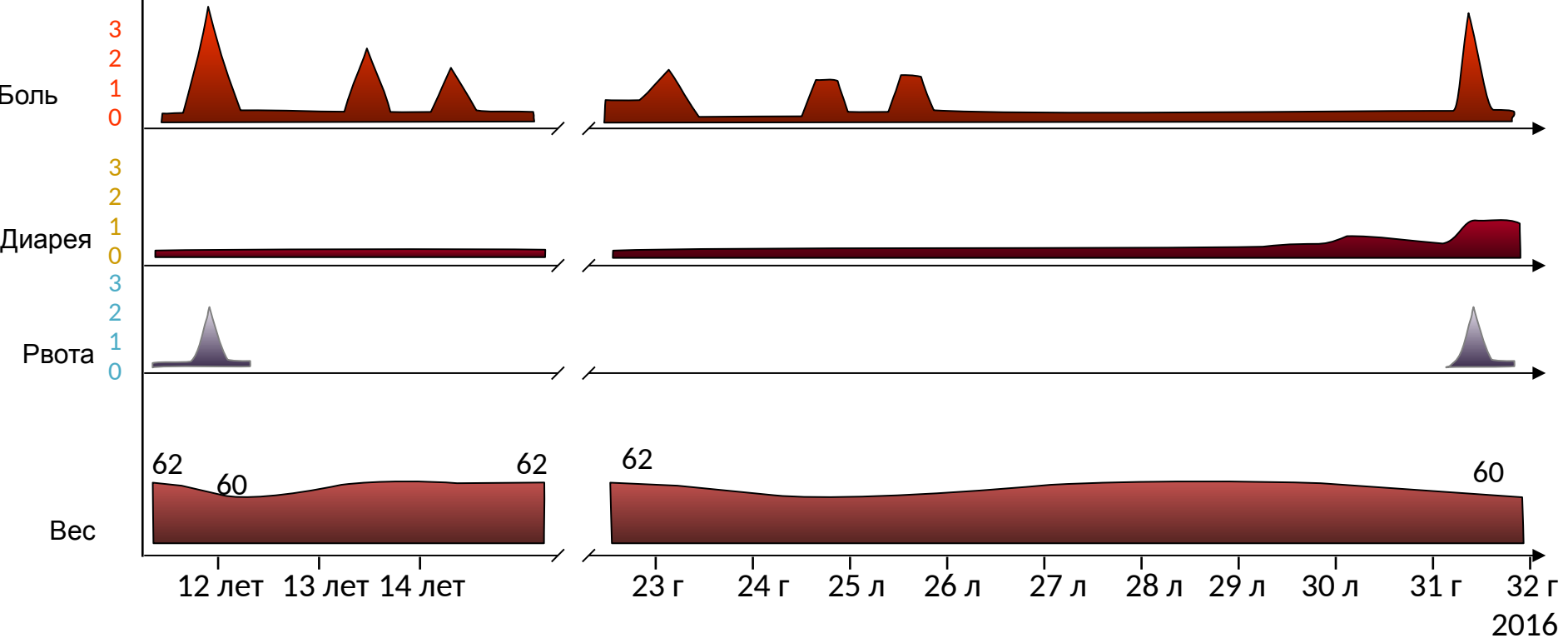
инф. терапия



инф. терапия

острый  
панкреатит

дротаверин, голодание



- В октябре и декабре 2017 г приступы боли в эпигастрии опоясывающего характера, сухость во рту, вздутие живота. Госпитализирована в тер. отд с диагнозом «обострение хронического панкреатита».
- В анализах: амилаза крови 1023 ед/л, при УЗИ ОБП - «увеличение головки поджелудочной железы до 32 мм». При МСКТ— «картина отёчного панкреатита с преимущественным поражением дистальных отделов ПЖ». При МРХПГ данных за нарушение проходимости желчных путей нет. Лечение: инф. терапия, октреотид, спазмолитики, панкре.ферменты, тригальгин (непереносимость).
- Периодически принимала дротаверин, гимекромон (отмена — боли в животе), препараты панкреатина с временным эффектом.
- В январе 2018 г. вновь возникли боли верхнем отделе живота, поступила в клинику Василенко.

- Состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не увеличены.
- Рост — 172, вес — 60, ИМТ — 20,3 кг/м<sup>2</sup>
- Над лёгкими дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16/мин.
- Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 64 уд/мин, АД 100/60 мм рт. ст.
- Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Печень по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул регулярный.

# Общий и биохимический анализ крови

Пациентка М., 33 лет



СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

| показатель | результат                         |
|------------|-----------------------------------|
| гемоглобин | 128 г/л (117-180)                 |
| эритроциты | $4,71 \times 10^{12}/л$ (3,8-5,7) |
| гематокрит | 38 % (35-47)                      |
| ЦП         | 0,81                              |
| лейкоциты  | $3,6 \times 10^9/л$ (4,0-11,0)    |
| нейтрофилы | 48 % (45,0-72,0)                  |
| лимфоциты  | 44 % (18,0-44,0)                  |
| моноциты   | 7% (2,0-10,0)                     |
| эозинофилы | 1% (0-5,0)                        |
| базофилы   | 0 % (0-2,0)                       |
| тромбоциты | $210 \times 10^9/л$ (150-450)     |
| СОЭ        | 11 мм/час.                        |

| показатель   | результат             |
|--------------|-----------------------|
| о.белок      | 77 г/л (57-82)        |
| альбумин     | 46 г/л (32-48)        |
| глюкоза      | 4,8 ммоль/л (4,1-5,9) |
| креатинин    | 84 мг/дл (44-115)     |
| о.билирубин  | 12 мкмоль/л (3-21)    |
| п.билирубин  | 5 мкмоль/л (0-5)      |
| натрий       | 141 ммоль/л (132-150) |
| калий        | 4,8 ммоль/л (3,5-5,5) |
| холестерин   | 3,6 ммоль/л (3,2-5,6) |
| ЩФ           | 227 ед/л (70-360)     |
| ГГТ          | 14 ед/л (0-73)        |
| АЛТ          | 14 ед/л (10-49)       |
| АСТ          | 20 ед/л (0-34)        |
| амилаза      | 75 ед/л (22-80)       |
| СРБ          | 0 (менее 5 мг/л)      |
| амилаза мочи | 348,6 ед/л (N <321)   |

Эластаза кала — 203 мкг/г  
(N 200-500)

# УЗИ органов брюшной полости

## 26.01.18.

Пациентка М., 33 лет



СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

**Желчный пузырь:** Размер средний,  $84 \times 19$  мм с перегибом в шейке. Толщина стенки не увеличена — 2,2 мм. Эхогенность стенки повышенная, эхоструктура однородная. Пристеночные образования- в верхней трети тела - полип 3,1 мм; в средней трети тела - аналогичная структура 2,8 мм. Содержимое гомогенное. Внутривенечёчные желчные протоки не расширены. Гепатикохоледох: не расширен — 4,0 мм.

**Поджелудочная железа:** Контуры чёткие, волнистые. Размеры не увеличены: головка 23 мм; тело 12 мм; хвост 16 мм. Эхогенность умеренно понижена, эхоструктура умеренно диффузно-неоднородная за счёт подчёркнутых стенок протоков. ГПП не расширен. Портальная вена — диаметр 8,7 мм (норма до 13 мм). Селезёночная вена диаметр не изменён, в области тела ПЖ 6,3 мм (норма до 8 мм).

**Заключение:** УЗ признаки умеренно выраженных диффузных изменений желудочной железы; деформации (лабильные перегибы) желчного пузыря; мелких полипов в желчного пузыря; кист левой почки.

- **ЭГДС** 15.01.18: эндоскопическая картина поверхностного гастрита.



# КТ орг.бр. полости 11.12.2017

Пациентка М., 33 лет



Сеченовский Университет

Brilliance 40  
Ex: 22237  
C: CONTRAST  
Se: 5/9  
Im: 150/444  
Ax: F932.1

Mag: 5.9x

R

120.0 kV  
463.0 mA  
2.0 mm/-0.5:1  
Tilt: 0.0  
ET: msGP:  
GP: s  
TS: mm/s  
SPR:  
Lin:DCM / Lin:DCM / Id:ID  
W:350 L:40  
W:350 L:40

A

GKB N1  
52081, 2 H/O  
F 5183  
Acc:  
2017 Dec 11  
Acq Tm: 13:00:10

512 x 512  
B

L



P

DFOV: 19.9 x 12.8cm  
DFOV: 19.9 x 12.8cm

# Эндосонография панкреатобилиарной зоны

Пациентка М., 33 лет



Сеченовский Университет



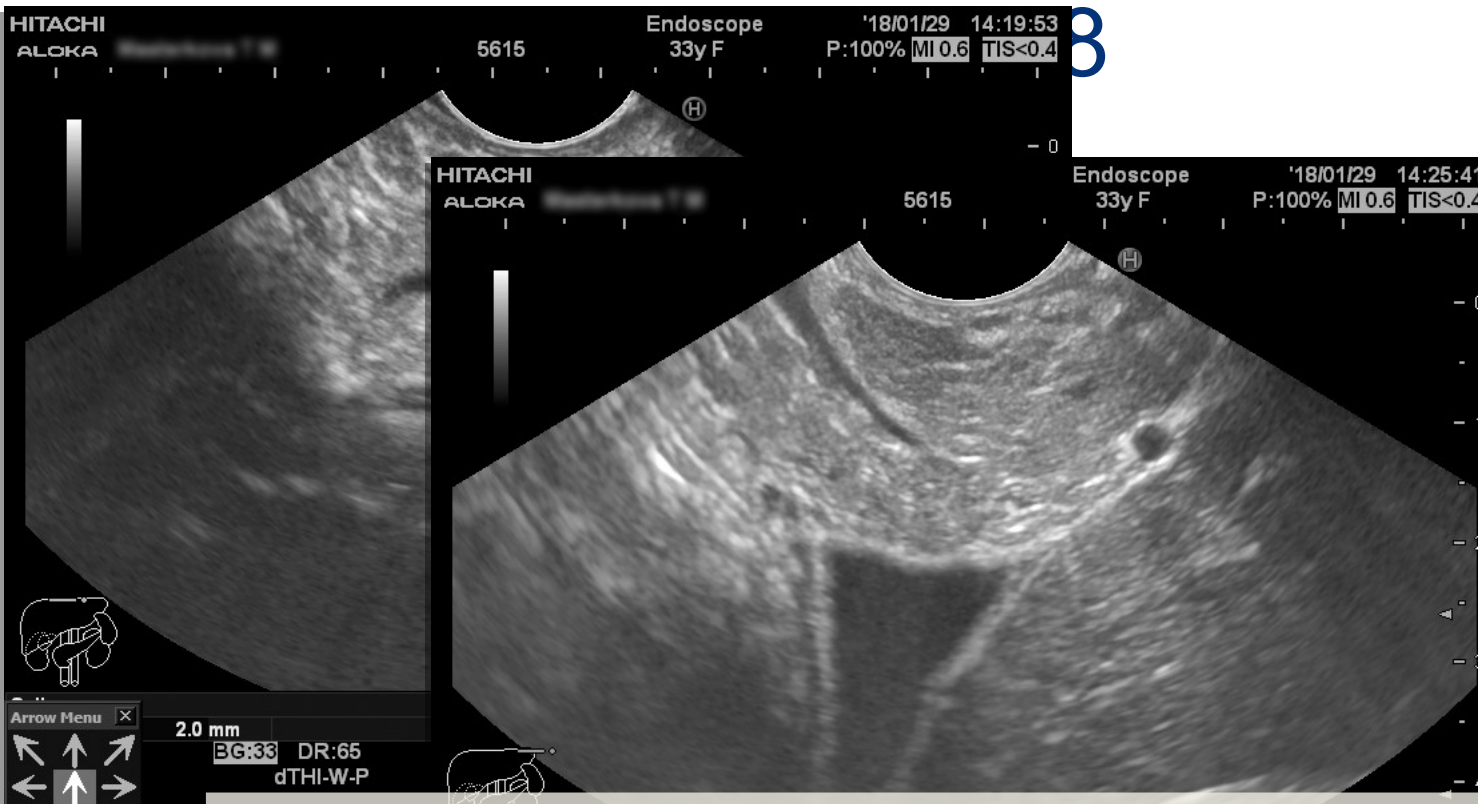
Паренхима тела и хвоста ПЖ - изоэхогенна окружающей клетчатке. Ширина тела железы — 16 мм, головки максимально - 21 мм. ГПП не расширен - до 2 мм в головке, 1,2 мм в тело-хвост. Во всей паренхиме ПЖ ткань паренхимы «пестрая» чередование зон повышенной и пониженной эхогенности, с наличием гиперэхогенных фиброзных тяжей в паренхиме, без солидных структур.

# Эндосонография панкреатобилиарной зоны

Пациентка М., 33 лет



Сеченовский Университет



Паренхима тела и хвоста ПЖ - изоэхогенна окружающей клетчатке. Ширина тела железы — 16 мм, головки максимально - 21 мм. ГПП не расширен - до 2 мм в головке, 1,2 мм в тело-хвост. Во всей паренхиме ПЖ ткань паренхимы «пестрая» чередование зон повышенной и пониженной эхогенности, с наличием гиперэхогенных фиброзных тяжей в паренхиме, без солидных структур.

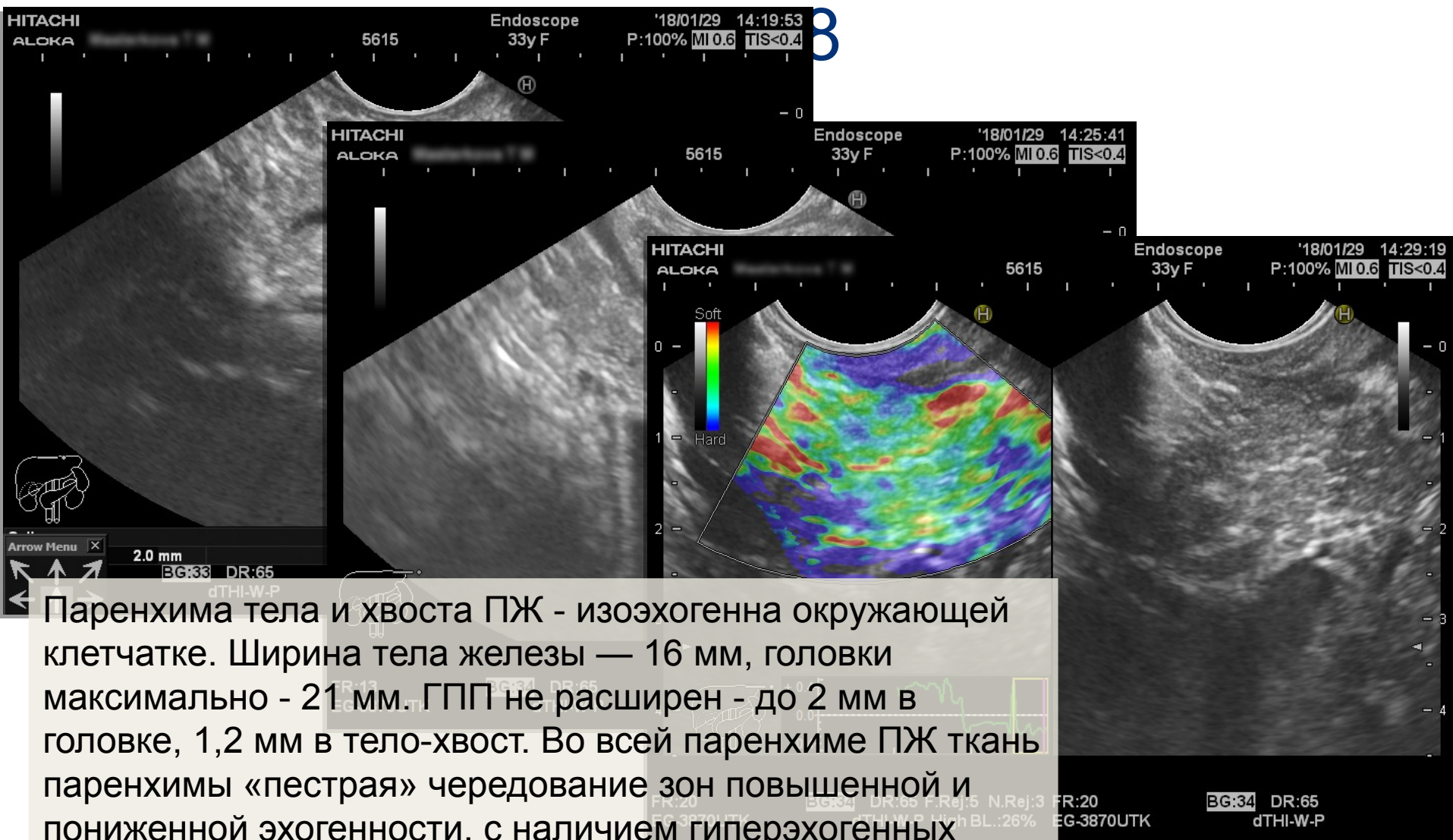


# Эндосонография панкреатобилиарной зоны

Пациентка М., 33 лет



СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ



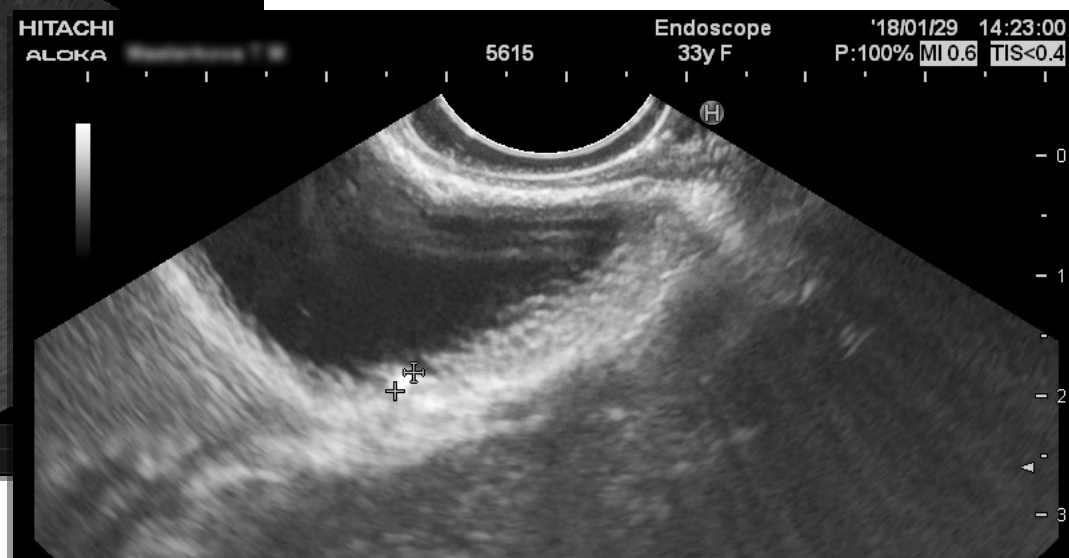
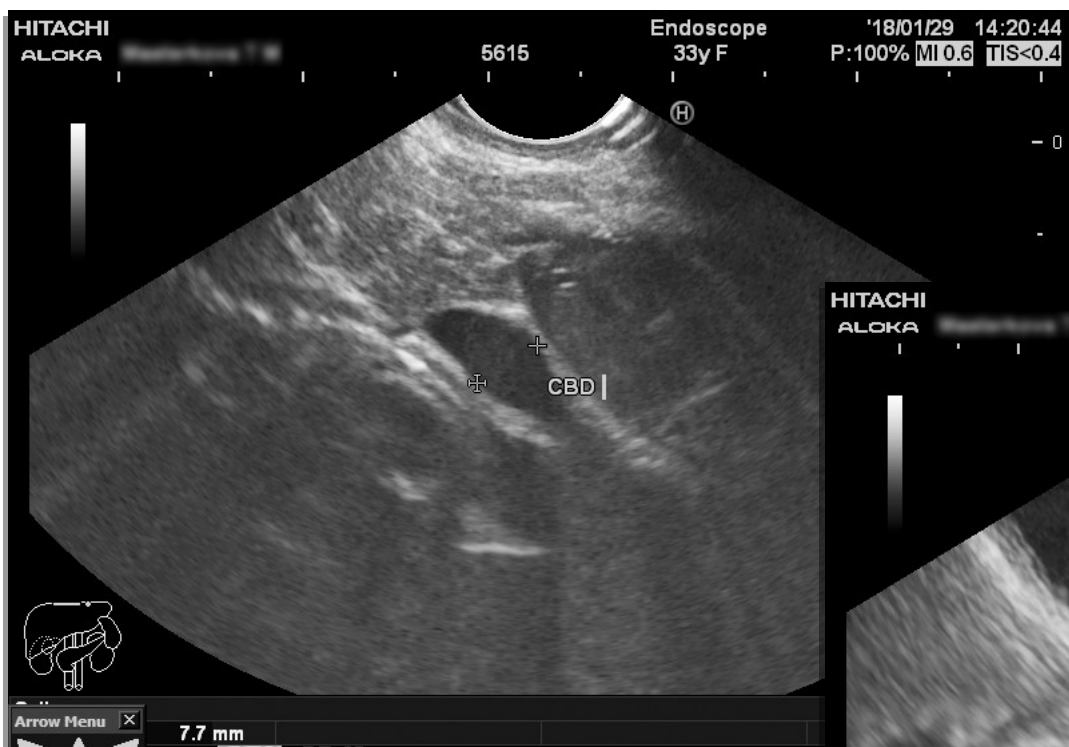
Паренхима тела и хвоста ПЖ - изоэхогенна окружающей клетчатке. Ширина тела железы — 16 мм, головки максимально - 21 мм. ГПП не расширен - до 2 мм в головке, 1,2 мм в тело-хвост. Во всей паренхиме ПЖ ткань паренхимы «пестрая» чередование зон повышенной и пониженной эхогенности, с наличием гиперэхогенных фиброзных тяжей в паренхиме, без солидных структур.

# Эндосонография панкреатобилиарной зоны

Пациентка М., 33 лет



Сеченовский Университет



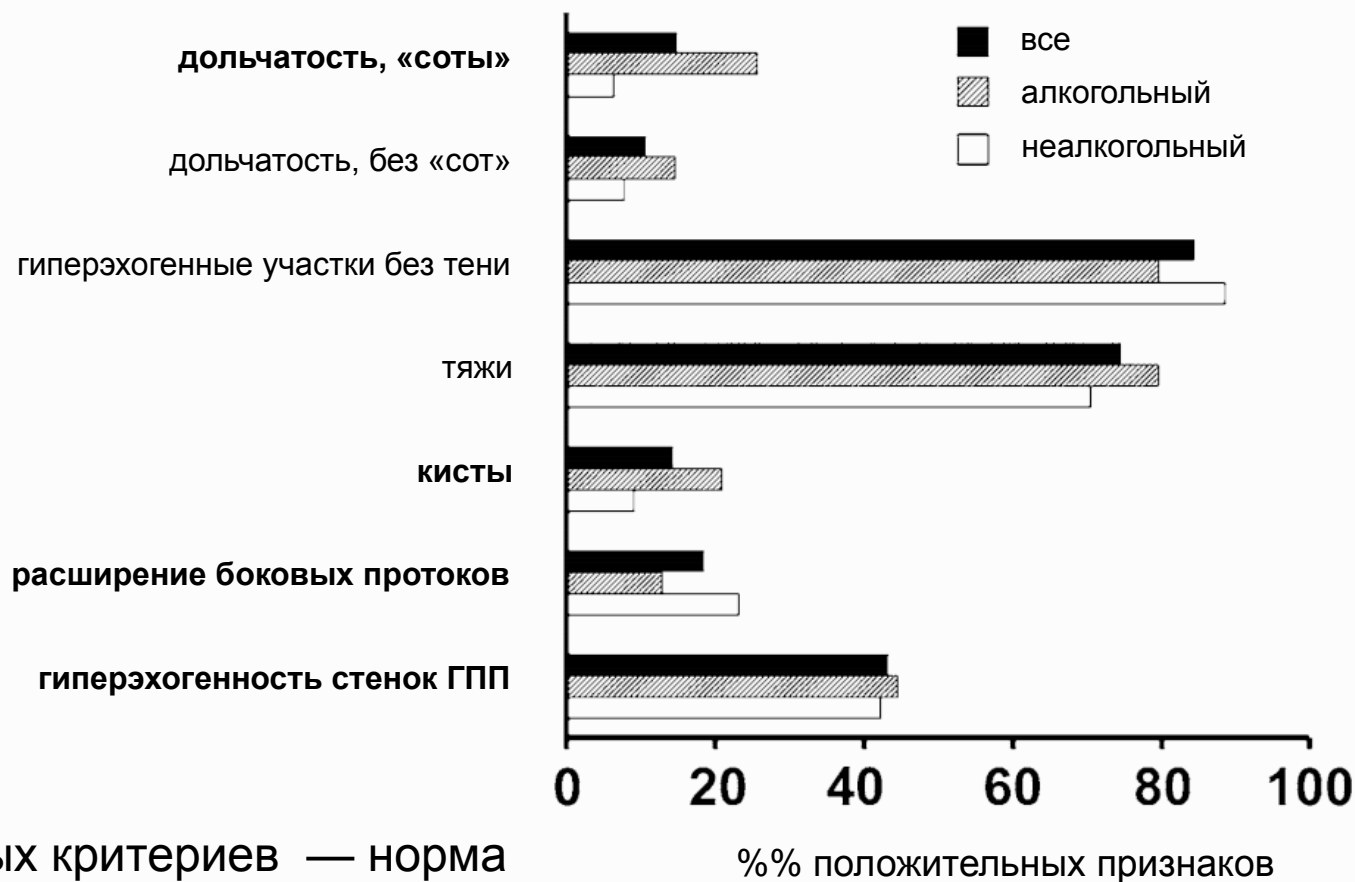
Холедох лоцируется из желудка - не расширен, в воротах печени - 7,6 мм. Отмечено небольшое количество жидкости в сальниковой сумке.

**Заключение:** Эхо-эндоскопическая картина без убедительных признаков очаговой патологии, без признаков панкреатической или билиарной гипертензии. Картина может соответствовать хроническому панкреатиту с фиброзными включениями в паренхиме поджелудочной железы.

# Симптоматика раннего ХА при ЭндоУЗИ



Сеченовский Университет



МРХПГ 18.12.2018

Пациентка М., 33 лет



Сеченовский Университет

T VIDAR  
Ex: 8664  
CO 2D MRCP  
C:  
Se: 10/10  
Im: 2/2  
Cor: A21.4 (COI)

Mag: 2.6x

R<sub>P</sub>

H<sub>R</sub>

GKB #1 N. I. Pirogova

MASTERCARD T.W., 2H/O 52081

Oct 15 1984 F 6490

Acc:

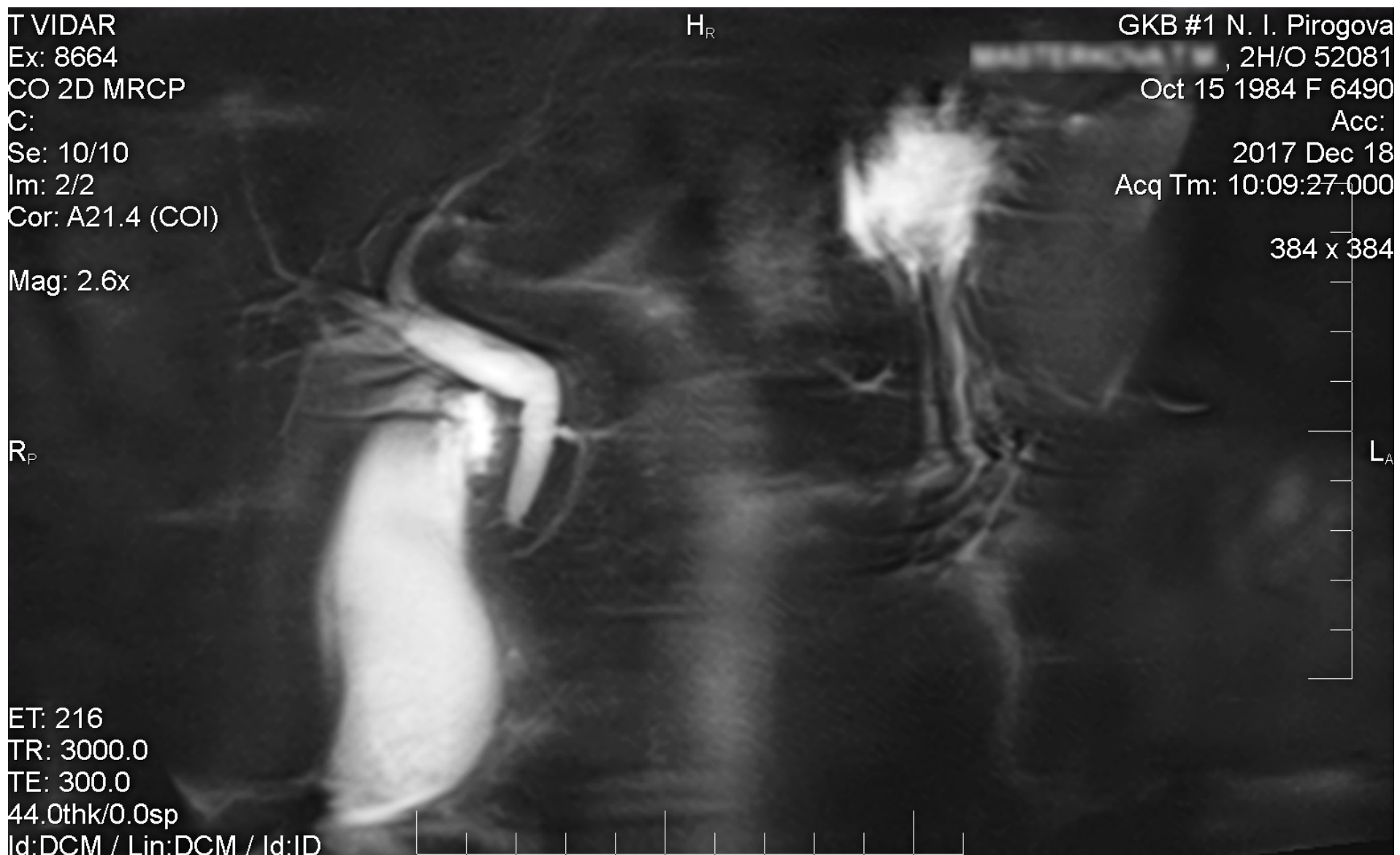
2017 Dec 18

Acq Tm: 10:09:27.000

384 x 384

L<sub>A</sub>

ET: 216  
TR: 3000.0  
TE: 300.0  
44.0thk/0.0sp  
Id:DCM / Lin:DCM / Id:ID



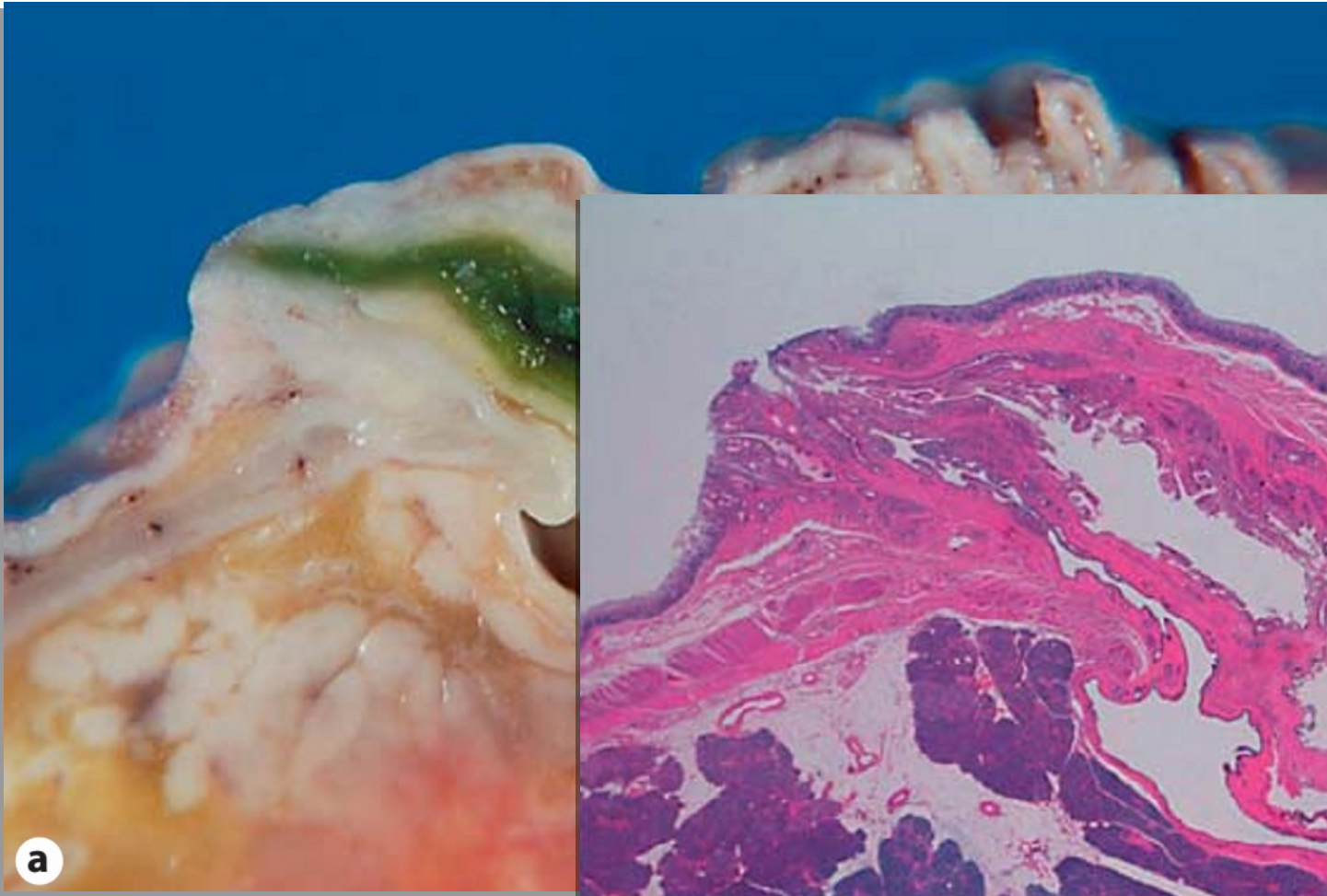
- мебеверин (Ниаспам) по 1 т x 2 р/день x 3 мес
- пищеварительные ферменты
- амитриптилин 25 мг  $\frac{1}{2}$  таб. на ночь 5 дней, далее 1 т. на ночь 3-6 мес.
- сульпирид 50 мг  $\rightarrow$  200 мг/сутки x 6 месяцев.



# Строение БДС



Сеченовский Университет



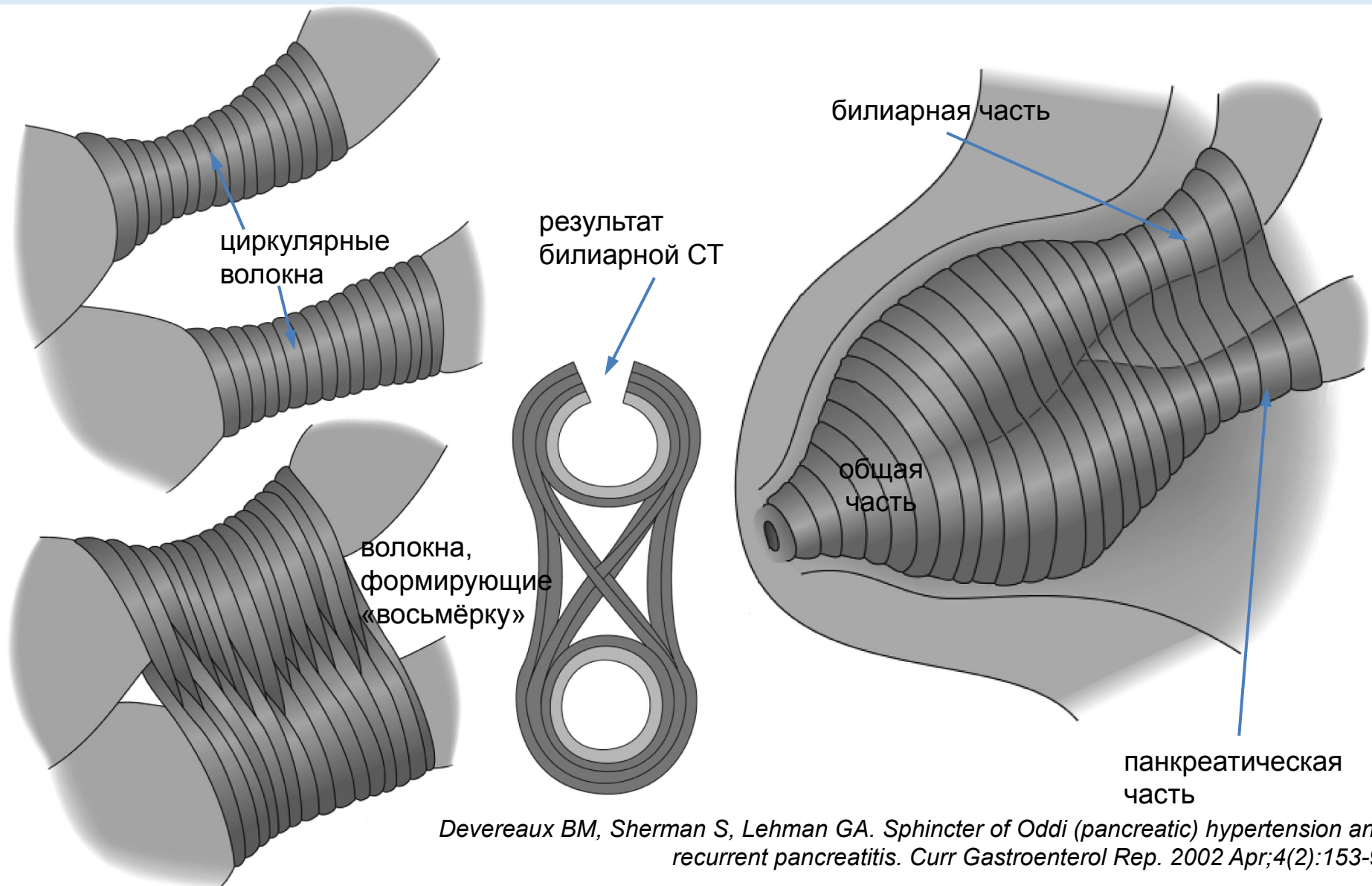
*Horiguchia S., Kamisawa T. 2010*

**b**

# Мышкелатура сфинктера Одди



Сеченовский Университет



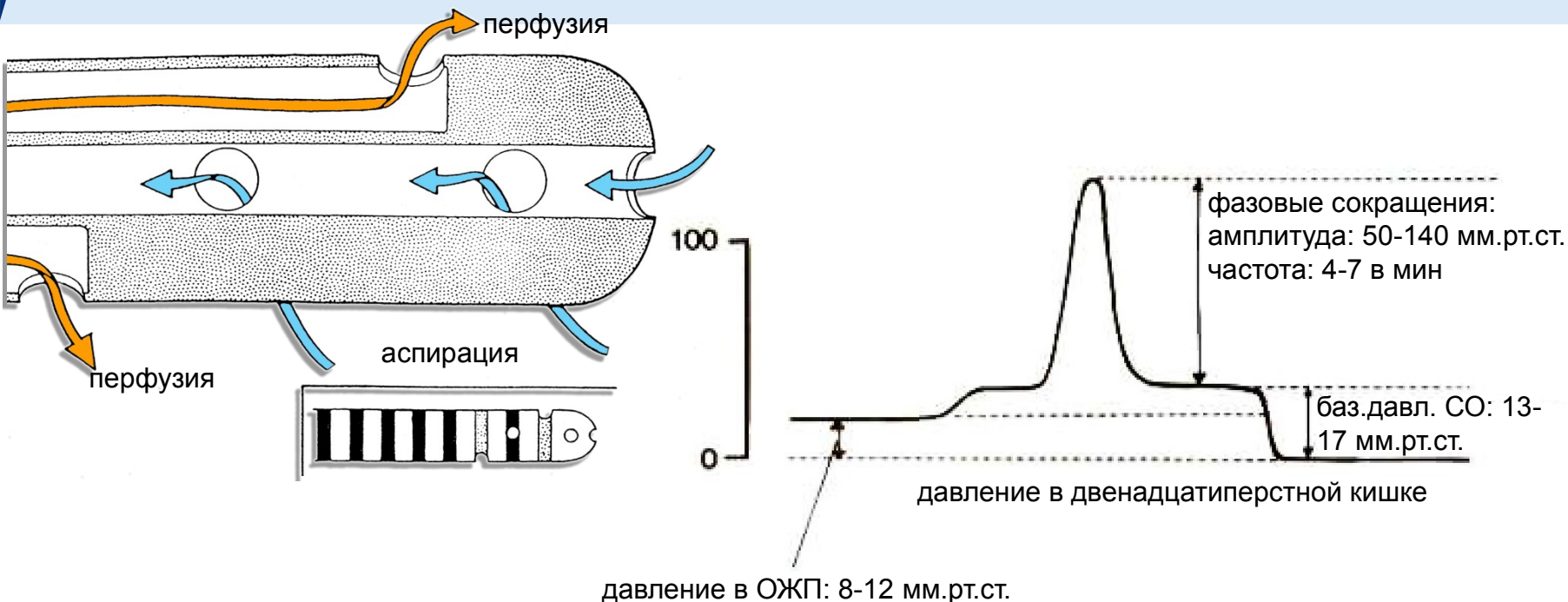
Devereaux BM, Sherman S, Lehman GA. Sphincter of Oddi (pancreatic) hypertension and recurrent pancreatitis. *Curr Gastroenterol Rep.* 2002 Apr;4(2):153-9.

# Дисфункция сфинктера Одди

## Эндоскопическая манометрия



СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ



### Признаки дисфункции сфинктера Одди:

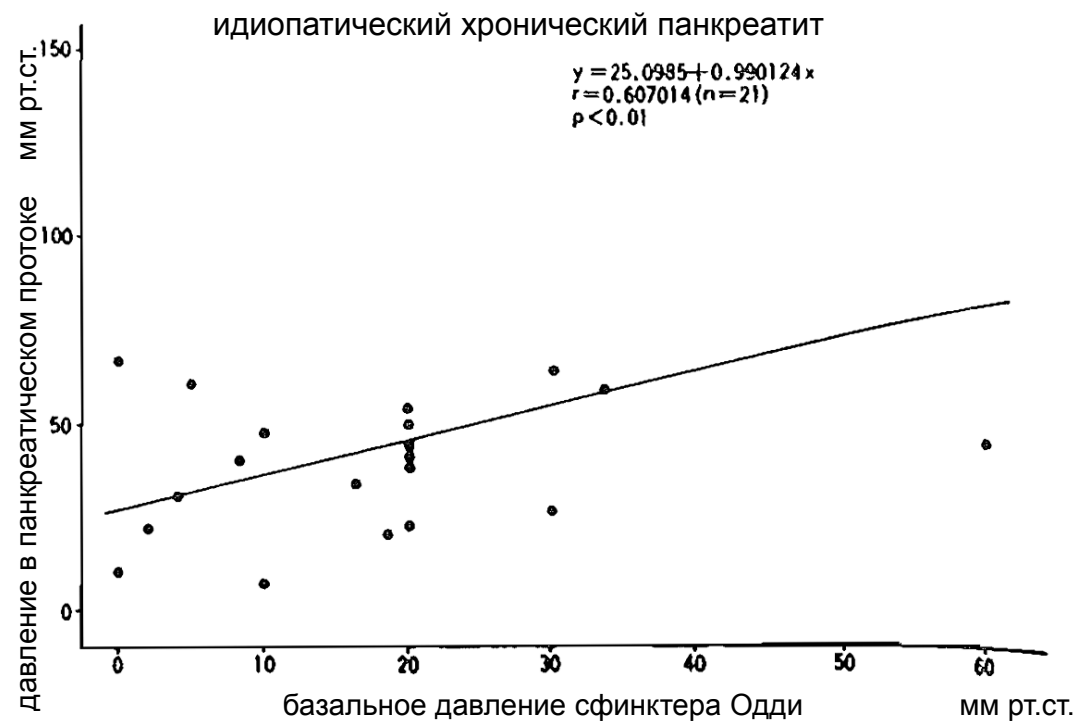
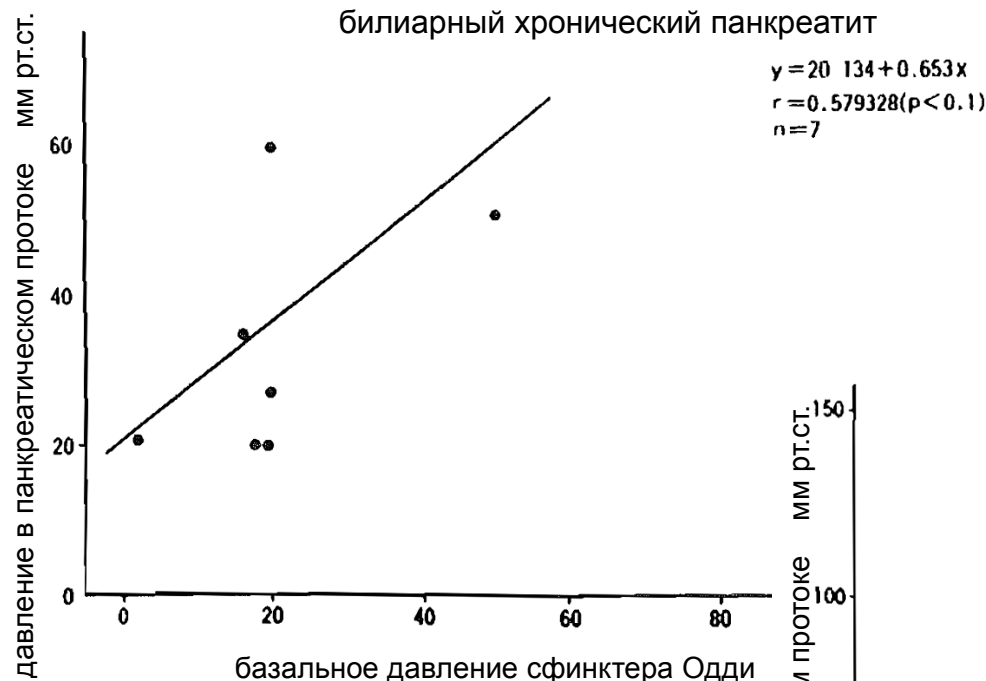
- базальное давление  $> 40$  мм рт. ст.
- увеличение амплитуды и частоты фазовых сокращений (тахииоддия)
- увеличение частоты ретроградных сокращений
- парадоксальный ответ на введение ХЦК и его аналогов

Риск панкреатита после манометрии — 20-30%.

# Зависимость между давлением СО и панкреатической гипертензией



СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ



Okazaki K, Yamamoto Y, Nishimori I, Nishioka T, Kagiya S, Tamura S, Sakamoto Y, Nakazawa Y, Morita M, Yamamoto Y. Motility of the sphincter of Oddi and pancreatic main ductal pressure in patients with alcoholic, gallstone-associated, and idiopathic chronic pancreatitis. *Am J Gastroenterol.* 1988 Aug;83(8):820-6

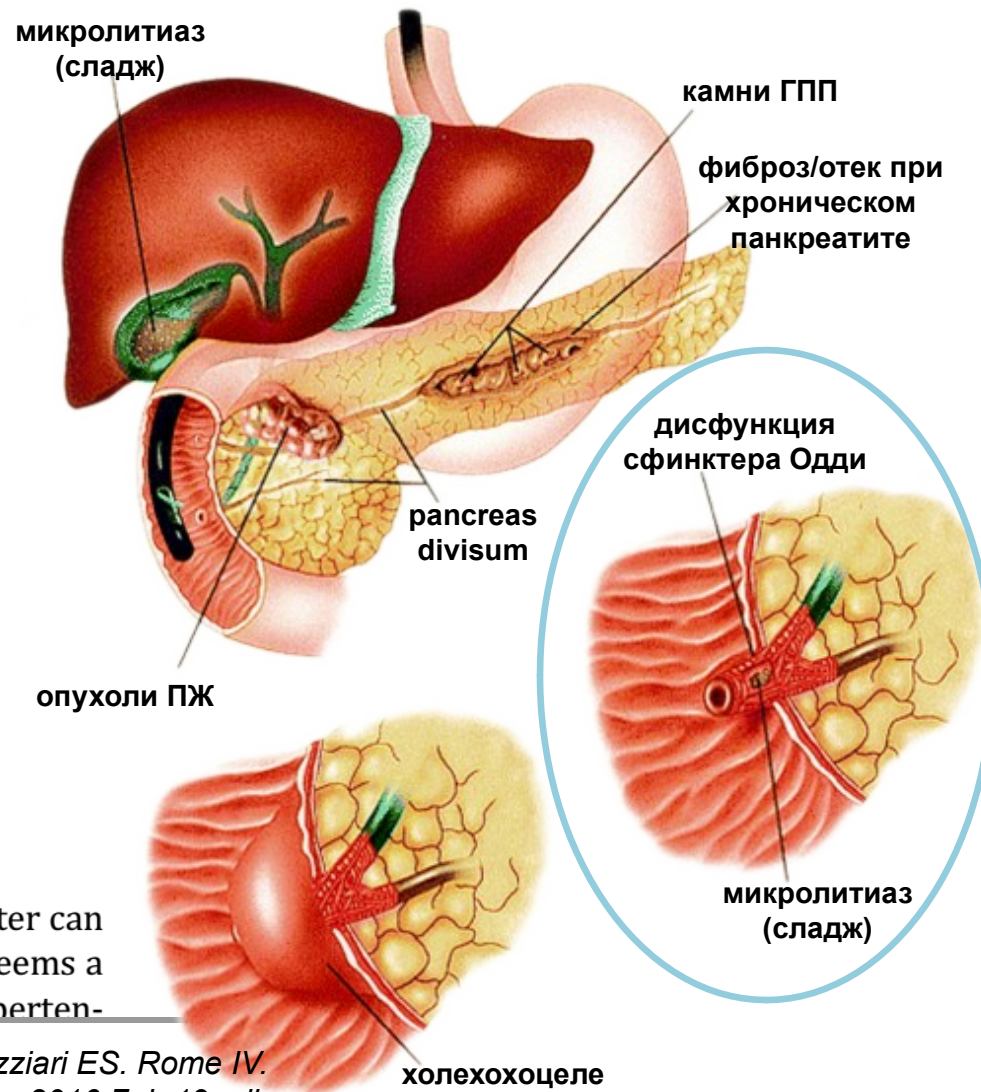


# Связь дисфункции сфинктера Одди (СО) и панкреатита



У 50%-87% больных ХП различной этиологии выявляют повышение давления СО

- Опухоли БДС
- Внутрипротоковые камни ПЖ
- Вязкая слизь при IPMN
- Опиаты



## Functional Pancreatic Sphincter Dysfunction

The idea that dysfunction of the pancreatic sphincter can cause pancreatic pain and pancreatitis is popular. It seems a logical extension to the consensus that sphincter hyperten-

# Дисфункция сфинктера Одди (панкреатический вариант)

**I тип (определённый)** – идиопатический рецидивирующий панкреатит и/или типичные панкреатические боли

+

- повышение активности амилазы/липазы крови в 2 раза и более
- расширение Вирзунгова протока более 5 мм
- увеличение времени поступления секрета по протоку в просвет ДПК более 10 мин

**II тип (предположительный)** – типичные панкреатические боли + 1 или 2 критерия типа I

**III тип (возможный, вирзунгодискинезия)** – типичные панкреатические боли, но нет ни одного из признаков типа I

I тип – структурные нарушения;

II тип – структурные или функциональные нарушения;

III тип – только функциональные нарушения



# Результаты манометрии СО у пациентов с установленной дисфункцией СО по панкреатическому типу

593 пациентов:

- 125 — рецидивирующий ОП неустановленной этиологии
- 30 рецидивирующий ОП неподтверждённой этиологии
- 26 — ХП
- 412 боль панкреатического или билиарного типа

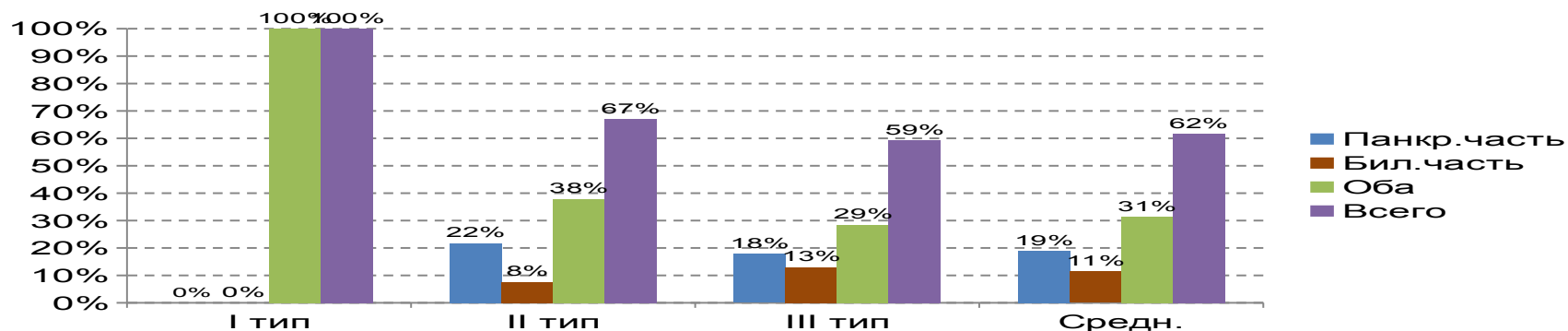


Table 4. Frequency of abnormal basal sphincter pressure in patients with intact sphincters

| Pancreatic type | Patient No. | Pancreas alone | Biliary alone | Both        | Total        |
|-----------------|-------------|----------------|---------------|-------------|--------------|
| III             | 253         | 45 (17.8%)     | 33 (13.0%)    | 72 (28.5%)  | 150 (59.3%)* |
| II              | 106         | 23 (21.7%)     | 8 (7.6%)      | 40 (37.8%)  | 71 (67.0%)*  |
| I               | 1           | 0              | 0             | 1 (100.0%)  | 1 (100.0%)*  |
| Total           | 360         | 68 (18.9%)     | 41 (11.4%)    | 113 (31.4%) | 222 (61.7%)  |

\*p = Not significant.

Eversman D, Fogel EL, Rusche M, Sherman S, Lehman GA. Frequency of abnormal pancreatic and biliary sphincter manometry compared with clinical suspicion of sphincter of Oddi dysfunction. *Gastrointest Endosc.* 1999 Nov;50(5):637-41.

# Результаты манометрии СО у пациентов с установленной дисфункцией СО по панкреатическому типу

593 пациентов:

- 125 — рецидивирующий ОП неустановленной этиологии
- 30 рецидивирующий ОП неподтверждённой этиологии
- 26 — ХП
- 412 боль панкреатического или билиарного типа

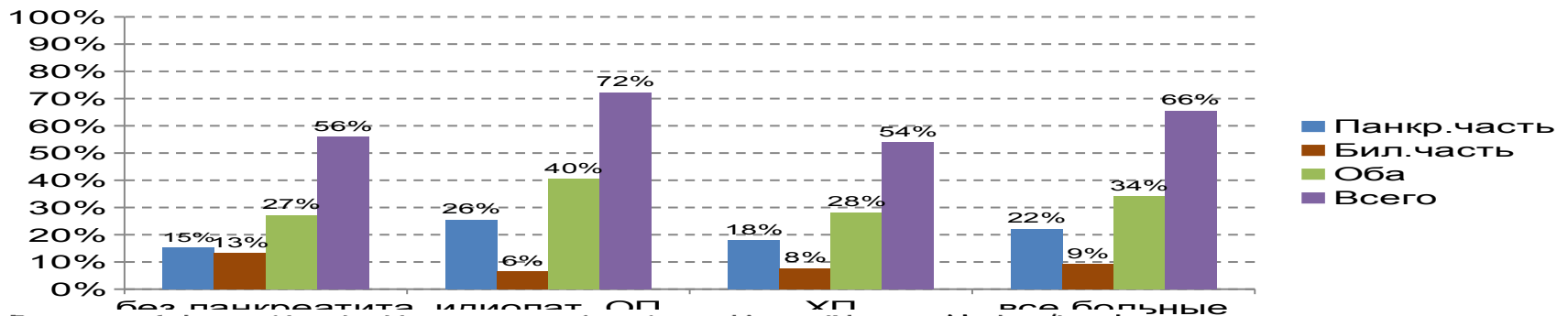


Table 5. Frequency of abnormal basal sphincter pressure in patients with type II intact sphincters (typed using overall criteria)

|                         | Patient No. | Pancreas alone | Biliary alone | Both       | Total                    |
|-------------------------|-------------|----------------|---------------|------------|--------------------------|
| All patients            | 194         | 43 (22.2%)     | 18 (9.3%)     | 66 (34.0%) | 127 (65.5%) <sup>a</sup> |
| No pancreatitis         | 136         | 31 (15.4%)     | 18 (13.2%)    | 37 (27.2%) | 76 (55.9%) <sup>b</sup>  |
| Idiopathic pancreatitis | 47          | 12 (25.5%)     | 3 (6.4%)      | 19 (40.4%) | 34 (72.3%) <sup>c</sup>  |
| Chronic pancreatitis    | 39          | 7 (17.9%)      | 3 (7.7%)      | 11 (28.2%) | 21 (53.9%) <sup>d</sup>  |

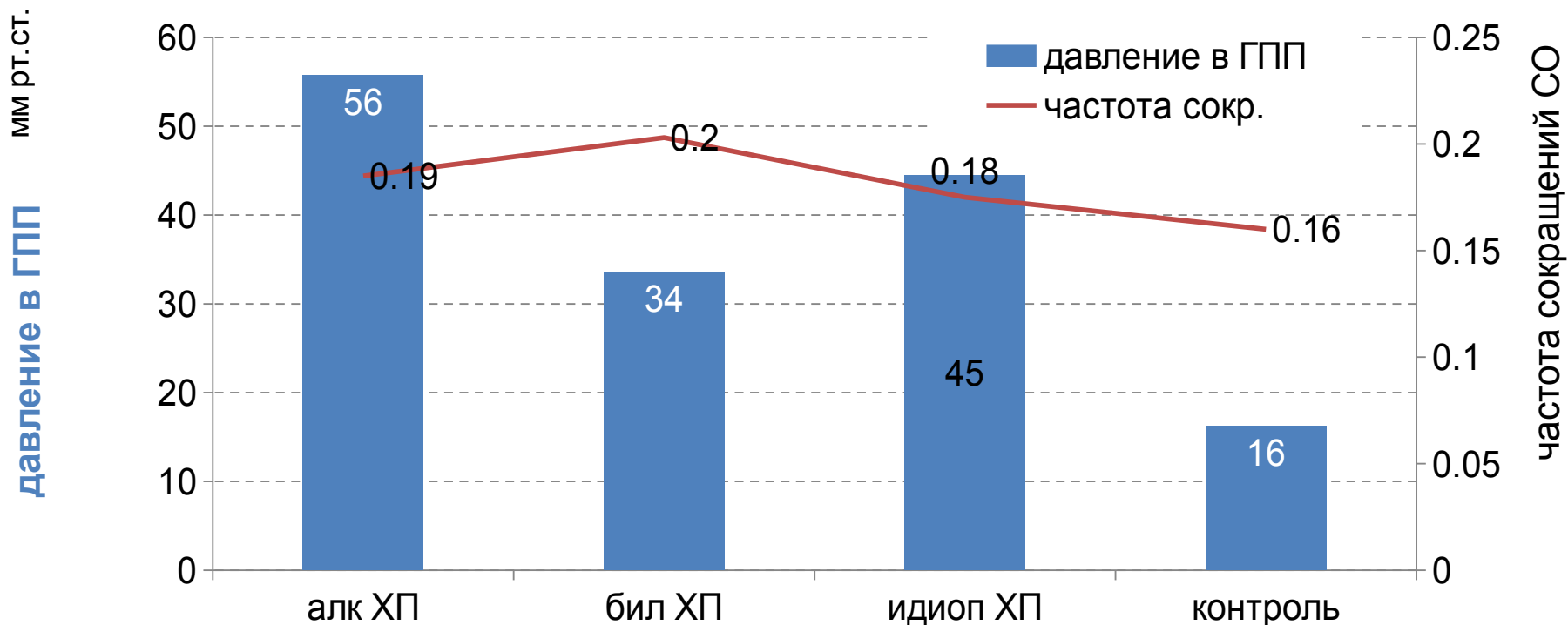
$p < 0.05$ : a vs. b; b vs. c; c vs. d.  $p =$  Not significant: a vs. c; a vs. d; b vs. d.

Eversman D, Fogel EL, Rusche M, Sherman S, Lehman GA. Frequency of abnormal pancreatic and biliary sphincter manometry compared with clinical suspicion of sphincter of Oddi dysfunction. *Gastrointest Endosc.* 1999 Nov;50(5):637-41.

# Давление в ГПП у больных ХП



СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ



Частота сокращений СО у больных алкогольным ХП и билиарным ХП (ЖКБ) была достоверно выше по сравнению с контрольной группой, при этом отмечалась корреляция между уровнем **давления в ГПП** и моторикой СО.

**Вывод:** при алкогольном и билиарном ХП существует дисфункция СО, которая определяет более высокое протоковое давление.

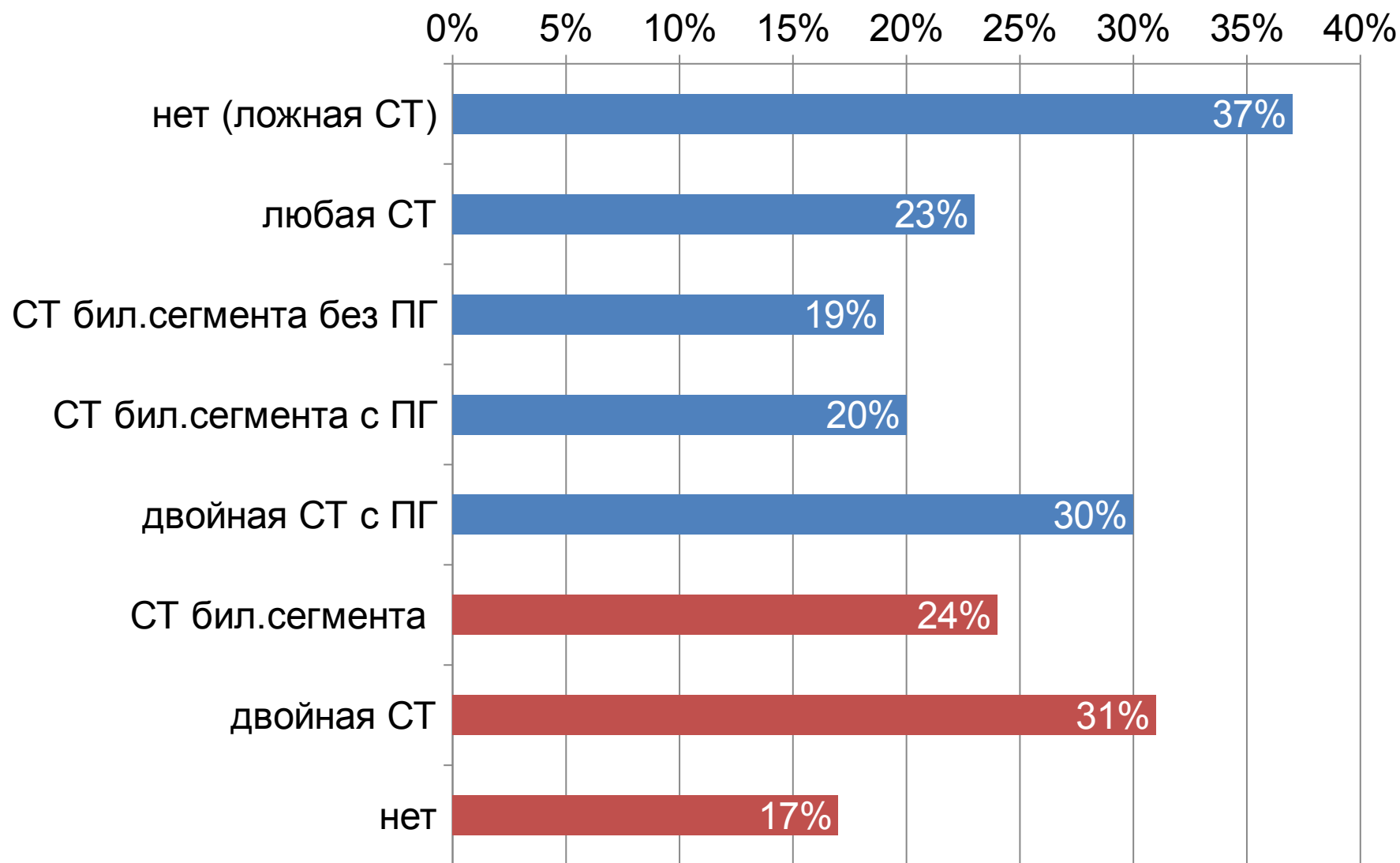
*Okazaki K1, Yamamoto Y, Nishimori I et al., Motility of the sphincter of Oddi and pancreatic main ductal pressure in patients with alcoholic, gallstone-associated, and idiopathic chronic pancreatitis. Am J Gastroenterol. 1988 Aug;83(8):820-6.*

# Эффективность эндоскопической терапии при дисфункции 3 типа (купирование боли)

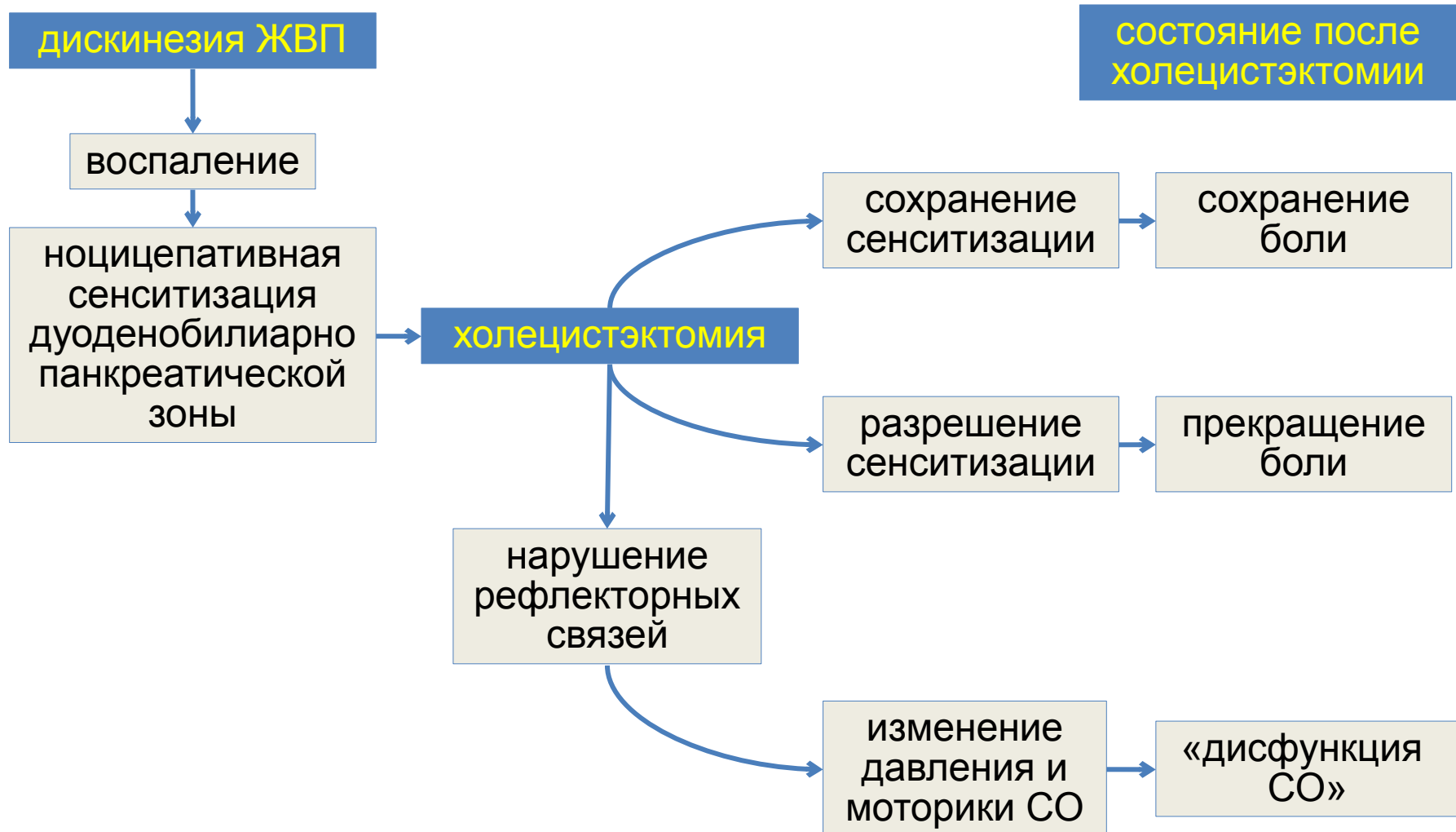


EPIOD 2

EPIOD 2



# Возможные этиологические факторы и исходы у больных с «дискинезией ЖВП»





## E2. Расстройство панкреатической части СО (необходимо наличие всех признаков)



1. Доказанные приступы панкреатита:
  - типичная боль
  - повышение амилазы или липазы  $>3N$  и/или признаки ОП по данным лучевых методов диагностики
2. Исключение других причин панкреатита
3. Нормальные данные эндоскопической ультрасонографии
4. Изменение показателей манометрии сфинктера

альтернативные методы диагностики

5. МРХПГ/эндоУЗИ после стимуляции секретинном
6. инъекция ботулотоксина в сфинктер
7. пробное стентирование

E2. Diagnostic Criteria for Pancreatic Sphincter of Oddi Disorder All of the following:

1. Documented recurrent episodes of pancreatitis (typical pain with amylase or lipase  $>3$  times normal and/or imaging evidence of acute pancreatitis)
2. Other etiologies of pancreatitis excluded
3. Negative endoscopic ultrasound
4. Abnormal sphincter manometry

# Коррекция функциональных расстройств панкреатической части СО



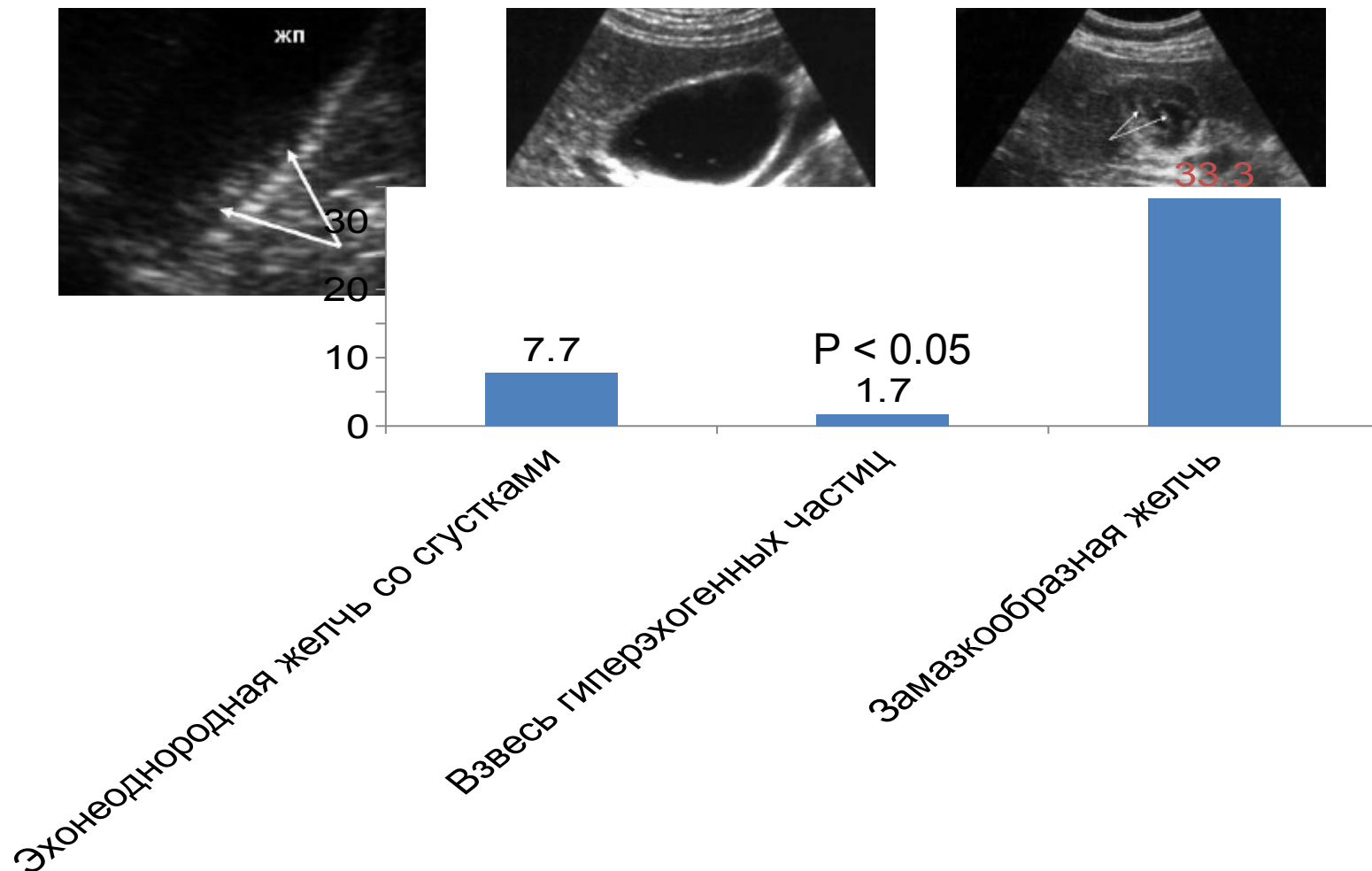
- Профилактика: избегать приёма алкоголя и опиатов
- Отсутствуют данные о клинической эффективности препаратов, способных расслаблять СО (спазмолитики и блокаторы Са-каналов)
- Лечение микролитиаза:
  - сфинктеротомия билиарной части СО после 2 приступов острого панкреатита неустановленной этиологии (*Lee SP, 1992*)
  - УДХК 10-12 мг/кг/сут.
- Сфинктеротомия панкреатической части СО, разделение сфинктеров (*Cote GA, 2012; Wilcox CM., 2012*)

# Частота выявления хр. панкреатита при различных формах сладжа



СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

%% БОЛЬНЫХ



# Результаты многолетнего наблюдения за пациентами со сладжем ЖП



СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Группы наблюдения: 58 больных со сладжем, 70 больных – без сладжа ЖП.  
Суммарная частота нарушений со стороны ЖВП за 5 лет: 33,9% и 15,8%,  $P = 0,021$

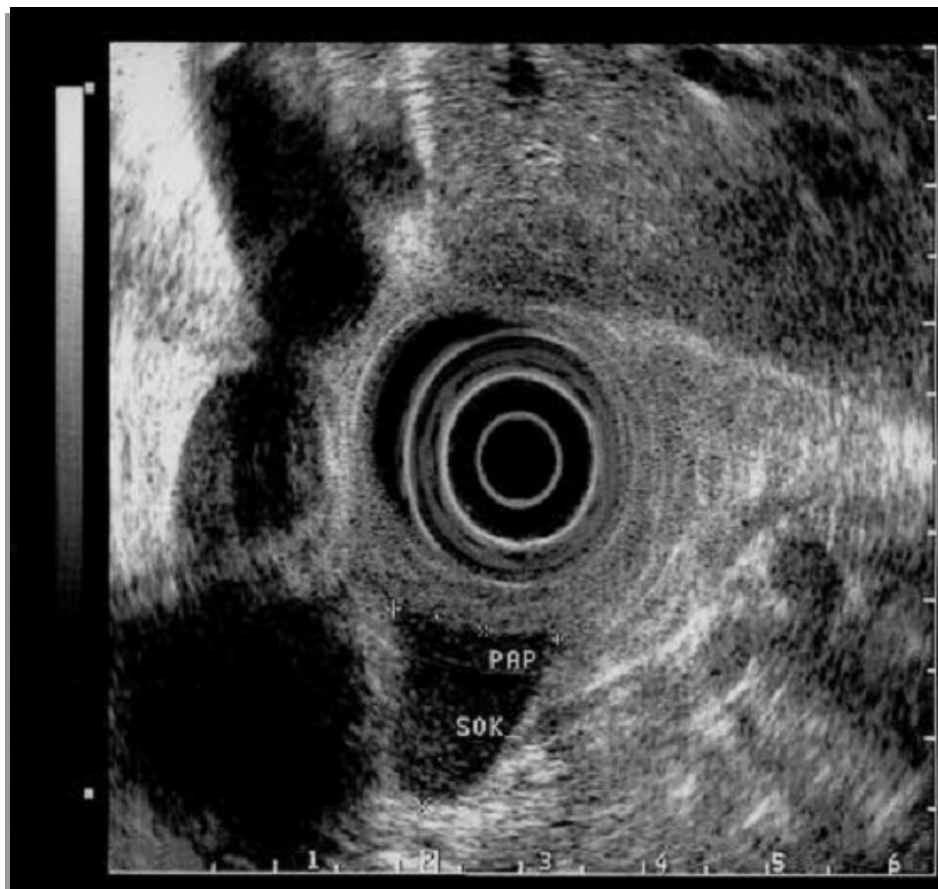


Lee YS, Kang BK, Hwang IK, Kim J, Hwang JH. Long-term Outcomes of Symptomatic Gallbladder Sludge. *J Clin Gastroenterol*. 2014 Aug 14.

# Расчёт площади БДС



СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ



эндоУЗИ: увеличение Фатерова соска  
(SOK — комплекс сфинктера Одди; PAP — папиллоампулярный сегмент)

$$S_{\text{ФС}} = h_{\text{ФС}} \times w_{\text{ФС}} / 2$$

$$S_{\text{ФС корр}} = S_{\text{ФС}} / F_{\text{корр}} = S_{\text{ФС}} / 1,27$$

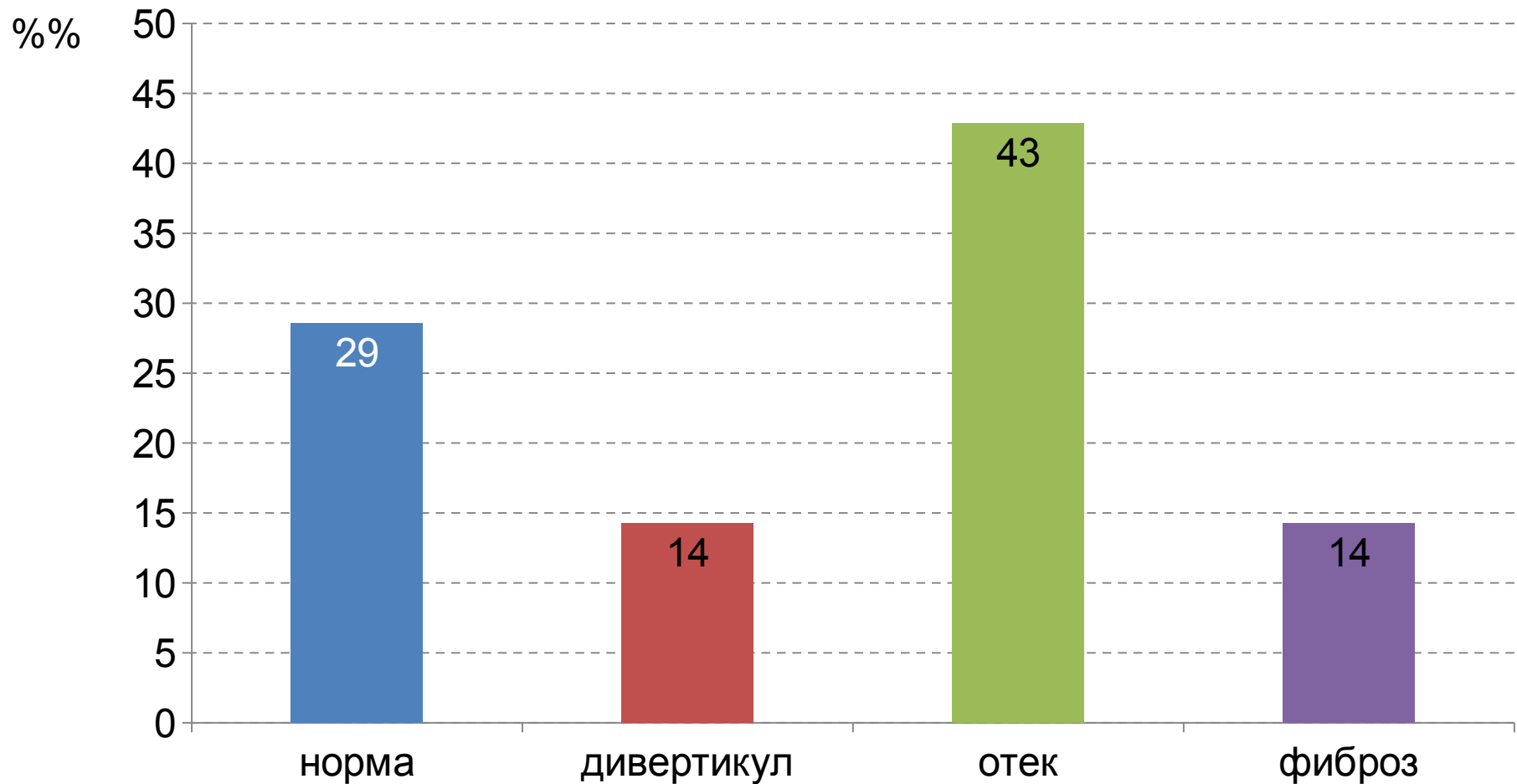
$$S_{\text{ФС корр}} = 16,0 \pm 1,98 \text{ мм}^2 \text{ (от 11 до 26)}$$



# Состояние БДС у пациентов с идиопатическим ХР и сладжем желчного пузыря по данным эндоУЗИ



Сеченовский Университет



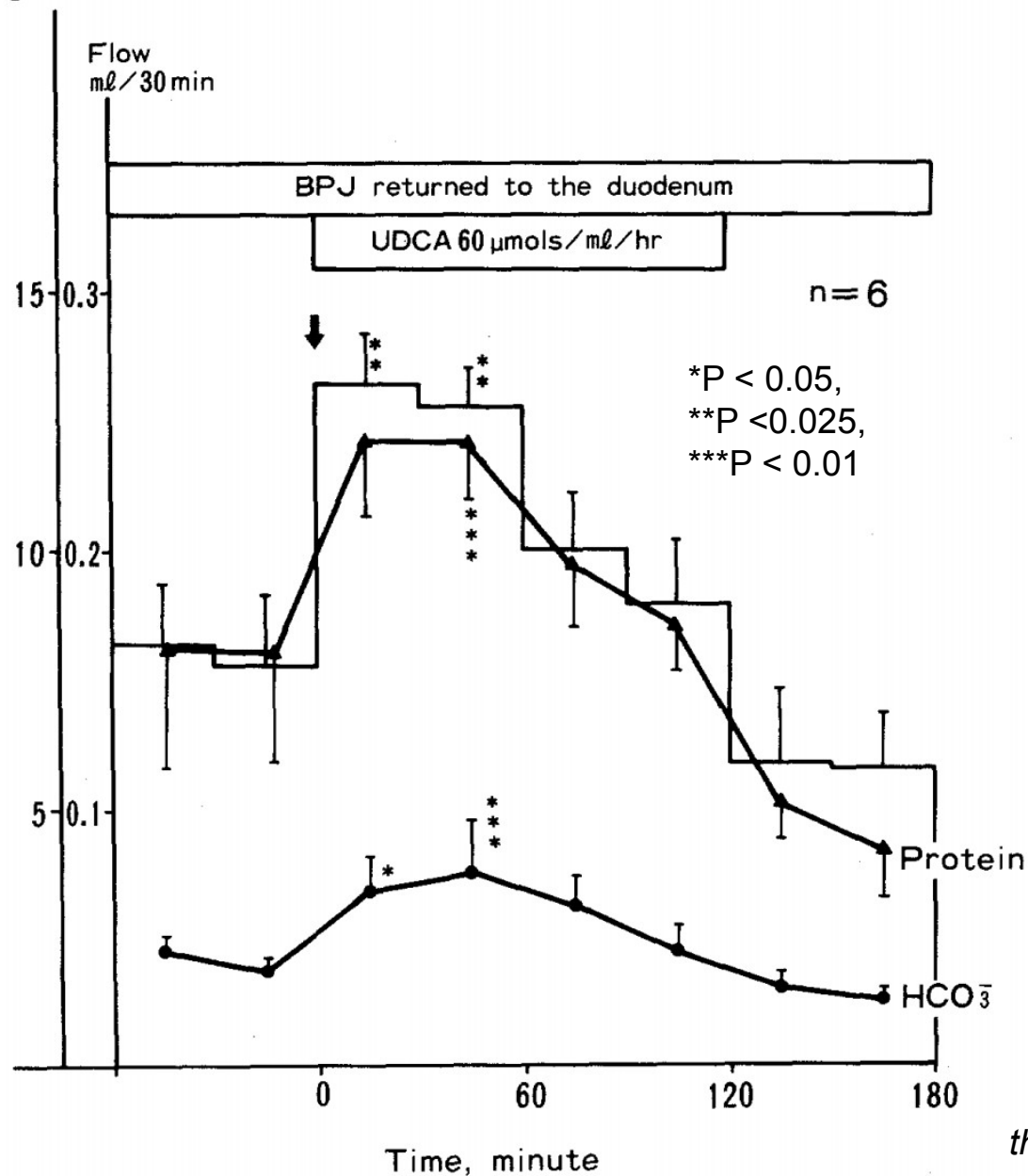
Ивашкин В.Т., Охлобыстин А.В., Будзинский С.А., Беляева Л.Е., Охлобыстина О.З.,  
Понкратова Н.А. 2016



HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> Output  
mEq/30 min  
Protein Output  
mg/30 min



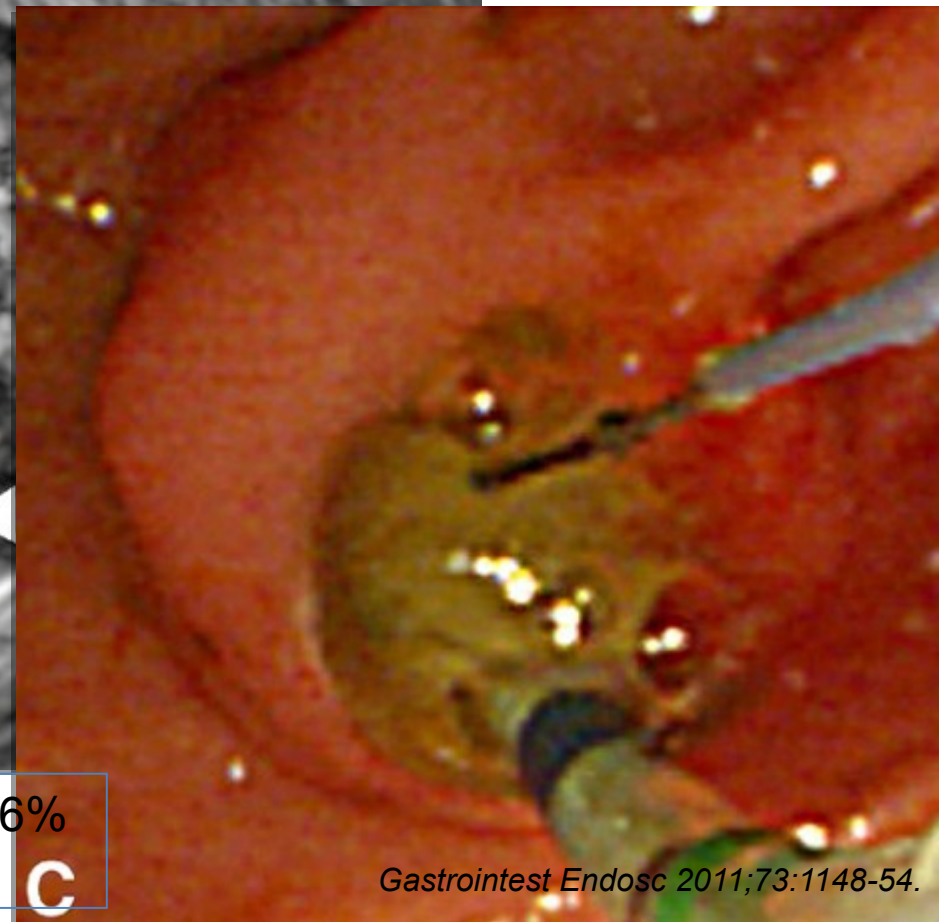
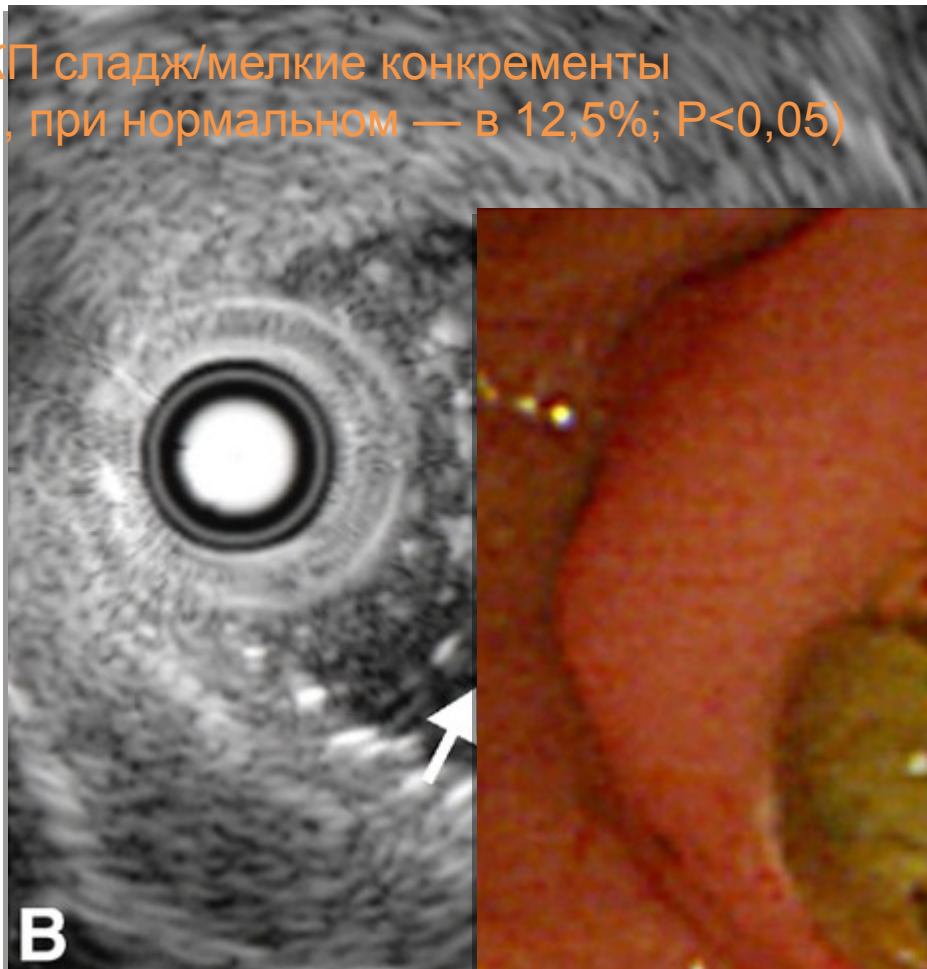
Сеченовский Университет



Miyasaka K, Kitani K. A difference in stimulatory effects on pancreatic exocrine secretion between ursodeoxycholate and trypsin inhibitor in the rat. *Dig Dis Sci.* 1986 Sep;31(9):978-86



при расширении ОЖП сладж/мелкие конкременты выявляются в 71,4%, при нормальном — в 12,5%;  $P < 0,05$ )

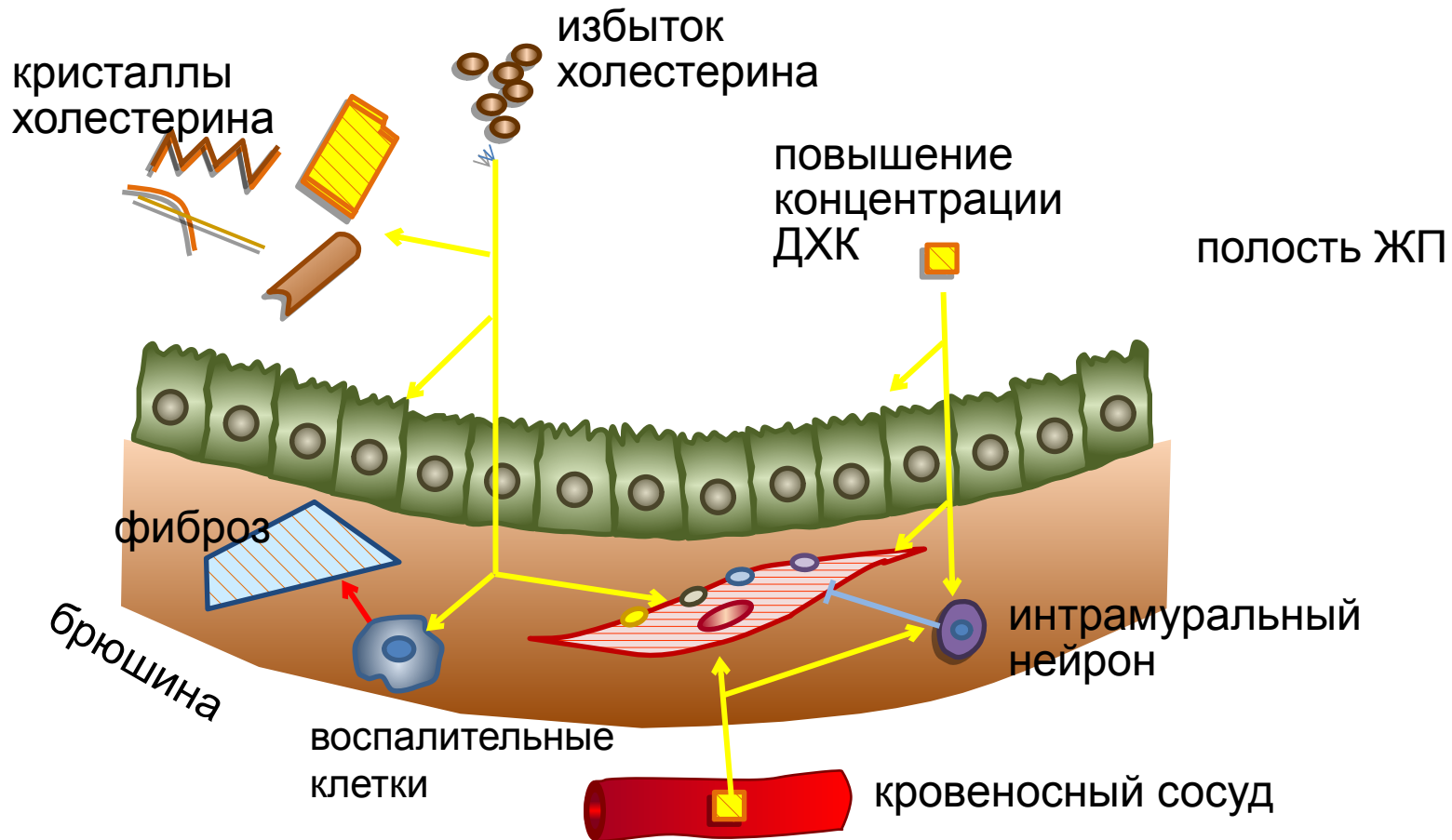


- мелкие желчные камни ( до 3 мм) — 16%
- сладж ЖП — 10%

# Нарушение сократимости желчного пузыря при сладже



Сеченовский Университет



Konikoff FM, Chung DS, Donovan JM, Small DM, Carey MC. Filamentous, helical and tubular structures during cholesterol crystallization from bile: evidence that biliary cholesterol does not nucleate classic monohydrate plates. *J Clin Invest* 1992; 90:1156–1161.

Portincasa P, van Erpecum KJ, Jansen A, Renooij W, Gadella M, vanBergeHenegouwen GP. Behavior of various cholesterol crystals in bile from gallstone patients. *Hepatology* 1996; 23:738–748.

# Нияспам<sup>200</sup>

МЕБЕВЕРИНА ГИДРОХЛОРИД

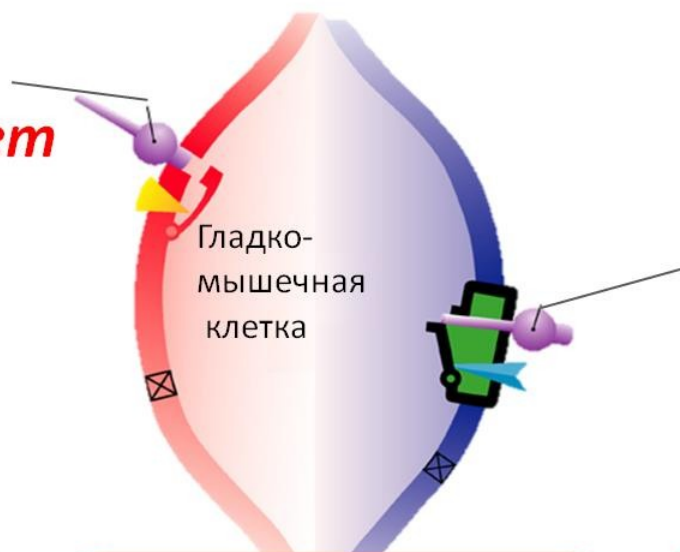
## Механизм действия<sup>1</sup>

Блокада  $\text{Na}^+$ -каналов:

**способствует  
снятию  
спазма**

$\text{Na}^+$ -канал

Высокая эффективность  
спазмолитического  
действия<sup>2</sup>



Действует только на  
гладкую мускулатуру  
билиарного тракта  
Обладает высокой  
тропностью к  
сфинктеру Одди

$\text{Ca}^{++}$ -депо

Блокирует  
наполнение  $\text{Ca}^{++}$ -  
депо, ограничивает  
выход  $\text{K}^+$  из клетки:  
**препятствует  
развитию атонии**

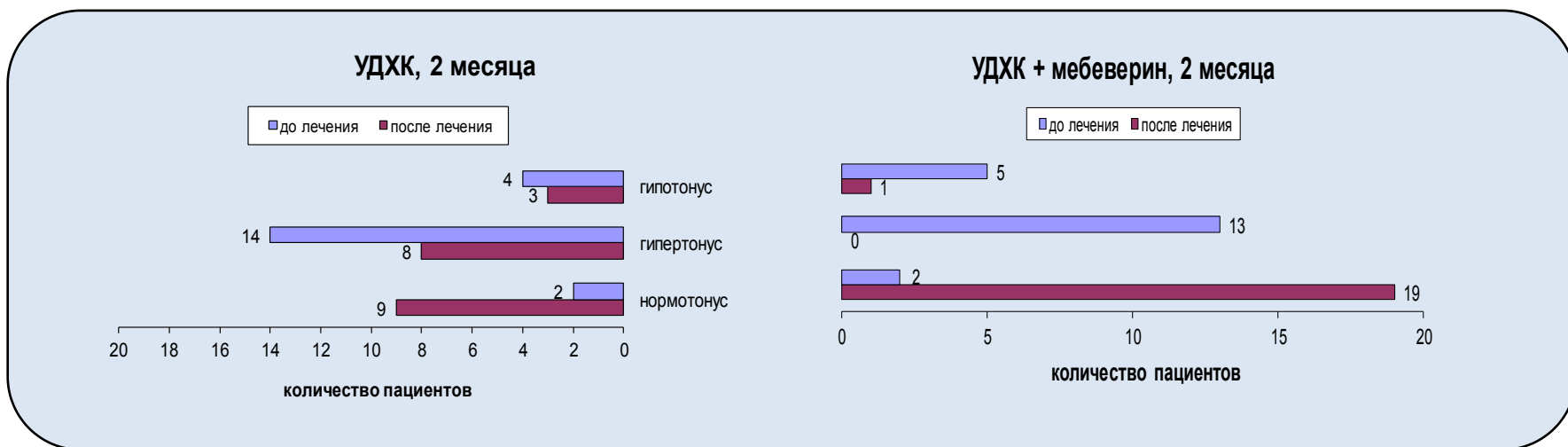
Не влияет на нормальную  
перистальтику кишечника<sup>1</sup>

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Нияспам; 2. Н.Б.Губергриц, Г.М.Лукашевич. Холестаз и панкреатическая недостаточность: как повлиять на причину и следствие. Consilium Medicum. Consilium Medicum. (Прил.) 2009; 8: 21-27

# Эффективность мебеверина при функциональной билиарной патологии

40 больных с билиарными дисфункциями и признаками билиарного сладжа, группы пациентов: УДХК 2 месяца или УДХК + мебеверин 2 месяца.

## Моторная функция СО



Использование мебеверина в схеме терапии приводило к нормализации моторной функции ЖП и сфинктера Одди у всех пациентов не зависимо от вида нарушения (как при гипертонусе, так и при гипотонусе).



# Нормализация тонуса сфинктера Одди и функции желчного пузыря при дискинезии желчевыводящих путей



## Выводы:

- Быстрая нормализация функции желчного пузыря и тонуса сфинктера Одди



# Ниспам 200

МЕБЕВЕРИНА ГИДРОХЛОРИД

## Уникальная технология производства

*Гранулирование из горячего расплава с добавлением гидрофобного материала<sup>1</sup>*

Мебеверина  
гидрохлорид



Гидрофобный  
материал



благодаря уникальной технологии

**ГРАНУЛИРОВАНИЕ  
ИЗ ГОРЯЧЕГО РАСПЛАВА\***

\*HOT MELT GRANULATION



**МЕДЛЕННЕЕ**

высвобождается  
мебеверин  
из капсулы



**Ниспам - максимальная длительность  
спазмолитического эффекта мебеверина благодаря  
современной технологии производства**

1. Информация на препарат Ниспам в разделе «Данные о производстве готового лекарственного препарата: схема и описание производственного процесса препарата»;

2. Инструкция по медицинскому применению препарата Ниспам.

# Преимущества препарата Нياسпам (мебеверин)



СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

- ✓ Эффективно купирует билиарную боль, связанную со спазмом<sup>1</sup>
- ✓ Снижает диспепсические расстройства<sup>1</sup>
- ✓ Регулятор моторики кишечника<sup>2</sup>
- ✓ Эффективность и безопасность длительного применения<sup>3</sup>  
(Клиническое исследование с непрерывным приемом в течение 12 месяцев)
- ✓ Возможность сочетания с другими лекарственными препаратами<sup>4</sup>
- ✓ Уникальная технология длительного высвобождения<sup>4,5</sup>

(Удобство приема: 1 капсула 2 раза в день)

- ✓ Оптимальная стоимость<sup>6</sup>
- ✓ GMP- сертифицированное производство<sup>7</sup>



1. Ильченко А.А., Селезнева Э.Я. Мебеверин в купировании болей при желчнокаменной болезни. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология, 2002, №3, с.57-58;
2. Минушкин О.Н., Елизаветина Г.А., Иванова О.И., Ардатская М.Д. «Современная спазмолитическая терапия в практике врача-терапевта».- «Кремлевская медицина», №4/2013, стр. 78–83
3. Boisson J, Coudert Ph, Dupuis J, Laverdant Ch, Toulet J. Tolerance de la mebeverine a long terme. Act Ther 1987;16:289–92.
4. Инструкцию по медицинскому применению препарата Нияспам
5. Информация на препарат Нияспам в разделе «Данные о производстве готового лекарственного препарата: схема и описание производственного процесса препарата»
6. Источник :<https://apteka.mos.ru/apteka/>, МНН:Мебеверин, май 2017
7. Информация из внутренних источников компании

# Заключение



СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

- Боль «панкреатического типа» требует тщательной верификации анамнеза пациента: корреляции симптоматики, лабораторных и инструментальных изменений
- Диагноз хронического панкреатита должен строиться на строгих критериях (Кембриджские признаки) по данным методов лучевой диагностики.
- Эндо-УЗИ — основной метод выявления раннего хронического панкреатита.
- Медикаментозная коррекция билиарных расстройств при «идиопатическом панкреатите» должна включать в себя комбинированное назначение спазмолитиков или прокинетики.
- Мебеверин (Ниаспам) имеет хорошую переносимость, безопасность терапии, в короткий срок нормализует моторную функцию билиарного тракта, тонус сфинктеров и купирует симптоматику у больных с ХП и дискинезией СО.





Спасибо за внимание !