

ЗУСТРІЧАЙТЕ ОНОВЛЕНУ КЛАСИКУ!

Но-Шпа® в новій і зручній
упаковці з дозатором пуш-топ
позбавить Ваших пацієнтів болю
ТА СПАЗМУ в животі одним «НАТИСКОМ»



- Біль у шлунку
- СПАЗМ ЖОВЧНОГО МІХУРА
- НИРКОВА КОЛЬКА
- МЕНСТРУАЛЬНИЙ БІЛЬ

Р.П. МОЗ України № UA/0391/01/02 від 08.10.07.
Перед застосуванням уважно читайте інструкцію.
Зберігати в недоступному для дітей місці.
Реклама: лікарський засіб.
ТОВ «Санofi-Авентіс Україна»
Київ, 04050,
вул. Пимоненка, 13, оф. 7С/51,
тел.: (044) 490 68 38,
факс: (044) 490 68 39.

sanofi aventis
Здоров'я — це важливо

UA.DRT.09.04.06

Даже небольшое увеличение веса повышает риск стеатоза печени

Одним из следствий глобальной эпидемии ожирения, сахарного диабета и метаболического синдрома является увеличение распространенности неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП). Chang и соавт. проанализировали крупную популяцию рабочих корейской промышленности, которые были обязаны регулярно проходить профилактические осмотры. Для более 15 тыс. рабочих в возрасте 30-59 лет были получены показатели массы тела, липидов и аланинаминотрансферазы (АЛТ) сыворотки, а также данные УЗИ брюшной полости. Стеатоз печени диагностировали ультразвукографически на основании эхоплотности печени и гепаторенального контраста. После исключения пациентов с уже имеющимся гепатитом и другой патологией печени, а также принимавших лекарственные препараты, способные вызывать НАЖБП, было отобрано 5053 рабочих, которых впоследствии наблюдали на протяжении 4 лет. В результате было показано, что увеличение веса за этот период на 2,7 кг и более повышало риск развития стеатоза примерно на 50%. Негативное воздействие увеличения веса, которое отмечалось даже в пределах нормальных весовых границ, подчеркивает значение инсулинорезистентности в накоплении жира в печени, а не массы тела как таковой. Интересно отметить, что у пациентов с повышенной активностью АЛТ даже небольшое уменьшение веса сопровождалось достоверным снижением риска развития НАЖБП.

Chang Y. et al.
Gut 2009; 58: 1419-1425

Зеленый чай защищает женщин от рака желудка

В медицинской литературе можно найти множество исследований по изучению влияния горячего зеленого чая на риск развития рака, однако во всех из них были получены противоречивые результаты. Это может быть связано с воздействием сопутствующих факторов, например курения, а также с тем, что употребление обжигающе горячего напитка может повышать риск, а другие особенности зеленого чая — снижать его. К таким особенностям относятся, в частности, способность зеленого чая подавлять рост *Helicobacter pylori*, оказывать антиоксидантное и фитоэстрогенное действие.

В метаанализе, проведенный учеными из Японии, включили свыше 2 млн пациенто-лет наблюдения с высоким (3577) количеством случаев рака желудка. Авторы установили, что в то время как у мужчин употребление зеленого чая на риск рака желудка не оказывало никакого влияния, у женщин отмечался четкий дозозависимый ответ, при этом более частое употребление чая снижало риск рака. Наиболее сильным этот эффект был в отношении дистального рака желудка — у самых страстных любительниц зеленого чая риск развития рака этой локализации снижался на 30%. Подобное гендерспецифическое влияние зеленого чая наблюдалось и в отношении кардиоваскулярных заболеваний, что связывают с его фитоэстрогенными компонентами — полифенолами и флавоноидами.

Inoue M. et al.
Gut 2009; 58: 1323-1332

У пациентов с колоректальным раком и мутированным KRAS моноклональные антитела против EGFR ухудшают прогноз

На сегодня доказано, что моноклональные антитела к рецепторам эпидермального фактора роста (EGFR), а именно цетуксимаб и панитумумаб, эффективны только у пациентов, опухоль которых несет немутированный ген KRAS. В Европе и США инструкции к этим препаратам уже содержат соответствующую рекомендацию. Однако данные о том, что моноклональные антитела против EGFR могут оказывать негативный эффект у пациентов с мутированным KRAS, являются относительно новыми.

Негативные результаты применения цетуксимаба были опубликованы в 2008 г. В исследовании CAIRO-2 добавление цетуксимаба к химиотерапии и бевацизумабу в качестве 1-й линии терапии ухудшало выживаемость пациентов с мутациями KRAS.

На конгрессе Международного общества гастроинтестинальных онкологов (ISGIO 2009) и на конгрессе Европейского общества медицинских онкологов (ESMO 2009) были представлены результаты двух исследований с панитумумабом.

В европейском исследовании III фазы PRIME пациентов рандомизировали для получения панитумумаба + FOLFIRI или только FOLFIRI в качестве 1-й линии терапии метастатического колоректального рака (КРР). Оксалиплатин и химиотерапию по поводу метастатического процесса пациенты ранее не получали. Главной конечной точкой была выживаемость без прогрессирования (ВБП). У пациентов с «диким» (немутированным) KRAS панитумумаб при добавлении к FOLFIRI статистически значимо улучшал ВБП (медиана 9,6 vs 8,0 мес; относительный риск — ОР — 0,80; p=0,02). У пациентов с мутированным KRAS панитумумаб при добавлении к FOLFIRI статистически значимо ухудшал ВБП (медиана 7,4 vs 8,8 мес; ОР 1,29; p=0,02).

В другом исследовании III фазы, которое проводилось также в Европе, пациентов с метастатическим КРР рандомизировали для получения панитумумаба + FOLFIRI или только FOLFIRI в качестве 2-й линии терапии. Ранее пациенты уже получили 1 курс химиотерапии по поводу метастатического процесса. Главными конечными точками были ВБП и общая выживаемость. У пациентов с немутированным KRAS панитумумаб при добавлении к FOLFIRI

достоверно улучшал ВБП (медиана 5,9 vs 3,9 мес; ОР 0,73; p=0,004). Общая выживаемость также была лучше в группе панитумумаба + FOLFIRI, но различие не достигло статистической значимости (медиана 14,5 vs 12,5 мес; ОР 0,85; p=0,12). У пациентов с мутированным KRAS преимущество от добавления панитумумаба отсутствовало, однако выживаемость в отличие от исследования PRIME не ухудшалась.

International Society of Gastrointestinal Oncology annual meeting;
Abstract 0925 and 0926. Presented October 3, 2009

Риск перфорации во время колоноскопии увеличивается у пациентов в возрасте старше 75 лет

Исследователи из Таиланда проанализировали данные 8987 колоноскопий и 1137 сигмоидоскопий гибким зондом, выполненных в их клинике за период с 2005 по 2008 год. Частота перфораций толстой кишки составила 0,15% (15 случаев).

Колоноскопия ассоциировалась с увеличением риска перфорации на 77% по сравнению с сигмоидоскопией, однако эта корреляция была недостоверной. Риск перфорации не зависел от пола пациента, ургентного статуса, метода обезболивания и опыта эндоскописта.

Многомерный статистический анализ показал, что единственными факторами риска перфорации были возраст пациента старше 75 лет и проведение эндоскопии с терапевтической целью, которые увеличивали риск в 6,24 и 2,98 раза соответственно (p<0,001 и p<0,036).

Основываясь на полученных результатах, авторы считают, что у пациентов в возрасте старше 75 лет колоноскопию следует проводить только при невозможности применения неинвазивных методов исследования, таких как компьютерная томография.

Lohsiriwat V. et al.
BMC Gastroenterology, 2009; 9: 71

У каких пациентов биопсию печени можно проводить амбулаторно?

На страницах сентябрьского номера Европейского журнала внутренней медицины португальские исследователи обобщили собственный опыт проведения чрескожных слепых (то есть без УЗИ-контроля) биопсий печени, выполненных амбулаторно у 192 пациентов за период с 2000 по 2007 год. Всем пациентам через 6 ч после вмешательства проводили УЗИ.

Большинство больных (97,9%) отправились домой в тот же день после 8-часового периода наблюдения; у остальных пациентов требовалась краткосрочная госпитализация вследствие небольшого гемодинамического незначимого гемоперитонеума.

Наиболее частым легким осложнением была боль в месте пункции или в правом плече (у 22,4% пациентов); единственным тяжелым осложнением был случай полной транзитной атриовентрикулярной блокады, разрешившейся без госпитализации.

Авторы отмечают, что необходимыми условиями для амбулаторного проведения биопсии были нормокоагуляция, нормальное содержание тромбоцитов в периферической крови и отсутствие тяжелой патологии печени, а также проживание пациента не более чем в 30 мин езды от клиники.

Pinelo E. et al.
European Journal of Internal Medicine, 2009

Инциденталомы поджелудочной железы часто бывают злокачественными

Инциденталомы называют бессимптомные опухоли, обнаруживаемые случайно. Внедрение в клиническую практику новых методов визуализации, характеризующихся высокой разрешающей способностью, привело к значительному увеличению частоты обнаружения этих новообразований, в частности с локализацией в поджелудочной железе (ПЖ). Однако, как утверждают авторы исследования, о котором пойдет речь далее, врачи опасаются направлять таких пациентов на хирургическое лечение ПЖ вследствие относительно высоких показателей развития осложнений и летальности.

В своем исследовании американские ученые использовали данные 475 панкреатэктоми, из которых 64 (13,5%) были выполнены по поводу инциденталом и 411 (86,5%) — у пациентов с симптоматическими опухолями ПЖ.

Злокачественными оказались 34% субклинических очагов по сравнению с 68% симптоматических опухолей. Однако 59% инциденталом находились в предракковом состоянии, и только 6% характеризовались низким риском прогрессирования или его отсутствием.

В целом у пациентов с инциденталомами медиана болезнеспособной выживаемости (БСВ) была выше по сравнению с больными с симптоматическими опухолями (145 vs 46 мес). У пациентов с аденокарциномами соответствующие показатели составили 22 и 19 мес.

Пятилетняя БСВ у пациентов, прооперированных по поводу интрапанилярных слизистых опухолей или слизистых цистаденом, составила 94% при инциденталоме по сравнению с 68% при симптоматических опухолях.

Главный вывод исследования состоит в том, что большинство обнаруженных случайно очагов в ПЖ следует вести как потенциально злокачественные до тех пор, пока не будет доказано обратное, считают авторы.

Lahat G. et al.
Journal of American College of Surgeons 2009; 209: 313-319



НЕКСИУМ – ІПП №1 у світі!¹

- Найбільш тривалий контроль кислотності²
- Найшвидше позбавлення від печії³⁻⁶
- Унікальна форма випуску МАПС⁷

1 IMS Data 2008
2 Am J Gastroenterol 2003;98(12):2616-20
3 Aliment Pharmacol Ther 2000;14(12):949-58
4 Am J Gastroenterol 2001;96:656-65
5 Am J Gastroenterol 2002;97:375-83
6 Aliment Pharmacol Ther 2005;21(7):938-46
7 Інструкція для медичного застосування



Коротка інформація щодо медичного застосування препарату НЕКСИУМ (езомепразол) 20, 40 мг, таблетки, вкриті оболонкою

Фармакологічні властивості. Нексиум є S-ізомером омепразолу, який знижує секрецію шлункового соку завдяки специфічно направленому механізму дії. Він є специфічним інгібітором протонного насоса в парієтальній клітині.

Показання. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба: лікування ерозивного рефлюкс-езофагіту; тривала профілактика рецидивів у пацієнтів із вилікуваним езофагітом; симптоматичне лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби.

Разом з антибактеріальними засобами для ерадикації *Helicobacter pylori*: лікування виразки дванадцятипалої кишки, пов'язаної з *Helicobacter pylori*; запобігання рецидивам печинкових виразок у хворих на виразки, спричинені *Helicobacter pylori*. Лікування та профілактика виразок, спричинених тривалим застосуванням нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ): лікування виразок, спричинених терапією НПЗЗ; профілактика виразок шлунка та дванадцятипалої кишки у пацієнтів групи ризику у зв'язку з прийомом НПЗЗ.

Підтримання гемостазу та профілактика повторної кровотечі виразок шлунка або дванадцятипалої кишки після лікування Нексиумом, розчином для інфузії.

Лікування синдрому Золлінгера-Еллісона.

Спосіб застосування та дози. Див. повну інструкцію для медичного застосування.

Противпоказання. Підвищена чутливість до езомепразолу, до заміщених бензметазолам або інших компонентів препарату; дитячий вік (до 12 років). Нексиум, як і інші інгібітори протонного насоса, не слід застосовувати разом з атазанавіром.

Побічні реакції. Можливі нудота/блювання, діарея, закріп, біль у животі, метеоризм, головний біль. Див. повну інструкцію для медичного застосування.

Особливості застосування. Див. повну інструкцію для медичного застосування. За наявності наявних симптомів (виражене зменшення маси тіла, нудота, дисфагія, гематемез або мелена) та у випадках, коли виразка шлунка передбачається або діагностована, до початку лікування Нексиумом повинна бути виключена злоякісність процесу. Пацієнти, які застосовують препарат протягом тривалого часу (особливо особи, що приймають його більше року), повинні знаходитися під регулярним наглядом. Існує ризик лікарської взаємодії, особливо коли езомепразол призначають у комбінації з антибіотиками для ерадикації *Helicobacter pylori* або при лікуванні "за потреби".

Взаємодія з іншими лікарськими засобами. Див. повну інструкцію для медичного застосування. У зв'язку зі зменшенням кислотності шлунку всмоктування ітраконазолу та кетоконазолу може зменшитися під час лікування Нексиумом. Коли Нексиум комбінують з діазепамом, ціталопрямом, іміпраміном, клопіраміном та фенітоїном, плазменні концентрації цих препаратів можуть збільшитися і, тому, необхідно зменшити їх дози. Одночасне призначення езомепразолу може призвести до зменшення кліренсу діазепаму. Одночасне призначення езомепразолу може збільшити плазменні концентрації фенітоїну у хворих на епілепсію. Слід визначити плазменні концентрації фенітоїну на початку лікування езомепразолом та після його завершення. При одночасному застосуванні езомепразолу та цизаприду значущого збільшення *S_{max}* цизаприду не відмічалось. Перед призначенням ознайомтеся з повною інструкцією для медичного застосування.

Умови відпуску. За рецептом.

Упаковка. 14 таблеток у картонній коробці.

Ресстраційне посвідчення: UA/2534/01/01; UA/2534/01/02.

Текст складено відповідно до Інструкції для медичного застосування, затвердженої МОЗ України 11.03.2009 р.

Текст підготовлений: березень 2009 року.

За повною інформацією звертайтесь до

Представництва компанії АстраЗенека в Україні:

04080 м. Київ, вул. В.Хвойки 15/15; тел 391 52 82.

Nexium – торгова марка, власність компанії АстраЗенека

© AstraZeneca 2006-2009

PNEX0202UA102009

Патологія верхніх відделів траварительного тракта часто супроводжує храп і синдром обструктивного апноє сна

В останнє время появляется все больше данных о взаимосвязи синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Исследователи из Литвы провели эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) 42 взрослым с СОАС и в качестве контроля – 13 пациентам с ночным храпом, не сопровождающимся апноэ. У пациентов с СОАС наблюдалось не менее 5 эпизодов апноэ/гипопноэ за ночь.

По данным ЭГДС патологические изменения верхних отделов пищеварительного тракта были обнаружены у большинства обследованных обеих групп: у 83,3% пациентов с СОАС и у 84,6% лиц с храпом, причем две и более патологии отмечались у 59,5 и 76,9% пациентов соответственно.

Наиболее частой находкой была грыжа пищеводного отверстия (у 64,4% пациентов с СОАС), за которой следовал эрозивный эзофагит типа А (45,2%). Также были диагностированы гистологический эзофагит и эрозивный гастрит (по 21,4%), дуоденальная язва (7,1%) и билиарный рефлюкс (4,8%). Примерно такое же распределение этих патологий наблюдалось и у храпящих пациентов контрольной группы. Тяжесть СОАС не коррелировала с общей частотой поражений пищеварительного тракта, за исключением эрозивного гастрита.

В свете полученных данных авторы считают, что всем пациентам с СОАС необходима консультация гастроэнтеролога независимо от тяжести этого заболевания.

Siupsinskiene N. et al.

American Academy of Otolaryngology – Head & Neck Surgery Foundation Annual Meeting, 2009

Витамин С может способствовать эрадикации *H. pylori*

Основанием для проведения этого исследования послужили полученные ранее экспериментальные данные о том, что витамин С замедляет рост *H. pylori* при инкубации *in vitro*.

Zojaji и соавт. изучали влияние добавления 500 мг аскорбиновой кислоты к антихеликобактерной квадротерапии (метронидазол, амоксициллин, висмут и омепразол) на частоту достижения эрадикации у 312 пациентов с диспепсическими симптомами и гастритом.

Эрадикация *H. pylori* происходила значительно чаще в группе квадротерапии + витамин С по сравнению со стандартным лечением: 83 vs 56,4% и 78 vs 48,8% при использовании разных статистических методов.

Побочные эффекты наблюдались с одинаковой частотой в обеих группах и включали тошноту, послабление стула и головную боль.

Авторы уже запланировали проведение более крупного проспективного исследования, в котором собираются подтвердить благоприятное действие витамина С у пациентов, получающих антихеликобактерную терапию.

Zojaji et al.

Digestive and Liver Disease 2009; 41: 644-647

Долгосрочная терапия ингибиторами протонной помпы является безопасной

Результаты самого крупного и продолжительного исследования гастроинтестинальной патологии при пищевом Барретта еще раз подтвердили, что долгосрочная терапия ингибиторами протонной помпы (ИПП) не увеличивает риск рака пищевода.

Британские исследователи провели детальный серологический и гистологический анализ гастрита и его рецепторов CCK2 у 90 пациентов с пищеводом Барретта, которых рандомизировали для получения высокой (80 мг/сут) или низкой дозы эзомепразола (20 мг/сут) на протяжении 2-летнего периода.

В онлайн-публикации в журнале *Gut* авторы отмечают, что по данным эндоскопических биопсий содержание гастрита и его рецепторов наиболее высокое в желудке, несколько ниже – в ткани пищевода Барретта и еще ниже – в нормальном плоском эпителии пищевода.

Изменение длины сегмента пищевода Барретта в течение наблюдения было одинаковым при лечении высокой и низкой дозой эзомепразола. Долгосрочная терапия ИПП не была связана с увеличением уровня гастрина в сыворотке.

Исследование *in vitro* показало, что гастрин способствует восстановлению эпителия в участках пищевода Барретта, но не в нормальной слизистой. Изменение типа ткани индуцировалось 1 нг/мл гастрина, а пролиферация требовала 100 нг/мл. Оба этих эффекта нивелировались при добавлении антагонистов гастрина.

Таким образом, несмотря на то что, по данным предыдущих исследований, краткосрочная ИПП-терапия и/или гипергастринемия могут увеличивать пролиферацию и индуцировать экспрессию ЦОГ-2 в чувствительных клетках пищевода, в настоящем исследовании была убедительно доказана безопасность долгосрочного лечения ИПП, по крайней мере, для эзомепразола.

Jankowski J. et al.

Gut 2009

Результаты исследования COGENT: оправдательный приговор для ИПП

В последнее время в медицинской литературе часто поднимался вопрос о потенциальном снижении антитромбоцитарной эффективности клопидогреля при его одновременном назначении

с ИПП. Основанием для этого послужили данные обсервационных исследований и экспериментальное наблюдение увеличения агрегации тромбоцитов, инкубированных с клопидогрелем, при добавлении ИПП. Однако результаты единственного на сегодня исследования, в котором сравнивали омепразол с плацебо у пациентов, получающих клопидогрель, в очередной раз продемонстрировали, что наблюдения *ex vivo* могут не соответствовать клиническим исходам.

Исследование COGENT было прекращено досрочно после того, как его спонсор – американская компания Cogentus Pharmaceuticals – объявила о своем банкротстве. Это исследование III фазы было спланировано с целью изучения комбинированного препарата CGT-2168 у пациентов, нуждающихся в лечении клопидогрелем на протяжении не менее 12 мес (с инфарктом миокарда с элевацией и без элевации сегмента ST; с имплантированными стентами). CGT-2168 должен был стать фиксированной комбинацией клопидогреля 75 мг и омепразола 20 мг, принимаемой 1 раз в день.

Исследование приостановили после включения 3627 пациентов из планируемых 5 тыс. Средний период наблюдения составил 133 дня (максимально 362 дня), на протяжении которого было зафиксировано 136 кардиоваскулярных и 105 гастроинтестинальных событий.

Статистический анализ этих данных, проведенный американскими учеными, убедительно показал отсутствие увеличения кардиоваскулярного риска и в то же время значительное снижение риска гастроинтестинальных побочных эффектов у пациентов, получавших омепразол (табл.).

Конечная точка	Плацебо, n	ИПП, n	p
Все кардиоваскулярные события	67	69	н/д
Инфаркт миокарда	37	36	н/д
Реваскуляризация	67	69	н/д
Гастроинтестинальные события	67	38	0,007

Примечание: н/д – различие недостоверно.

«Результаты исследования COGENT можно экстраполировать на другие ИПП и антитромбоцитарные препараты, – отметил ведущий автор анализа, доктор Дипак Бат. – В то время как кардиологи все еще обсуждают безопасность ИПП, у гастроэнтерологов на этот счет нет сомнений. 100% гастроэнтерологов, с которыми мне доводилось общаться, считают, что ИПП следует назначать всем пациентам, получающим антитромбоцитарную терапию».

COGENT: No CV events but significant GI benefits of PPI omeprazole
www.theheart.org/article/1007145.do

Растворимая клетчатка облегчает симптомы синдрома раздраженного кишечника

Практически все пациенты с синдромом раздраженного кишечника (СРК) получают рекомендацию относительно диеты. При этом большинство терапевтов советуют увеличить содержание в рационе пищевых волокон (клетчатки) путем дополнительного приема нерастворимой клетчатки в виде отрубей. Кроме того, примерно половина пациентов с СРК получают лекарственные препараты, как правило, содержащие в своем составе подорожник.

Целью исследования, проведенного нидерландскими учеными, было изучить эффективность увеличения содержания в рационе растворимой (подорожник) и нерастворимой клетчатки (отруби) у пациентов с СРК.

275 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет с СРК на протяжении 12 нед ежедневно получали 10 г подорожника (n=85), 10 г отрубей (n=97) или плацебо (рисовую муку; n=93). Главным показателем эффективности было облегчение симптомов на протяжении, по крайней мере, 2 нед по сравнению с прошлым месяцем. Для оценки ближайших и отдаленных результатов этот показатель оценивали после 1, 2 и 3 мес лечения. Дополнительными маркерами эффективности была общая тяжесть симптомов СРК, выраженность абдоминальной боли и качество жизни пациентов.

По сравнению с группой плацебо в группе подорожника было достоверно больше пациентов, ответивших на лечение уже в течение 1-го (57 vs 35%; ОР 1,60) и 2-го месяца терапии (59 vs 41%; ОР 1,44). Отруби превосходили плацебо только на протяжении 3-го месяца (57 vs 32%; ОР 1,70), однако это различие не достигло статистической значимости.

Тяжесть симптомов в группе подорожника уменьшилась на 90 баллов после 3 мес лечения по сравнению с 49 баллами в группе плацебо (p=0,03) и 58 баллами в группе отрубей (p=0,61 по сравнению с плацебо). Качество жизни пациентов было одинаковым во всех трех группах. Полностью исследование завершили 64, 56 и 60% пациентов, получавших подорожник, отруби и плацебо соответственно. Основной причиной раннего выхода из исследования пациентов группы отрубей было усугубление симптомов СРК.

Таким образом, растворимая клетчатка, содержащаяся в подорожнике, является рациональным средством лечения СРК. Авторы считают, что наиболее высокую эффективность этого растения можно ожидать у пациентов с синдромом раздраженного кишечника, соответствующего Римским критериям II.

Bijkerk C. et al.

British Medical Journal 2009; 339: Abstract b3154

Подготовил **Алексей Гладкий**