

ГОСПИТАЛ БОЛЬНИЦА

NE CEDE MALIS
НЕ ПАДАЙ
ДУХОМ В
НЕСЧАСТЬЕ!

№ 1
2003

НАУКА
И ПРАКТИКА



ЦЕНТРАЛЬНЫЙ
НАУЧНО-
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ИНСТИТУТ
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

XXX научная
сессия и пленум
Правления научного
общества
гастроэнтерологов
России

СТР. 2–10

ЛЕКАРСТВА



**SOLVAY
PHARMA**

СТР. 11–15



Профессор Л. Б. Лазебник: «В каждой поликлинике должен быть свой гастроэнтеролог с обязательным эндоскопическим оборудованием. Современный врач – это специалист, который и диагностирует, и лечит».

5–7 февраля 2003 года, Москва



**XXX НАУЧНАЯ СЕССИЯ
ЦЕНТРАЛЬНОГО НАУЧНО-
ИССЛЕДОВАТЕЛЬНОГО
ИНСТИТУТА
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ
И ПЛЕНУМ ПРАВЛЕНИЯ
НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ
РОССИИ**

В форуме приняли участие специалисты из Москвы, Санкт-Петербурга, Новосибирска, Рязани, Гродно, Твери, Витебска, Краснодара, Ижевска, Саратова, Нижнего Новгорода, Читы, Смоленска, Ростова и других городов России, ближнего и дальнего зарубежья.

На пленарных и секционных заседаниях научной сессии и правления НОГР, на Круглых столах и сателлитных симпозиумах, в стендовых докладах рассмотрен широчайший круг проблем современной гастроэнтерологии. Перечислим лишь некоторые из тем:

- «Общие и фундаментальные проблемы гастроэнтерологии»
- «Клинические проявления нарушений липидного обмена в гастроэнтерологии»
- «Терапия кислотозависимых заболеваний»
- «Патогенез и патофизиология язвенной болезни и кислотозависимых заболеваний»
- «Синдром раздраженного кишечника: новые проблемы диагностики и лечения»
- «Вирусные гепатиты и циррозы печени»
- «Целиакия как системное заболевание»
- «Патогенетические аспекты панкреатита и новые подходы к терапии»
- «Воспалительные заболевания толстой кишки: актуальные и нерешенные проблемы»
- «Холестероз желчного пузыря – новая проблема билиарной патологии»
- «Единство и разнообразие клинического течения язвенной болезни»
- «Спорные и нерешенные вопросы патогенеза, диагностики и лечения желчнокаменной болезни»
- «Глютеновая энтеропатия: новая концепция дефиниции, патогенеза, диагностики и лечения»
- «Диспансеризация и реабилитация кислотозависимых и Н.pylori-ассоциированных заболеваний»
- «Иммунологические проблемы гастроэнтерологии»

В работе сессии и пленума приняли участие ведущие Российские и зарубежные фармацевтические фирмы.

Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, чьи корпуса расположились в лесопарковой зоне на шоссе Энтузиастов – головное учреждение Москвы по этой проблеме. Вот уже два года его возглавляет главный терапевт города, профессор, доктор медицинских наук Леонид Борисович Лазебник. Наша газета подробно рассказывала об этом учреждении несколько лет тому назад, и сегодня нас особенно интересовали произошедшие в нем перемены. Перемены эти оказались впечатляющими и о них наш репортаж. Начнем по традиции с директора.



ЦНИИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ СЕГОДНЯ И ЗАВТРА

– Леонид Борисович, первый вопрос – главному терапевту Москвы. Какую долю в общей структуре заболеваемости занимают болезни желудка-кишечного тракта?

– Третье место в общей структуре – это около миллиона москвичей. Заболевания самые разнообразные, но преобладают две формы – заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта и заболевания печени. Первые представлены язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и так называемой гастроэзофагорефлюксной болезнью, распространение которой принимает сейчас эпидемический характер. Но, несмотря на то, что эта болезнь часто встречается, врачи еще плохо ее знают.

Что касается заболеваний печени, то здесь тоже самые разные формы. Прежде всего, это вирусные гепатиты, которые тоже приобрели характер эпидемии, серьезность которой мы еще до конца не осознали. Кроме того, много встречается и невирусных, токсических поражений печени, в частности, алкогольный гепатит, весьма распространенный среди нашего населения.

– Как вы оцениваете обеспечение москвичей гастроэнтерологической помощью, стационарной и амбулаторной?

– В Москве имеется достаточно коек такого профиля в многопрофильных больницах, например, можно назвать и ГКБ № 33, и № 52, и № 60. Конечно, наиболее мощным гастроэнтерологическим стационаром является наш институт, который имеет клиническую базу на 540 коек. Таких крупных стационаров нигде больше нет, он является достоя-

нием Москвы. У нас целый спектр профилированных отделений: отделение заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта и два – хроническими заболеваниями печени, есть отделения патологии поджелудочной железы, по заболеваниям тонкого кишечника и желчевыводящих путей, 30-ти коечное отделение заболеваний толстого кишечника и 60-ти коечное отделение сочетанной патологии. По инициативе Комитета здравоохранения Москвы у нас развернуто уникальное, единственное в стране, отделение апипитерии, где мы лечим пациентов нашего профиля продуктами пчеловодства.

– Как обстоят в городе дела с диагностикой заболеваний органов пищеварения?

– К сожалению, все упирается в кадры. Количество сертифицированных гастроэнтерологов в городе невелико, скажу больше – их явно недостаточно. Объясню почему. До недавнего времени это направление не получало адекватного развития: и раньше и сейчас приоритет в терапевтической службе принадлежат кардиологии. Это естественно – там проблемы острее. Но по степени хронизации процессов – наше направление не имеет себе равных.

Сейчас мы начинаем проводить большую работу по совершенствованию гастроэнтерологической службы в городе. Представляется это следующим образом. Во главе службы стоит наш Институт с мощным научно-организационным отделом и научно-диагностическим отделением, способным за день принять 40–60 больных, присылаемых к нам

различными учреждениями города. Проблема в том, что сегодня нам не хватает структурирования этой службы в округах: не в каждом из десяти московских округов есть окружной специалист – гастроэнтеролог. Мы считаем, что в каждой поликлинике должен быть свой гастроэнтеролог с обязательным эндоскопическим оборудованием. У нас в стране несколько искусственно произошло разделение гастроэнтеролога и врача-эндоскописта. Это неправильно. Современный врач – это специалист, который и диагностирует и лечит. Но для внедрения такой модели должна быть проведена большая работа.

Сейчас Институт становится на ноги. Комитет здравоохранения оказывает помощь, например, по текущему ремонту, в плане и капитальный ремонт. Конечно, хотелось бы иметь побольше современного оборудования, но этот вопрос тоже постепенно решается.

Что касается кадров, то в институте работает целая плеяда очень авторитетных специалистов. Профессор Ю. В. Васильев, первым в стране освоивший эндоскопию, занимается язвенной болезнью, у него колоссальный опыт и огромное количество учеников. Л. Ю. Ильченко ведет уникальную работу по токсическим поражениям печени. Мы можем гордиться отделением патологии тонкого кишечника, которым руководит профессор А. И. Парфенов. Многие, в том числе и я, считают его лучшим специалистом в России. Очень интересные исследования проводятся в отделении патологии толстого кишечника под руководством д. м. н. В. Г. Румянцова, крупного специалиста по болезням толстого кишечника.

В отделении по заболеваниям желчевыводящих путей, у д. м. н. А. А. Ильченко, есть интересные наблюдения и по механизму камнеобразования, и по поражениям стенки желчного пузыря – холестерозу. Холестероз – принципиально новое заболевание, очень напоминающее атеросклероз, и мы на-

ходим много ассоциативного

между этими состояниями. Отделением сочетанной патологии руководит д. м. н. Л. А. Звенигородская. Здесь разработаны современные классификации, методы диагностики и лечения ишемической болезни органов пищеварения. Сейчас готовится к выходу монография на эту тему.

Как видите, мы работаем по разным направлениям, ибо трудно себе представить поражение органов пищеварительной системы изолированно от всего остального. Лечение многих соматических заболеваний обязательно должно учитывать состояние органов пищеварения.

Мне хотелось бы остановиться еще на некоторых аспектах нашей работы. Во-первых, на деятельности научно-диагностического отделения, которым руководит к. м. н. Г. В. Сухарева. Она фактически исполняет обязанности главного гастроэнтеролога города, на ней замкнута вся амбулаторно-диагностическая служба Москвы и именно ей предстоит работа по структурированию службы.

Во-вторых, на научных задачах Института. Это, прежде всего, проблемы иммунологии, которыми занимается д. м. н. Т. М. Царегородцева – один из крупнейших специалистов по интерлейкинам. Она изучает их роль при патологии органов пищеварения. Оказывается, что, корригируя эти состояния, можно справиться с рядом заболеваний.

У нас есть виварий и патофизиологическая лаборатория, где разрабатываются модели язвенной болезни на животных, патогенез и методы лечения этих состояний. Кроме того, у нас единственная в России лаборатория гормонов желудочно-кишечного тракта и лаборатория морфологии с электронной микроскопией. Профессор И. А. Морозов ведущий специалист России по хеликобактеру. Его новаторские работы вошли в книгу, которую выпустила международная ассоциация по изучению этого микроорганизма.

Без преувеличения, наш коллектив сейчас на подъеме, и я еще раз хочу выразить признательность Комитету по здравоохранению Москвы за огромную поддержку. Результаты будут весомее после ввода в строй нового лабораторно-диагностического корпуса.

Все подготовительные работы проведены, дело за финансированием, которое мы ждем от Правительства Москвы в этом году.

– Институту приходится много заниматься стандартами, к которым у некоторых врачей довольно настороженное отношение. Почему?

– Все дело в неправильной трактовке этого понятия. Стандарт – это гарантированный больному в условиях данного города минимум обследования и лечения. Хотите его превысить? Пожалуйста. Но только сначала обеспечьте больному все то, что ему гарантирует уровень развития и финансирования местного здравоохранения. А творчества врача никто не останавливает.

– Какие практические проблемы гастроэнтерологии вас сегодня особенно волнуют?

– Все, что связано с вирусным гепатитом. Мы пока еще не понимаем серьезности происходящего. Отсутствуют даже необходимые нормативные документы. Вот мы знаем, что острый гепатит печат инфекционисты, а кто лечит хронический? А циррозы печени кто лечит? Нет таких нормативных документов. И все это, при дефиците гастроэнтерологов, сваливается на несчастного участкового терапевта. Но он не может их адекватно лечить! А где наблюдать этих больных? Нужны профилированные отделения. Этот вопрос требует неотложного решения. Ведь грамотное лечение больных с вирусным гепатитом – очень дорогостоящее дело, что и заставляет нас усиленно работать над отечественными интерферонами. А если больной получит это лечение, что сегодня далеко не всем по карману, он не станет инвалидом, у него не разовьется цирроз или рак печени, чего сейчас предостаточно.

– Леонид Борисович, вы, придя сюда директором, не стали менять сложившуюся команду?

– Нет, многое поменялось и, прежде всего, психологическая обстановка. Кто не мог или не хотел работать так, как нужно работать сегодня – ушли. Остались энтузиасты, талантливые люди. Много пришло молодежи. Пройдите по отделениям – увидите сами.

Так и получилось...





В отделение патологии тонкого кишечника мы пришли в отсутствие его заведующего, профессора Асфольда Ивановича Парфенова. Но его молодые сотрудники с удовольствием рассказали о своей работе.

С читателями газеты беседует кандидат медицинских наук Ирина Николаевна Ручкина.

– Мы занимаемся двумя темами – целиакией и синдромом раздраженного кишечника. В планах отделения стоит эпидемиологическое исследование по распространенности целиакии среди женщин, страдающих бесплодием, так как это заболевание является одной из его причин. Работа будет начата в этом году, ее цель – более четко выявить наших больных, потому что только лечение у гинекологов,

даже с использованием современных методов, эффекта не принесет – здесь можем помочь только мы. По целиакии у нас ведется широкий поиск и среди больных, страдающих упорной диареей, и у лиц пожилого возраста, в случаях, где обычно ничего не находят. Мы проводим гистологическое исследование слизистой тонкой кишки и если находим это заболевание, то в состоянии радикально помочь. Что хорошо при этой патологии? На первом месте мы корректируем функцию тонкой кишки при помощи медикаментов, а потом назначается аглиадиновая диета, исключается хлеб из рациона. В результате мы добиваемся того, что люди себя нормально чувствуют, у них улучшается качество жизни, они работоспособны.

– Как рано развивается заболевание?

– Она может появиться и у детей, но тогда ею занимаются педиатры. Мы же выявляем ее на других этапах. Либо в период полового созревания, либо в период беременности и у лиц пожилого возраста – в период климакса. То есть, в экстремальных ситуациях перестройки организма. Считается, что целиакия обусловлена генетически, но когда и в каком поколении она проявится, сказать трудно. Мы обследовали родственников больных, страдающих целиакией, но не у всех находили эту предрасположенность, наследуемую обычно по женской линии. Сейчас планируем по этой проблеме совместную работу с Институтом генетики. Распространенность целиакии видимо больше, чем это считалось до сих пор, особенно среди некоторых групп больных. У нас по России статистики нет, все упирается в диагностику, которую не все учреждения могут себе позволить. Мы сейчас, кроме морфологического исследования, про-

водим диагностику по крови, определяем титр антител к глиадину, методика это достаточно дорогая, но у нас она есть, и мы готовы обследовать этих больных. Мы хотим сгруппировать людей, страдающих целиакией, создать соответствующий банк данных.

– Как лечится целиакия, помимо исключения продуктов, содержащих глиадин?

– Самое-то главное именно в исключении из рациона продуктов его содержащих. Если не исключить злаки из рациона, будет идти непрерывный аутоиммунный процесс, будет образовываться антитела к собственному эпителию и начнет развиваться атрофия тонкой кишки. В запущенных случаях, на конечном этапе, мы видели, что она имеет вид «папиросной» бумаги. Так что диета назначается больным пожизненно. Даже при наступлении улучшения ее расширять нельзя! Причем, нет такой прямой связи – съел хлеб и получил понос. Возмездие может быть отсрочено, отдалено. Механизм запущен, и если, спохватившись, вновь исключить из рациона хлеб, процесс уже сам собой не остановится. Нужно восстанавливать нарушенную функцию тонкой кишки – вводить белковые препараты, электролиты, все виды витаминов. Гормоны мы назначаем в редких случаях и в небольших дозах, когда идет торпидное течение болезни, плохо поддающееся лечению, короткими курсами.

Прогноз при целиакии благоприятен, больной может быть полностью трудоспособен и адаптирован к жизни в обществе, без всяких медикаментов.

– Что же все-таки не должен есть пациент?

– Хлеб любого вида, крупы, макаронные изделия, спиртные напитки и пиво, сделанные из злаков, даже колбасы, куда они добавляются.





С Анатолием Афанасьевичем Ильченко, заведующим отделением патологии желчных путей, мы встречались уже на страницах нашей газеты. Поэтому первый вопрос – что изменилось в его работе за прошедшие годы?

– Изменения разительные. У нас появились новые направления, мы прекрасно оснащены и у нас блестящее будущее. Я говорю об этом с полным основанием.

Желчные пути занимают не так уж много места в организме – их длина всего 12 сантиметров, и там вроде бы негде уместиться патологии, не то, что, скажем, в печени. И, тем не менее, в Институте есть самостоятельное отделение, между прочим – единственное в России. Чем же мы занимаемся?

Во-первых, самой распространенной болезнью – желчнокаменной. Но не той, которой занимаются хирурги – когда уже ничего не остается, как только оперировать. Надо сказать, что недостатком нашей медицины в этом направлении является то, что и диагностика и лечение разработано на стадии уже сформировавшихся желчных камней.

– Не считаете ли вы, что хирургическая активность здесь чрезмерно высока?

– Она очень прогрессирует, этот бум охватил весь мир, поскольку стало легко и практически без осложнений и

удалять желчный пузырь, разработаны новые технологии малоинвазивных вмешательств. Эта операция вышла на второе место в мире после аппендэктомии. Но, однако, этот орган играет очень важную роль в пищеварении. Наша задача заключается в разработке диагностических критериев на стадии, когда еще можно избежать удаления пузыря.

Сейчас мы научились диагностировать болезнь на уровне билиарного сладжа, это когда камней еще нет, но есть осадок, микролиты, сгустки, замазкообразная желчь. Мы разработали классификацию, в которой эта стадия выделена, как самостоятельная. Это нацеливает врачей на более раннее лечение болезни. Если мы научим врачей адекватно воспринимать эти данные, нас ждет дальнейшее продвижение в сторону своевременного терапевтического лечения в желчи.

– Дробление камней в желчном пузыре тоже ведь не панацея?

– Литотрипсия внедрилась, прежде всего, в урологии. Там легче – камни фиксированы. Здесь же они, как правило, подвижны и рядом находится очень нежный паренхиматозный орган – печень. Она может пострадать от удара. Но сейчас и здесь есть определенные успехи. Появились очень хорошие современные аппараты, которые позволяют дробить камни до 3-х сантиметров без осложнений. Но это трудоемкое дело и достаточно дорогостоящее, так как больные потом длительно должны принимать лекарства, растворяющее эти камни. У нас разработана своя методика дробления. Мы, за один-два сеанса, дробим камень на несколько крупных осколков, хотя, конечно, образуются и совсем мелкие. Потом назначаем литолитическую терапию на три месяца, в результате чего пузырь очищается, и мелкие камни уходят. Следующим этапом дробим эти крупные осколки и так постепенно завершаем дело.

– Что происходит с большими после удаления желчного пузыря?

– Существует не очень удачный термин – постхолецистэктомический синдром, который включает в себя все неприятные ощущения, испытываемые больным после удаления желчного пузыря. После операции теряется резервуарная функция желчного

пузыря, желчь идет постоянно, она же вырабатывается все время, в отличие, скажем от желудка и поджелудочной железы, которые выделяют сок только тогда, когда поступает пища. Печень же свои литр-полтора желчи за сутки обязательно выдаст. И куда ей деваться, когда пузыря нет? Она выделяется в кишечник и раздражает его. Опасно еще и то, что после удаления пузыря «поднимают голову» те заболевания, которые прикрывались клиникой желчнокаменной болезни – чаще всего панкреатит, который обычно развивается при длительном камненосительстве. Лечить его достаточно трудно.

Еще одна проблема – холестероз желчного пузыря. Считали, что это достаточно редкая болезнь, но на самом деле она встречается не так уж и редко. Другое дело, что диагностировать ее было сложно, потому что основной метод диагностики был рентгенологический. Уделом такой диагностики были «махровые» формы, когда полипы уже свисали в просвет пузыря. С внедрением высокоразрешающей ультразвуковой диагностики, стали различать разные формы холестероза. Суть этого заболевания в том, что тот холестерин, который выделяется желчью, не удерживается в растворенном состоянии. Природа так сделала, что он выводится «под ручку» с желчными кислотами и фосфолипидами. Но когда мало образуется желчных кислот, или, наоборот, очень много холестерина, он не удерживается и выпадает в осадок. В одних случаях образуются холестериновые камни, а в других он начинает откладываться в стенку пузыря в виде холестериновых полипов. В связи с трудностью дифференциальной диагностики этих образований (доброкачественные они или злокачественные) была разработана строгая тактика исключительно хирургического лечения. Сейчас нам удалось эту тенденцию переломить. Мы рекомендуем эту операцию только в очень редких случаях. Так что врачи должны знать, что существуют варианты, и что не нужно сразу же кидаться к ножу – лучше проконсультировать больного у нас.





Профессор Юрий Васильевич Васильев, заведующий научно-клиническим отделением заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта – выдающийся ученый, имеющий огромное количество учеников. Разговор с ним о язвенной болезни и о неоднозначной роли хеликобактериоза в патогенезе этого распространенного заболевания.

– Язвенная болезнь – хроническое гетерогенное заболевание с различными вариантами течения и прогрессирования, приводящее в одних случаях к появлению осложнений, а в других – текущее без осложнений. Вообще, язва – это неспецифический ответ организма на разные раздражители. Морфологически все язвы одинаковы. В возникновении язвенной болезни имеют значение следующие факторы: генетическая предрасположенность, нарушение факторов агрессии и защиты, наличие хеликобактера, роль которого неоднозначна. Человек может иметь в наличии все эти факторы и не иметь язвы, или иметь болезнь в стадии ремиссии. Для того, чтобы возникла язвенная болезнь необходим дополнительный толчок, назовем его стрессом. Это может быть нарушение питания, нарушение жилищ-

ных или погодных условий, какие-то волнения и переживания и пр. Но все это никогда не вызовет язвенной болезни без указанных выше факторов.

Установлено, что язвенная болезнь может быть и без хеликобактера, но на таких пациентов приходится не более 12% случаев.

Хеликобактер – условно-патогенный микроорганизм и встречается тем чаще, чем хуже люди живут. Замечено, что у тех людей, которые его имеют, лишь в 10–15% случаев возможно возникновение язвенной болезни или рака желудка. Значит, наличия одних лишь микробов еще недостаточно для развития этих состояний. Но, учитывая то, что язвенная болезнь все же широко распространено заболевание, при котором он часто встречается, в настоящее время утвердилась точка зрения о необходимости проведения антихеликобактерной (эрадикационной) терапии. Вначале чаще всего проводится тройная терапия – два антибиотика и, в качестве базового препарата, может быть использован ингибитор протонного насоса или препарат висмута (де-нол). В экономически развитых странах, впрочем, препараты висмута применяются реже. Вторая линия включает висмутосодержащие препараты, дополнительно к препаратам первой линии. Почему сразу нецелесообразно проводить терапию второй линии? Потому, что препараты висмута менее эффективно устраняют выраженные симптомы – боль и изжогу. Кроме того, эти препараты имеют ряд противопоказаний.

В нашем институте по моей инициативе разработана эффективная схема семидневной антихеликобактерной терапии больных с не осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Очень хорошие результаты получились при применении препарата *эзомепразол (нексиум)*, который мы использовали у больных по 20 мг два раза в сутки (или 40 мг утром) в течение семи дней. Дополнительно больные получали амоксициллин по 500 мг четыре раза в сутки и кларитромицин по 500 мг два раза в сутки. На 8–9 день мы проводили контрольную эндоскопию. Из 19-ти пациентов первой группы у 17-ти язвы зарубцевались. Когда мы увеличили количество больных,

соотношение это осталось. Таковы результаты. Кстати, мы первыми в СНГ применили эту схему и сразу же опубликовали результаты.

Эрадикация, которую мы проводили через 28–42 дня, оказалась, к нашему удивлению, стопроцентной. Но это совсем не обязательно. Бывает не только врожденная резистентность, но и вторичная и перекрестная. Поэтому в какой-то группе этот результат может быть другим. Эта схема хорошо работает в Европе, там эрадикация в отдельных группах может достигать 96–97%, а вот в странах Азии, в Японии она работает несколько слабее. Там, вероятно, другая генетическая основа.

Да, надо учитывать, что для лечения больных нужны альтернативные варианты фармакотерапии – у пациента нет денег, недостаточно снабжается аптека стационара, какие-то лекарства пациент просто не переносит. С этой целью мы используем другие, например, более дешевые препараты. Но исследования, которые мы проводили, показывают, что дженерики иногда менее эффективны. Так что экономия получается относительной. Пусть лекарства более дорогие, но зато они быстрее поставят человека на ноги. Это то, что касается язвы двенадцатиперстной кишки.

Что же касается язвы желудка, то она в последнее время стала встречаться значительно реже. Лечение ее занимает немного больше времени. К тому же у этих больных хеликобактер почти не встречается. В возникновении этих язв играют роль те же факторы, но главным здесь является нарушение фактора защиты. Для лечения тоже можно применять такие препараты, как де-нол, сукральфат. Они усиливают факторы защиты, являясь цитопротекторами. Можно комбинировать их с ранитидином и другими блокаторами.

Интересно вот что. Если взять всех больных с не осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, то какие из вышеуказанных пре- па -



ратов ни назначай – результаты в среднем будут более или менее одинаковы. Исключение составляют ингибиторы протонного насоса – препараты, которые работают лучше других. Но, когда мы выбираем из массы больных только тех, у которых высокое кислотообразование, то здесь ингибиторы явно выигрывают – они быстрее снимают изжогу, боль, быстрее идет заживление.

По зарубежным данным сейчас известно 49 штаммов хеликобактера. Если гипотетически считается, что некоторые из них могут способствовать возникновению язвенной болезни или рака желудка, то такие штаммы встречаются в 60–70% случаев. Вообще принято считать, что антибиотики действуют непосредственно на хеликобактер, уничтожая его. Но это только гипотеза, принятая за аксиому – положение, не требующее доказательств. А гипотезу ведь надо доказать! А сейчас уже появляются статьи бывших поклонников этой гипотезы, которые пересматривают свою точку зрения.

Замечено, что когда люди начинают жить лучше, хеликобактер встречается реже, но зато начинает расти частота гастроэзофагальнорезфлюксной болезни. В развитых странах, где условия жизни лучше, замечено увеличение числа аденокарциномы пищевода. Например, в Швеции, Голландии, США частота аденокарциномы увеличилась в 3–3,5 раза! Почему? Хеликобактер, может быть, и не играет защитной роли, но все же какую-то миссию он выполняет.

Мы тоже проводили исследования по гастроэзофагальнорезфлюксной болезни и вот что обнаружили: чем чаще у больных встречается хеликобактер – тем менее выражено это заболевание. Когда у больного уже образовались эрозии и язвы – хеликобактера все меньше и меньше.

Когда говорят о длительно незаживающих язвах, то это свидетельствуют, как правило, о врачебной недоработке. Или мы не подобрали хорошую схему лечения, или подобрали, но у больного нет денег, чтобы покупать хорошие лекарства. Или больной плохо относится к своему здоровью и не желает лечиться. К сожалению, нигде в мире не замечено параллелей между уровнем образования пациентов и с их отношением к своему здоровью.



Отделение патологии толстого кишечника возглавляет д.м.н. Виталий Григорьевич Румянцев, который более двадцати лет посвятил данной проблеме. Он в Институте сравнительно недавно, однако успел занять одну из ведущих позиций в его научной и практической деятельности.

– Патологией толстого кишечника являются функциональные нарушения, запоры и диарея, дивертикулез ободочной кишки, неспецифический язвенный колит и болезнь Крона. Наибольший интерес вызывают два последних заболевания, поскольку они и у нас в стране и за рубежом считаются наиболее серьезными среди других проблем гастроэнтерологии. Причем, эти заболевания преобладают в развитых странах и поражают людей молодого возраста – от 20 до 40 лет. Генез их не очень понятен, но задействованы иммунные механизмы на фоне генетической предрасположенности. Число таких случаев растет. Болезнь Крона сегодня возросла в два-три раза по сравнению с 70-ми годами, распространенность составляет около 150 больных на 100 тысяч населения. Заболевание может проявляться уже в грудном возрасте. Пик, как мы уже сказали,

приходится на самый трудоспособный возраст – от 20 до 40 лет. И, конечно, многие пациенты становятся инвалидами и вынуждены прервать нормальную трудовую деятельность.

В лечении болезни Крона преобладает терапевтический подход. Дело в том, что она принципиально неизлечима. В отличие от язвенного колита, от которого можно избавиться, удалив толстую кишку. При болезни Крона этого не происходит. Она может поражать любой отдел желудочно-кишечного тракта – от ротовой полости до анального канала. Поэтому таких больных стараются не оперировать, а если оперировать, то проводить максимально щадящую резекцию, так как частота рецидивов составляет за пять лет наблюдений 50–80%. Хотя могу сказать, что в течении жизни оперируются примерно 50% всех больных с этой патологией и иногда неоднократно.

Наиболее часто болезнь Крона поражает все же толстый кишечник, здесь жалобы обычно связаны с дисфункцией этого органа. Это могут быть боли в животе, расстройства стула, появление слизи и крови в кале и состояние, связанное с текущим воспалением – лихорадка, интоксикация, слабость, потеря в весе. Последнее особенно резко выражено: когда возникает диарея, идет большая потеря белка. Если в процесс вовлечена еще и тонкая кишка, то метаболические нарушения наступают очень быстро.

– Чем лечится это заболевание?

– При болезни Крона и при неспецифическом язвенном колите сейчас используется приличный арсенал новых препаратов, произведенных на основе биотехнологий, и эта терапия эволюционирует очень быстро. В 1999 году в Европе впервые был лицензирован препарат Ремикейд (инфликсимаб). Этот препарат представляет собой моноклональные антитела к фактору некроза опухоли, ключевому медиатору воспаления. С момента его лицензирования до момента включения в стандарты западных стран и США прошло всего три года! Это очень быстро. Процесс создания препаратов и процесс их внедрения в клиническую практику пошел значительно интенсивнее. Сейчас появилось масса новых препаратов, таких как *микофенолат, талидомид*, появляются моноклональные антитела к интерферону-гамма, препа-



рат интерлейкина-10 проходит клинические испытания. Особенность этих препаратов в том, что они воздействуют на какой-то один медиатор воспаления, в отличие от кортикостероидов, которые бьют по многим мишеням. Конечно, чем избирательнее будет их действие, тем лучше мы будем управлять патологическим процессом.

В воспалительный каскад вовлечено очень большое количество механизмов – и гормональных, и нервных и других. Но ключевые моменты при язвенном колите и при болезни Крона разные. Принято считать, что ведущими медиаторами при болезни Крона является интерферон-гамма фактор некроза опухоли, а при язвенном колите провоспалительные цитокины – интерлейкин-4, 5, 8, 10. И хотя заболевания эти близкородственные и имеют сходную генетическую основу, их лечение может в чем-то различаться. Найдено, по крайней мере, 7 генов, локусы которых участвуют в предопределении развития заболевания. При одном наборе возникает язвенный колит, при другом – болезнь Крона. Поэтому потомство может страдать и тем заболеванием и другим. Предотвратить это на сегодняшний день невозможно, хотя вполне можно допустить, что человек, имеющий генетическую предрасположенность, в течение жизни не заболеет, если не будет каких-то внешних факторов. Доказано значение некоторых из этих факторов, например, курение. Лица с болезнью Крона, которые продолжают курить после операции, чаще дают рецидивы. А вот при язвенном колите курение, наоборот, играет протективную роль и на этом даже основан метод лечения никотиновыми аппликациями или введением никотина ректально.

– Несколько слов о диагностике этих заболеваний.

– Для того чтобы их диагностировать, нужно своевременно выполнять рентгенологические и эндоскопические исследования. К сожалению, в нашей стране проблема поздней диагностики заболеваний кишечника существует. За прошедшие две недели мы обнаружили четыре случая поздно диагностированного рака. Ни в одном случае помочь уже не смогли.



Проблема вирусных гепатитов и гепатитов другой этиологии становится все более животрепещущей. Дело осложняется еще и тем, что эти заболевания имеют грозный прогноз, а лечение их – дело дорогостоящее. Обо всем этом мы беседуем с заведующей отделением хронических заболеваний печени доктором медицинских наук Людмилей Юрьевной Ильченко.

– Наше отделение занимается всей хронической патологией печени, начиная от хронических гепатитов и завершая циррозами печени различной этиологии. Мы лечим женщин с билиарным циррозом печени, желтушные формы.

Если говорить о хронических заболеваниях вирусной этиологии, то сегодня есть перспективы, есть надежды на излечение, потому что на нашем рынке появилось огромное количество противовирусных препаратов. Наряду с этим значительно улучшилась идентификация этиологических факторов. Это не только вирусы «В», «С» и «Дель-

та», но и «V» и «G», в интернете уже есть упоминания об «X» и «Y».

В отношении циррозов печени перспективы более печальные, этими больными в Москве занимаются мало, ибо на финальной стадии, когда идет кровотечение из варикозных вен пищевода, тяжелые желтухи, асцит, отеки, мало чем можно помочь. Остается надежда только на трансплантацию печени.

Если же вернуться к нашим хроническим заболеваниям, ни для кого уже не тайна, что основной возраст больных с хроническим вирусным гепатитом это люди до 30 лет, в основном, наркоманы. Официально в России 4 миллиона наркоманов, надо умножить эту цифру вдвое и втрое, потому что здесь и те, кто однажды попробовал, и те, кто злоупотребляет, но не обращается за помощью, и просто асоциальная часть населения, которая не может обратиться.

– Насколько может смягчить эту проблему вакцинация?

– Она, безусловно, может улучшить положение. В России разрешено к использованию 7 вакцин против гепатита «В». Исследования наших вирусологов показали, что при применении вакцин у подростков 13–15 лет частота острых вирусных гепатитов значительно снижается: примерно в семь раз. Такие данные есть по Сибири.

– Как часто происходит переход вирусного гепатита в хроническую форму?

– При вирусном гепатите «В» – 5–10% дает хроническое поражение печени, при вирусном гепатите «С» – 85%, а он сейчас значительно вырос. В 2001 году в Москве почти на четверть снизилась заболеваемость острым вирусным гепатитом, но зато было впервые выявлено 56 000 хронических гепатитов. Очень много безжелтушных форм, при которых люди не обращаются за медицинской помощью, а приходят к нам уже на стадии хронизации.

Официально не признается наличие эпидемической обстановки в России, но она на самом деле есть. Потому что мы имеем се-



годня пять миллионов инфицированных гепатитом «С», три миллиона инфицированных гепатитом «В». Если же к ним прибавить больных гепатитом «ВС» и циррозы, то цифра получится более чем внушительная – каждый седьмой в России инфицирован тем или иным вирусом! А эпидемия признается, когда поражен всего 1% населения!

– Если человек заболевает гепатитом, у него обязательно будет цирроз печени?

– Нет, конечно. Современное и своевременное противовирусное лечение, лечение аутоиммунных поражений с использованием кортикостероидов может отсрочить этот прогноз на десятки лет. Противовирусная терапия имеет большой прорыв: при комбинированной терапии достигается до 80% эффективности. Грустно только, что пока нет определенности в порядке ведения этих больных. Инфекционисты занимаются пациентами с острым гепатитом в течение шести месяцев. Дальше больные переходят в хроническую стадию и остаются один на один со своей болезнью. Мы готовы и будем ими заниматься. Нам все-таки легче, чем участковому врачу, оказать помощь в тяжелых случаях. У нас есть 120 коек и все необходимое для полноценной помощи: блестящая морфология, лаборатория клинической иммунологии, лаборатория гормонов, очень мощная биохимия, появилась и лаборатория по изучению метаболизма лекарственных средств. В связи с серьезными эпидемиологическими проблемами, наш новый директор создал лабораторию эпидемиологии и диспансеризации. Теперь думаем создать реестр больных хроническими заболеваниями печени – пока по районам, а потом и по Москве в целом. А там уже не далеко и до создания национальной программы по лечению вирусных поражений печени. Своей, отечественной, учитывающей все особенности менталитета больных, условия их жизни и возможности службы здравоохранения. За нас этого никто не сделает.



ЦНИИ гастроэнтерологии выделяется еще и тем, что, наряду с терапевтическими клиниками, имеет и свою собственную мощную хирургическую базу. Мы беседуем с член-корр. РАМН, профессором Борисом Дмитриевичем Комаровым, ведущим специалистом страны в области хирургии органов пищеварения.

– Мы работаем по всем направлениям Института. Мы одни, а их – много. Институт многопрофильный, охватывает все аспекты заболеваний органов пищеварения. И когда все варианты фармакотерапии исчерпаны, больной направляется к нам для хирургического лечения. Допустим, язва стала каллезной, осложненной, кровоточащей. То же са-

мое с пищеводом, кишечником и т. д. Это один из каналов поступления к нам больных – из клиник Института. Второй канал – из поликлиник города. У нас сейчас здесь отделение на 60 коек, мы намерены расширить его до 90 коек – поток больных увеличился, нет возможности всех госпитализировать.

– Назовите операции, которые делают здесь и только здесь?

– Есть так называемая спаечная болезнь органов брюшной полости. Спайки могут перекрывать лимфоотток, препятствовать артериальному кровотоку и так далее. Когда нарушается кровоток венозный, то нарушается и всасывающая функция кишки. У больных развивается резкая кахексия. Есть такой препарат изониазид, блокирующий развитие спаечного процесса. Это значит, что фибрин не превращается в фибриноген, а распадается – спайки не возникают. На основе этого препарата разработана методика, когда после рассечения спаек производится обработка тканей этим препаратом. Таким образом, мы успешно прооперировали более 300 больных. Они не пришли на повторную операцию и стали полностью здоровы. В ММА им. И. М. Сеченова была защищена диссертация по этой теме на экспериментальной основе, а мы внедрили метод в практику. Конечно, если больной перенесет повторную операцию, спайки могут вернуться. Это вообще зависит от природы человека, его генетического статуса. Есть больные, у которых спайки не образуется даже после больших операций, зато у других они появляются даже после эндоскопических операций. Академик Бочков подтвердил эти предположения.

Второе, чем мы можем гордиться, это отбор больных для хирургического лечения язвенной болезни. Благодаря тому, что в Институте 10 клинических и 12 специальных лабораторных служб, мы можем исследовать полную биохимию больного человека, его эндокринную, иммунную, секреторную системы и т. д. От этих показателей идет подбор того или другого метода хирургического вмешательства, чтобы избежать развития пострезекционных синдромов. Мы опе-



рируем по модификации Бильрот-2, но с особым подходом к некоторым техническим особенностям проведения операции. И мы не имеем значительного количества послеоперационных осложнений. В этом плане гетерогенность язвенной болезни дает хирургам возможность варьировать разные подходы к хирургическому вмешательству.

Занимаемся мы и хирургическим лечением желчнокаменной болезни, там, где это нужно и показано. Мы предпочитаем здесь малоинвазивные операции с использованием эндоскопической техники.

Можно перечислять многие позиции, по которым мы отличаемся от других клиник, но еще одна особенность наша в том, что мы, работая в условиях многопрофильного гастроэнтерологического стационара, должны обеспечивать постоянно, на протяжении многих лет полный объем плановых вмешательств на органах пищеварения. Мы работаем на город и отвечаем перед ним за подбор больных на плановые операции. Мы тесно контактируем с НИИ скорой помощи, который так же отчитывается перед городом за осложненные формы. Выясняется, что осложненных язв поступает в Институт им. Склифосовского по-прежнему много. Это происходит потому, что не все больные планово лечатся у нас – большинство их рассылается по другим клиникам. Поэтому, видимо, и предусмотрено, что именно у нас будет Центр абдоминальной хирургии. С вводом нового корпуса эти планы могут осуществиться. Ведь еще по мысли академика Б. В. Петровского, при участии которого был основан наш Институт, здесь должно было быть не менее 120-ти хирургических коек. Время показало, что он был прав.



Репортаж из отделений ЦНИГЭ мы завершаем в новеньком, блистающем чистой эвродизайном отделении апитерапии. С нами беседует заведующая отделением к.м.н. Валентина Ивановна Касьяненко.

– Наше отделение занимается лечением продуктами пчеловодства. Это мед, водный раствор прополиса, маточное молочко – как адсорбированное, так и в сочетании с медом (апитонус), перга – пыльца с медом, которую пчелы собирают для своего прожизвания зимой, своеобразные пчелиные консервы. У нас практически все продукты пчеловодства есть в наличии. Спектр гастроэнтерологических больных очень широк. Есть больные с язвенной болезнью желудка, заболеваниями кишечника любой этиологии, заболеваниями желчного пузыря – холециститы и холестерозы. Помимо пациентов с заболеваниями органов пищеварения, у нас лечатся и кардиологические больные.

– Как обстоит дело со стандартизацией ваших препаратов?

– Все продукты пчеловодства имеют стандарты качества, они прошли тщательную проверку и мы покупаем их только при наличии соответствующих сертификатов. Мед получаем из Рязанской области, апитонус из Сочи, пергу из Вильнюса – в России ее в этом году не производили. Нам помогает в закупках Институт пчеловодства и Союз пчеловодов России, с которыми мы заключили соответствующие договоры.

– А как удается обходить аллергенность продуктов пчеловодства?

– Мы собираем тщательный анамнез, а если выявляем аллергию на мед, то не назначаем этих препаратов. Но, к счастью, надо сказать, что эта аллергия у наших больных встречается очень редко.

– Давно работает ваше отделение?

– В феврале исполнится год. У нас очень хорошие впечатления от апитерапии. Мы же не просто лечим, мы контролируем результаты лечения анализами и специальными исследованиями. Так, например, мы выявили влияние меда на желудочную секрецию с помощью компьютерной рН-метрии. Мы давали и теплый и холодный раствор меда. И действительно, оказалось, что теплый раствор меда снижает секрецию, а холодный – ее увеличивает. Так происходит у 70–80% людей. На мой взгляд, это хороший показатель. Действие меда приравнивается к действию фосфолюгеля и приближается к маалоксу.

– Чего вы хотите добиться с помощью апитерапии?

– Прежде всего – снизить дозы используемых препаратов химического происхождения. Хотя бы снизить. Конечно, было бы замечательно вести часть больных только на наших препаратах, но пока это дело будущего. Вот сейчас мы пытаемся применять эти продукты при эрадикации хеликобактера. Надеемся снизить дозы применяемых антибиотиков.

Материалы этого номера подготовил Михаил Кукулевич.

Фоторепортаж Владимира Бахарева



НЕКСИУМ (ЭЗОМЕПРАЗОЛ) В ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Ю. В. Васильев, ЦНИИГЭ

Повышение эффективности и сокращение сроков лечения больных – одна из актуальных задач, стоящих перед врачами и исследователями в терапии любых заболеваний, в том числе и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с хеликобактер пилори.

Хеликобактер пилори – микроорганизм, которому придается большое значение в этиологии, а нередко и в патогенезе язвенной болезни. В настоящее время установлено, что успешно проведенная эрадикация этого микроорганизма позволяет увеличить сроки ремиссии, и, соответственно, улучшить качество жизни этих больных.

В настоящее время все чаще поднимается вопрос о фармакоэкономической оценке результатов лечения больных язвенной болезнью. Сравнения эффективности и цены, врачи все чаще делают выбор в пользу хотя и дорогих, но более эффективных препаратов. Ведь если быстрее исчезают клинические симптомы и сокращаются сроки лечения больных, то удлиняются и сроки ремиссии: быстрее и на более длительный срок улучшается трудоспособность и качество жизни пациентов. А следовательно сокращаются и затраты на их лечение.

Если этот принцип фармакоэкономики распространить на препараты из группы ингибиторов протонного насоса, то сегодня внимание врачей и исследователей все больше привлекает препарат – **Нексиум** (эзомепразол). Его высокая эффективность установлена в терапии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и гастроэзофагальной рефлюксной болезни, причем, в различных ее стадиях – в эндоскопически «негативной», в стадии рефлюксэзофагита, с наличием эрозий или без них, в стадии пептической язвы пищевода и т. д.

В чем преимущество Нексиума? Он имеет однородный состав, состоящий лишь из одного типа оптических молекул-изомеров (S-изомер). Это выгодно отличает его от других ингибиторов протонного насоса, включающих два изомера (R- и S-изомеры), одинаковых по химическому строению, но различающихся по свойствам, благодаря чему один из них может оказать определенный эффект, а другой нет.

Эзомепразол, как и все другие ингибиторы протонного насоса, всасывается в

тонкой кишке, после чего через кровеносные сосуды направляется в желудок: его концентрация отмечается в просвете секреторных канальцев обкладочной клетки слизистой оболочки желудка. Превращение в сульфенамид (активная форма эзомепразола) позволяет связываться с тиоловыми группами цистеина, что дает возможность провести ингибирование этого фермента, следствием чего и является уменьшение секреции соляной кислоты.

В отличие от других ингибиторов протонного насоса, Нексиум медленнее метаболизируется в печени, его биологическая доступность выше. В результате этого большее количество действующего вещества достигает обкладочных клеток слизистой оболочки желудка и уже после первого приема препарата блокирует большее число протонных помп. Повышение биодоступности эзомепразола, благодаря его низкому клиренсу, дает возможность повысить концентрацию этого препарата для торможения «работы» обкладочной клетки. Этот факт позволяет объяснить более выраженный тормозящий эффект эзомепразола на секрецию соляной кислоты.

При оценке результатов лечения больных язвенной болезнью обычно учитывают быстроту исчезновения болей и диспепсических расстройств, сроки заживления язв и эрадикацию хеликобактер пилори, а также отдаленные результаты лечения больных. Пожалуй, наиболее важным здесь является оценка результатов заживления язв, как ближайший результат лечения. Не зажившая язва может быть источником кровотечений, не исключается и возможность превращения ее в длительно не заживающую язву.

Мы провели исследование по изучению возможностей применения новейших ингибиторов протонного насоса в качестве базовых препаратов в антихеликобактерной 7-дневной терапии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

При лечении в стационаре первой группы больных, страдающих не осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (размеры язв луковицы двенадцатиперстной кишки до лечения больных – от 0,5 см до 1–1,5 см), мы получили прекрасные результаты. Больные всего лишь

в течение 7 дней получали Нексиум по 20 мг 2 раза в сутки в сочетании с кларитромицином (кларидом) по 500 мг 2 раза в сутки и амоксициллином (флемоксин солутабом) по 1000 мг 2 раза в сутки.

Первая контрольная эндоскопия была проведена на 8–9-й день от начала лечения больных. У 17 из 19 больных, по результатам 7-дневного лечения, установлено заживление язв луковицы двенадцатиперстной кишки. Эрадикация хеликобактер пилори через 7 недель после окончания лечения установлена у всех больных (100%).

Вторая группа больных, страдающих не осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, пролечена в амбулаторно-поликлинических условиях аналогичным образом. По возрастной структуре, размерам язв луковицы двенадцатиперстной кишки эта группа соответствовала первой группе больных. На 8–10 день после окончания лечения, у 14 из 17 больных отмечено заживление язвы луковицы двенадцатиперстной кишки. Эрадикация хеликобактер пилори через 7–10 недель после окончания лечения установлена у 16 из 17 больных.

Из представленных выше данных видна целесообразность и эффективность 7-дневной антихеликобактерной терапии не осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, в которой в качестве базового препарата использован Нексиум. Опыт показал, что лишь для заживления язв, не заживших за 7 дней, целесообразно продолжить лечение больных эзомепразолом по 20 мг 2 раза в день, но более предпочтительно – по 40 мг один раз в сутки. Увеличение дозировки до 40 мг значительно усиливает ингибирующий эффект кислотообразования в желудке по сравнению с дозировкой этого же препарата по 20 мг. Этот факт имеет особое значение при лечении больных язвенной болезнью, не ассоциированной с хеликобактер пилори, и больных гастроэзофагальной рефлюксной болезнью. Одно из существенных достоинств Нексиума – возможность в дальнейшем, после проведенного курса лечения, использовать препарат лишь в необходимых случаях «по требованию» – один раз через 3–5–7 дней, что иногда необходимо при лечении больных гастроэзофагальной рефлюксной болезнью.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЮСПАТАЛИНА ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ СФИНКТРА ОДДИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЮ

А. А. Ильченко, Е. В. Быстровская, ЦНИИГЭ

За последние два десятилетия заболеваемость желчнокаменной болезнью в мире приобрела устойчивую тенденцию к росту. Холецистэктомия стала наиболее частой операцией после аппендэктомии. По данным различных авторов, у 20–40% пациентов, перенесших холецистэктомию, сохраняются жалобы, связанные с болевым синдромом и диспепсическими расстройствами, которые обычно расцениваются как постхолецистэктомический синдром. Термином постхолецистэктомический синдром в настоящее время принято обозначать развившуюся после операции дисфункцию сфинктера Одди (ДСО), обусловленную нарушением тонуса сфинктера общего желчного протока, панкреатического протока или общего сфинктера, препятствующим нормальному оттоку желчи и панкреатического секрета в двенадцатиперстную кишку.

В регуляции работы сфинктерного аппарата ведущая роль принадлежит холецистокинину, под влиянием которого происходит одновременное сокращение желчного пузыря и расслабление сфинктера Одди, в результате чего желчь поступает в двенадцатиперстную кишку. Многочисленными исследованиями доказано уменьшение реакции СО на холецистокинин после холецистэктомии. В связи с этим удалением желчного пузыря приводит не только к нарушению депонирования и концентрации желчи в межпищеварительный период, но и к дискоординации моторики сфинктера Одди.

В зависимости от топики нарушения оттока и характера болевого синдрома выделяют билиарный и панкреатический типы дисфункции сфинктера Одди. В случае органических изменений предлагается хирургическое лечение. А если структурные изменения отсутствуют – проводят курсы консервативной терапии. При использовании комплексной терапии в лечении этого заболевания перспективно включение в нее препаратов антиспастического действия.

Задачей фармакотерапии дисфункции сфинктера Одди является выбор препаратов, оказывающих преимущественное воздействие на билиарную систему и вызывающих как можно меньше побочных эффектов со стороны других органов и систем. Препаратом выбора, оказывающим норморелаксирующее действие является мебеверин гидрохлорид (Дюспаталин, «Solvay Pharma»). Антиспастическое действие мебеверина обусловлено, во-первых, снижением проницаемости

клеток гладкой мускулатуры для катионов натрия и замедлением процесса деполяризации, во-вторых, опосредованным уменьшением оттока катионов калия, что предотвращает развитие гипотонии.

В действии Дюспаталина важным является то, что он не оказывает влияния на мускариновые рецепторы, чем обусловлено отсутствием таких побочных эффектов как сухость во рту, нарушение зрения, тахикардия, задержка мочи, запор и слабость.

Целью нашего исследования было изучение эффективности Дюспаталина при различных дисфункциональных нарушениях сфинктерного аппарата, развившихся у пациентов ранее оперированных по поводу желчнокаменной болезни.

Исследования проведены у 20 пациентов, перенесших холецистэктомию. Из них было 14 женщин и 6 мужчин в возрасте от 30 до 68 лет. 15 пациентов жаловались на постоянные боли в правом подреберье, чаще давящего или распирающего характера, у 5-ти пациентов боли возникали периодически и носили спастический характер. 16 пациентов отмечали периодическое появление горечи во рту, тошноту.

В зависимости от результатов ультразвукового исследования и биохимического исследования крови, больные были разделены на следующие группы: а) с наличием болевого и диспепсического синдромов; б) болевой синдром в сочетании с расширением просвета холедоха или Вирсунгова протока; в) болевой синдром в сочетании с расширением просвета холедоха или Вирсунгова протока и увеличением активности АСТ, АЛТ (липазы, амилазы). Всем больным проводили монотерапию Дюспаталином по 200 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней. Оценивали клинические проявления дисфункции сфинктера Одди, динамику изменений биохимических показателей крови, ультразвуковой картины.

В течение первой недели лечения Дюспаталином интенсивность болей в правом подреберье снизилась у 13 (65%) пациентов, через 14 дней боли полностью исчезли у 8-ми (40%), значительно уменьшились по продолжительности и интенсивности у 10 (50%) пациентов. Отсутствие положительной динамики в купировании болей отмечено только у 2-х больных.

По данным ЭГДС и рН-метрии дуодено-гастральной рефлюкс (ДГР) был выявлен у 14 из 20 пациентов (70%). Через 7 дней его ин-

тенсивность по результатам клинической оценки снизилась у 8-ми, а через 14 дней терапии, при контрольной рН-метрии, ДГР не регистрировался у 10 из 14 (71,4%) пациентов.

Выявленное антирефлюксное действие Дюспаталина, вероятно, имеет опосредованный характер. Благоприятное влияние этого препарата на моторику ЖКТ обусловлено, скорее всего, восстановлением нормальной функции гладкой мускулатуры желудочно-кишечного тракта.

Нормализация уровня АсАТ, АлАТ (липазы, амилазы) при биохимическом исследовании крови к 14 дню лечения отмечена у 3-х из 5-ти пациентов с гиперминотрансфераземией. У 2-х больных отмечалось незначительное снижение уровня АсАТ и АлАТ по сравнению с исходными. У этих же двух пациентов отсутствовала положительная ультразвуковая динамика (уменьшение ширины просвета общего желчного протока). При дальнейшем обследовании (эндоскопическая ультрасонография, РХПГ) у них был диагностирован стеноз терминального отдела общего желчного протока.

По данным ультразвукового исследования из 11-ти пациентов, исходно имеющих расширенный от 9 до 14 мм общий желчный проток, у 5-ти по истечении 14-дневной терапии Дюспаталином зарегистрированы нормальные показатели его ширины, а у 4-х наметилась тенденция к уменьшению ширины просвета общего желчного протока.

Резюмируя вышеизложенное можно заключить, что на фоне 2-х недельной терапии Дюспаталином у больных, перенесших холецистэктомию и имеющих дисфункциональные нарушения сфинктерного аппарата билиарного тракта, отмечается положительная динамика в купировании болей, а также нормализация как лабораторных, так и ультразвуковых показателей.

Полученные результаты позволяют рекомендовать Дюспаталин больным с различными типами дисфункции сфинктера Одди, как в виде монотерапии, так и в сочетании с другими препаратами. При необходимости его можно сочетать с антибактериальными, ферментными препаратами, а также с прокинетики. Несомненным достоинством препарата является тот факт, что он оказывает прямое, практически селективное антиспастическое действие на гладкомышечную ткань желудочно-кишечного тракта.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ФЕРМЕНТНАЯ ТЕРАПИЯ

А. В. Яковенко, РГМУ

Хронический панкреатит (ХП) – воспалительный процесс в поджелудочной железе (ПЖ), характеризующийся фокальными некрозами в сочетании с диффузным или сегментарным фиброзом и развитием функциональной недостаточности различной степени выраженности. Несомненными этиологическими факторами ХП являются алкоголь (преимущественно у мужчин) и заболевания желчного пузыря и желчных путей (преимущественно у женщин). Более редкими причинами считаются: муковисцидоз (чаще у детей), гиперпаратиреоз, метаболический ацидоз, белковая недостаточность, уремия, инфекции, травмы, в том числе и послеоперационные. Было доказано также, что некоторые лекарственные препараты, например, аспирин, и гипотиазид способны активизировать ферменты в протоках ПЖ, что сопровождается повреждением ее ткани.

Клиническая картина ХП складывается в большинстве случаев из абдоминальных болей, нарушения процесса пищеварения и признаков сахарного диабета.

Болевой синдром является ведущим в клинике ХП. Причины и механизмы самые разные. Например, боли, обусловленные воспалительным процессом в ПЖ, связаны с отеком, инфильтрацией паренхимы и повышением внутриканального давления, а также со сдавлением нервных окончаний. При обструкции панкреатических протоков (камни, рубцы, белковые преципитаты и др.) боль обусловлена повышением давления в протоках.

Внешнесекреторная недостаточность ПЖ характеризуется нарушением процессов кишечного пищеварения и всасывания, развитием избыточного микробного роста в тонкой кишке. У больных появляются поносы, стеаторея, метеоризм, боли в животе, отрыжка, тошнота, эпизодическая рвота, потеря аппетита, похудание, позднее присоединяются симптомы, характерные для гиповитаминоза. Внешнесекреторная недостаточность ПЖ может усугубляться следующими причинами: недостаточной активацией ферментов вследствие дефицита энтерокиназы и желчи; нарушением смешивания ферментов с пищевым химусом; разрушением и инактивацией ферментов вследствие избыточного роста микрофлоры в верхних отделах кишечника; дефицитом пищевого белка с развитием гипоальбуминемии, и как следствие – нарушением синтеза панкреатических ферментов.

При осмотре больного ХП, наряду с дефицитом массы тела, на коже груди, живота и спины могут быть выявлены мелкие ярко-красные пятна правильной округлой формы, не исчезающие при надавливании (симптом «красных капелек»), сухость и шелушение кожи, глоссит, стоматит, обусловленные гиповитаминозом. При пальпации живота обычно выявляются болезненность в эпигастраль-

ной области в проекции ПЖ или в левом подреберье и раздутые кишечные петли.

Для выявления панкреатической недостаточности используется ряд специальных методов исследования экзокринной функции ПЖ. Например, легко проводимый и практически важный метод – копрологическое исследование. При микроскопическом исследовании одним из ранних лабораторных признаков недостаточности ПЖ является повышенное количество нейтрального жира в кале (стеаторея), а увеличение количества мышечных волокон (креаторея) – более поздний. Но чаще они обнаруживаются вместе. Сочетание стеатореи и креатореи свидетельствует о тяжелой панкреатической недостаточности. Следует отметить, что у здоровых лиц при употреблении 200 г и более мяса в день в кале обнаруживаются 10 или больше мышечных волокон в поле зрения.

Следовательно, ранним признаком панкреатической недостаточности является нарушение переваривания нейтрального жира, позже переваривания мышечных волокон. Эта последовательность является важным дифференциально-диагностическим признаком, позволяющим отличить нарушения процессов пищеварения при заболеваниях ПЖ от другой патологии.

Ведущая роль в патогенезе обострения и формирования основных симптомов и осложнений ХП принадлежит повреждающему эффекту собственных активных панкреатических ферментов. Поэтому основной задачей лечения заболевания является снижение внешнесекреторной функции поджелудочной железы и купирование болевого синдрома. С этой целью проводятся следующие лечебные мероприятия: исключение алкоголя, использование лечебного питания, назначение ферментных препаратов, блокаторов H₂-рецепторов гистамина, антацидов буферного действия, а также анальгетиков, спазмолитиков и нейролептиков.

Примерная схема лечения больного с ХП с наличием болевого синдрома с неуточненным механизмом:

1. Диета.
2. Ферменты (креон) 1 капсула с каждым приемом пищи.
3. Блокаторы H-рецепторов (ранитидин 150 мг 2 раза в сутки или фамотидин 20 мг 2 раза в сутки).
4. Буферные антациды (маалокс, дайджин и др.) 1 доза до еды и 1 доза через 1–1,5 ч после еды.
5. Баралгин 5 мл внутримышечно + 1–2 табл. в сутки.

Если интенсивность болей не уменьшается в течение 6–8 ч, необходимо усилить анальгезирующую терапию, увеличить дозу ферментных препаратов и уточнить ведущий механизм развития болевого синдрома.

Дозы ферментных препаратов зависят, в первую очередь, от степени панкреатической недостаточности, а также от индивидуальных пищевых привычек больного и желания соблюдать диету.

Для того, чтобы обеспечить нормальный процесс пищеварения при ХП с выраженной внешнесекреторной недостаточностью при использовании полноценного питания, требуется назначение 20 000–30 000 ЕД липазы с каждым приемом пищи.

Препаратами выбора являются ферменты, не содержащие в своем составе желчи и экстрактов слизистой оболочки желудка, которые способны растворяться в тонкой кишке при pH 5,0 и выше и хорошо смешиваться с пищевым химусом. При правильно подобранной дозе у больных стабилизируется или увеличивается масса тела, прекращаются диарея, метеоризм, боли в животе, исчезает стеаторея и креаторея. Ферментные препараты при ХП с внешнесекреторной недостаточностью назначаются пожизненно. Мнение некоторых врачей и пациентов о том, что длительный прием ферментных препаратов приводит к атрофии ткани поджелудочной железы – абсолютно необоснованно. Атрофия в данном случае связана, главным образом, с воспалительным процессом, а не с применением ферментов.

Ферментным препаратом первого выбора с высоким содержанием трипсина является **Креон**. В его составе отсутствуют желчные кислоты и экстракты слизистой оболочки желудка, стимулирующие панкреатическую секрецию, а микрогранулированная лекарственная форма способствует быстрому достижению высоких концентраций трипсина в тонкой кишке. Для купирования болевого синдрома препарат необходимо назначать в период полного голодания по 1 капсуле каждые 3 ч или по 2 капсулы 4 раза в день (1–3 дня), а после возобновления приема пищи – по 1 капсуле в начале и в конце каждого приема пищи.

У ряда больных ХП синдром мальдигестии не купируется при использовании даже максимальных доз ферментных препаратов (30 000 ЕД липазы с каждым приемом пищи). Дальнейшее увеличение дозы, как правило, не повышает эффективность лечения. Это может быть обусловлено многими причинами. Но самой частой и важной является инактивация принимаемых ферментов в двенадцатиперстной кишке в результате закисления ее содержимого. Для предупреждения инактивации ферментов рекомендуется назначать их с антацидами или блокаторами H₂-рецепторов, а также использовать препараты в защитных оболочках, растворяющихся при pH 4,0 и выше. Что касается антацидов, то лучшими препаратами оказались содержащие гидроокись алюминия. Они назначаются по 1 дозе за 15 мин до еды и по 1 дозе через 1 ч после еды до прекращения или значительной редукции стеатореи.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЛИВ.52 ПРИ ГИПОМОТОРНОЙ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ УЗИ

А. Г. Писарев, Н. С. Васюкова,
кафедра детских инфекций РГМУ

Введение. Примерно у трети детей с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта находят функциональную или органическую патологию желчевыводящих путей и желчного пузыря. Так у детей с гастродуоденитами и язвенной болезнью, дискинезия желчевыводящих путей встречается в 75–100% случаев. Однако лечение детей с заболеваниями билиарной системы остается сложной и до конца не решенной проблемой. Она требует системного подхода и создания новых эффективных методов лечения, применения препаратов, позволяющих избежать полипрагмазии при лечении сочетанной патологии и вызывающих минимум побочных эффектов.

Цель. В связи с вышеизложенным, нами была поставлена цель: изучить эффективность препарата Лив.52 при гипомоторной дискинезии желчного пузыря с использованием результатов ультразвуковой диагностики.

Материалы и методы. Для изучения эффективности препарата Лив.52 были обследованы 2 группы больных, по 16 детей в каждой. Группы были сопоставимы по возрасту и полу.

У всех детей выявлены выраженные признаки гипомоторной дискинезии желчного пузыря. В анамнезе у всех детей отмечались периодические боли ноющего характера в правом подреберье, особенно при физической нагрузке и грубых погрешностях в диете. При осмотре выявлялась краевая субиктеричность склер и пузырьные симптомы. При УЗИ у всех детей визуализировался увели-

ченный желчный пузырь с осадком, занимавшим от 1/3 до 1/2 объема полости пузыря. Сократительная функция после желчегонного завтрака была снижена.

Дети 1 группы (контроль) получали желчегонные препараты: фламин, холензим, никодин, в соответствии с инструкциями по применению.

Дети 2 группы получали Лив.52 в дозе 1–2 табл. 3 раза в день.

Лечение проводилось в течение 14 дней.

Результаты. После окончания лечения у 86,9% детей 1 группы сохранялись отчетливые пузырьные симптомы.

У детей 2 группы эти симптомы определялись только у 45,6%.

При УЗИ исследовании детей 1 группы (контроль) почти у всех – 94% больных – сохранялись признаки гипомоторной дискинезии: увеличение желчного пузыря и наличие остаточной желчи в виде осадка в полости.

У 63,9% детей получавших Лив.52 отмечалась выраженная положительная динамика УЗИ признаков гипомоторной дискинезии. У всех детей повысилась сократительная функция желчного пузыря, причем у половины этих детей осадок в полости пузыря исчез полностью, а у остальных он значительно уменьшился.

Выводы:

1. Проведенное нами исследование выявило, что Лив.52 обладает желчегонным действием с холеретическим эффектом.
2. Результаты исследования показали, что при применении Лив.52 исчезали клинические признаки гипомоторной дискине-

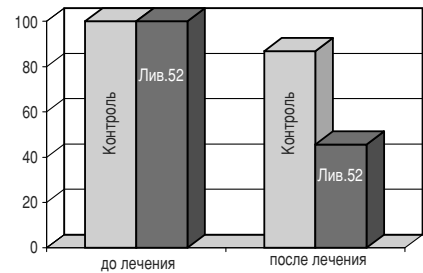


График 1. Динамика клинических признаков гипомоторной дискинезии желчного пузыря

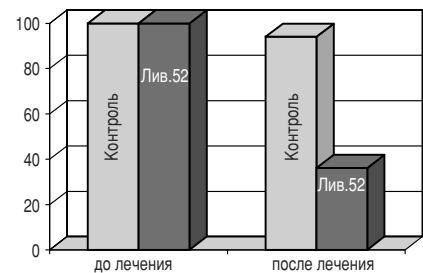


График 2. Динамика ультразвуковых признаков гипомоторной дискинезии желчного пузыря

зии у 54,4% детей и УЗИ признаки – у 63,9% обследованных пациентов, в то время как в группе контроля, получавшей желчегонные препараты (фламин, холензим, никодин) положительная динамика отмечена лишь у 13,1% и 6% соответственно.

3. Лив.52 можно рекомендовать как эффективное и безопасное лекарственное средство для лечения детей с гипомоторной дискинезией желчного пузыря.

Эффективность лечения гипомоторной дискинезии желчного пузыря препаратом Лив.52 по данным УЗИ



До лечения Лив.52



После лечения Лив.52

СОВРЕМЕННЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

И. В. Леоненко, кандидат медицинских наук

Препараты фибринового клея нашли сегодня широкое применение в хирургии. Они облегчают задачу хирурга, как при остановке кровотечения, так и в достижении максимальной герметичности раневых поверхностей печени, селезенки, поджелудочной железы, билиодигестивных и панкреатодигестивных анастомозов и др.

Исторически концепция применения субстанций густка крови для лечения кровотечения из ран паренхиматозных органов возникла в начале XX века. При ранних попытках исследователи старались использовать основные преимущества биоматериалов: полное рассасывание, стимуляцию заживления раны и прекрасную толерантность тканей к ним. Однако неудачные результаты были частыми из-за непрочного адгезивного свойства фибрина и быстрого рассасывания клея.

В настоящее время успешно применяются несколько видов фибринового клея, но качественно другим, новым средством является **Тахокомб**. Это коллагеновые пластины, в сухом виде содержащие компоненты свертывания крови – фибриноген и тромбин. Размер и количество пластин выбирают в зависимости от величины закрываемой раневой поверхности, края раны надо перекрыть на 1–2 см. Главным преимуществом Тахокомба являются высокая надежность гемостаза и простота применения. Достаточно простого прижатия к кровоточащему участку в течение 4–5 мин.

Приведем различные аспекты применения Тахокомба.

Травма и резекция печени

В обоих случаях возникает необходимость остановки кровотечения, желчеистечения, а потом обработки культи печени. Несмотря на большой успех, достигнутый в разработке клеящих препаратов, главную роль в остановке кровотечения играют хирургические способы: перевязка и электрокоагуляция сосудов и прошивание желчных протоков. Эти манипуляции требуют большой скрупулезности. При этом следует помнить, что печень вырабатывает свертывающие факторы и при обширных травмах и обширных резекциях в раннем послеоперационном периоде может развиваться фибринолиз и возникнуть повторное кровотечение. Кроме того, регуляция печенью клиренса тканевого активатора плазминогена (tPA) из крови может быть нарушена при обширной травме или обширной резекции. Поражение сосудистого эндотелия ведет к активации tPA, который трансформирует плазминоген в плазмин и способствует деградации фибринового сгустка. Именно в этих случаях незаменим Тахокомб. Он содержит все компоненты для герметизации культи, с одной стороны, и остановки кровотечения при нарушенном процессе свертывания – с другой.

После остановки кровотечения, что является первоочередной задачей, необходимо проверить раневую поверхность культи печени на подтекание желчи. Именно с этой целью не так

давно производилась гепатизация – прошивание культи печени. К этой манипуляции надо относиться критически. Дело в том, что грубый шов через капсулу и всю толщу паренхимы вызывает ишемию, а в последствии – некроз ткани печени. Именно для обработки культи печени, важное значение имеет герметизация с помощью Тахокомба. Он абсолютно физиологически обеспечивает надежный гемостаз и герметичность раневой поверхности.

Билиодигестивные анастомозы

Подтекание желчи из билиодигестивных анастомозов особенно часто встречается при операциях по поводу ятрогенных высоких рубцовых стриктур желчных протоков. Появление желчи в области анастомоза стимулирует выделение плазматическими клетками коллагена и создает условия для дальнейшего рубцевания. Поэтому герметичность гепатикоеноанастомоза имеет особое значение. Применение современных шовных материалов, однорядного прецизионного шва с сопоставлением слизистых оболочек протоков и кишки значительно сократило частоту несостоятельности билиодигестивных анастомозов. Однако она все же встречается. Покрытие зоны анастомоза или окутывание полоской Тахокомба способствует герметизации анастомоза.

Хирургия поджелудочной железы

Несостоятельность культи поджелудочной железы при ее дистальной резекции определяет частоту осложнений и летальных исходов. Большинство хирургов, имеющих большой опыт радикальных операций при раке поджелудочной железы, приходят к выводу, что прецизионный панкреатикоеноанастомоз с вшиванием протока поджелудочной железы в кишку и наложением серозных швов между капсулой поджелудочной железы и стенкой кишки, является наиболее безопасным и надежным вариантом при «мягкой» культе поджелудочной железы.

Главные осложнения возникают при небольших технических погрешностях. Важно помнить, что технические аспекты панкреатикоеноанастомоза предполагают четыре важных компонента: 1) адекватное дренирование панкреатического сока по главному панкреатическому протоку, 2) пришивание паренхимы культи поджелудочной железы к стенке кишки, 3) пришивание капсулы и паренхимы поджелудочной железы к серозно-мышечному слою кишки и 4) гемостаз в области анастомоза. В последних трех аспектах Тахокомб может найти свое применение. Это предотвращает от развития местных осложнений.

Холецистэктомия

Чаще эта операция проходит без большой необходимости в применении этих средств. Од-

нако при наличии небольшого паренхиматозного кровотечения из ложа желчного пузыря можно применить и клей. При лапароскопической холецистэктомии особенно удобно применение Тахокомба с помощью специального устройства – аппликатора эндодока.

Лимфорей после лимфодиссекции

Одним из важнейших онкологических принципов хирургического лечения рака поджелудочной железы является лимфодиссекция. При этом максимально удаляется лимфоидная ткань и нервные сплетения печеночно-двенадцатиперстной связки, над и под поджелудочной железой, вокруг чревного ствола, в аортокавальном промежутке. Лимфорей после лимфодиссекции может быть источником инфекции и потери белка и обусловить множество серьезных осложнений. Аппликация Тахокомба вокруг скелетированных сосудов прекращает лимфорей, предотвращает развитие серьезных осложнений.

Сохранение поврежденной селезенки

Предложено множество различных методов остановки кровотечения из поврежденной селезенки: электрокоагуляция, инфракрасное облучение, лазерная коагуляция, применение аргонной струи, перевязка селезеночной артерии. Тахокомб с успехом применяется для гемостаза при ятрогенных или травматических повреждениях селезенки.

Укрепление кишечных анастомозов в неблагоприятных условиях

Тахокомб с успехом используется для профилактики несостоятельности кишечных анастомозов в условиях перитонита и кишечной непроходимости. Наложение Тахокомба поверх шва дополнительно в 1,5–2,0 раза увеличивает прочность анастомоза. Это обеспечивается за счет стимуляции ангиогенеза в месте контакта Тахокомба, т. е. шва и, тем самым, значительного уменьшения ишемии и гипоксии в прилегающей ткани кишечной стенки.

Тахокомб является уникальной, не имеющей аналогов в мире, фибринколлагеновой субстанцией готовой к немедленному применению. Применение его в хирургии позволяет быстро и эффективно решать трудные проблемы гемостаза и выполнять щадящую обработку тканей при разных хирургических операциях. Экономическая эффективность складывается из сокращения времени операции, расхода кровезамещающих препаратов и снижения числа тяжелых послеоперационных осложнений.

Тахокомб производится компанией Нико-мед. Более подробную информацию о нем можно получить по тел.: 244 3232.

ДАЕШЬ ПРЕМИЮ REACH!

Компании Санофи-Синтелабо и Бристол-Майерс Сквибб объявили о программе присуждения премии REACH (REduction of Atherothrombosis for Continued Health). Цель этой инициативы – выявление и поддержка работ по совершенствованию лечения атеротромбоза. Кроме этих компаний в программе премии REACH участвуют Европейское общество кардиологии и Европейская конференция по инсульту, которые примут у себя участников церемоний вручения премии в 2003 году.

Три премии по 15 тысяч долларов предназначены для начала или продолжения клинических исследований по кардиологии, неврологии и лечению сосудистых заболеваний (премия по сосудистым заболеваниям будет вручена в 2004 году). К участию в конкурсе приглашаются доктора медицины и доктора наук – специалисты в области атеротромбоза. Решение о присуждении премий будет принимать многопрофильная интернациональная группа специалистов.

Заявки на премию REACH 2003 года должны быть поданы до 21 марта. Для подачи заявки на премию кандидатов просят посетить в Интернете сайт <http://www.atherothrombosis.org/reach> и подать предложение по одной из трех категорий – неврология, кардиология или сосудистые заболевания. Кроме того, посетители сайта могут также подать заявку на поддержку текущей работы, для чего нужно ясно показать, как эта работа изменила лечение больных. Каждая заявка должна содержать заявление о предполагаемом использовании полученной премии на продолжение работ.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Компания «Ф. Хоффманн-Ля Рош Лтд.» уделяет большое внимание научно-исследовательской работе в области медицины и фармакологии. Недавно она объявила результаты четырехлетнего основополагающего исследования XENDOS. Его результаты подтвердили, что препарат для снижения веса Ксеникал обладает высокой эффективностью в плане предотвращения или замедления развития сахарного диабета 2 типа.

По данным других научных исследований – включение Ксеникала в схемы терапии больных с уже имеющимся сахарным диабетом 2 типа позволяет не только улучшить течение этого заболевания, но и существенным образом снизить риск тяжелых сосудистых осложнений. Эти данные послужили основанием для регистрации Фармакологическим комитетом Минздрава РФ нового показания для применения Ксеникала – сахарный диабет – 2 типа (сахарный диабет 2 типа).

XENDOS является первым исследованием, которое подтвердило, что применение фармакологического препарата для снижения массы тела Ксеникал, наряду с изменением образа жизни, уменьшает риск развития СД 2 типа. Это исследование проводилось в 22 медицинских центрах Швеции, в нем приняли участие 3304 тучных пациента с нормальной или нарушенной толерантностью к глюкозе. Больные были рандомизированы в группы на двойную слепую терапию Ксеникалом либо плацебо (неактивное вещество) три раза в сутки, в сочетании с изменением образа жизни. Результаты исследования показали, что риск развития СД 2 типа у лиц, получавших Ксеникал в сочетании с изменением образа жизни, был на 37% меньше, чем только при изменении образа жизни. Снижение веса удавалось сохранить в течение длительного времени, при этом к концу четвертого года лечения в группе Ксеникала было почти в два раза больше лиц, достигших

клинически значимого похудения (на 10% и более от исходного веса). Кроме того, исследование XENDOS подтвердило безопасность длительной и непрерывной терапии Ксеникалом.

Людам с диабетом 2 типа в целом похудеть значительно труднее, чем тучным пациентам без диабета. Это связано с тем, что естественное течение диабета само по себе ведет к прибавке веса. Кроме этого, больные диабетом 2 типа получают таблетированные сахароснижающие препараты, а также инсулин, что также препятствует снижению массы тела. Но и в этих случаях применение Ксеникала может быть весьма успешным. В результате специальных исследований были получены данные о том, что применение Ксеникала у больных СД 2 типа, получающих препараты сульфонилмочевины, метформин или инсулин, значительно улучшает показатели компенсации диабета – снижает уровень гликированного гемоглобина, концентрацию глюкозы крови натощак. Благодаря этому уменьшается потребность в противодиабетических средствах, снижается повышенное артериальное давление, значительно улучшается липидный профиль крови.

Компания «Ф. Хоффманн-Ля Рош Лтд.» разработала программу «Время худеть». Ее цель – помочь пациентам снизить вес, модифицируя питание и поведение на протяжении длительного времени. Программы поддержки пациентов компания проводит в 50 странах мира, в том числе и в России.



ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ

"МЕДСТИЛЬ"

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Мы, коллектив фирмы «Медстиль», имеем честь предложить Вам свою продукцию. Вот уже около 10 лет мы производим медицинские халаты, костюмы, хирургическую форму и головные уборы.

Наше предприятие выпускает более 80 образцов современной медицинской одежды. Собственное хорошо отлаженное производство и квалифицированные специалисты позволяют сделать цены на всю нашу продукцию приемлемыми для Вас.

Медицинская одежда, выпускаемая фирмой «Медстиль», современна, красива и функциональна. Вся наша продукция удостоена Золотого знака качества XXI века, а предприятие ООО «Медстиль» включено в Московский городской реестр рекомендованных поставщиков продукции городского заказа. При изготовлении большинства моделей используются импортные смесовые ткани нового поколения с водо- и кровотоотталкивающими свойствами, устойчивые к химическим чисткам.

На производство и реализацию всей продукции получены лицензии Минздрава России, сертификаты соответствия и удостоверения о внесении в Государственный реестр медицинских изделий. Среди наших потребителей: Главный военный клинический госпиталь им. Бурденко, поликлиники ФСБ, Мин. Обороны, Газпрома, МПС и другие клиники. Наша продукция поставляется в десятки регионов через широкую дилерскую сеть, которая охватывает большую часть территории России.

Мы стараемся удовлетворить все пожелания каждого нашего заказчика, наши менеджеры с радостью встретят и представителя крупного многопрофильного медицинского центра, и представителя небольшой больницы, поликлиники или частной аптеки.

Смеем надеяться, что наше сотрудничество будет носить долговременный и взаимовыгодный характер. Ждем Ваших обращений.

127521, Москва, 17-й проезд Марьиной рощи, дом 9а; e-mail: medstyle@medstyle.ru

<http://www.medstyle.ru>; телефон/факс: (095) 219 8235, 218 6363.

Газета зарегистрирована Комитетом РФ по печати. Регистрационный № 014489 от 16.02.1996. Издаётся с 1993 года

Учредители: Редакция газеты "Больница", Московская городская клиническая больница им. С. П. Боткина, Московская медицинская ассоциация.

Главный редактор Галина Денисова

105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, 47, оф. 207; тел./факс: (095) 465 4854

www.medicus.ru; E-mail: hospital47@mtu-net.ru

Компьютерная верстка, дизайн – Издательство «Пульс»

© Газета «Больница»

ЦЕНА
ДОГОВОРНАЯ