

Прием низкодозированного аспирина не влияет на заживление пептической язвы

Пептические язвы относятся к распространенным побочным эффектам длительного приема аспирина и других НПВП, однако до сих пор оставалось неясным, можно ли продолжать данную терапию пациентам с недавно возникшими язвами и после их заживления. Тайваньские ученые Liu Chun-Peng и соавт. провели клиническое исследование, результаты которого показали, что у пациентов с аспириноиндуцированной пептической язвой после приема эзомепразола заживление язвы не зависело от того, продолжают ли больные принимать аспирин. С января 2008 по июль 2011 года 178 пациентов с аспириноиндуцированной язвой рандомизировали на группы приема эзомепразола 40 мг/сут (n=89) либо эзомепразола в этой же дозе + аспирин 100 мг/сут (n=89) в течение 8 нед. Больным, инфицированным *H. pylori* (n=77), также проводилась стандартная тройная терапия. При необходимости (в связи с ревматоидным артритом или хроническим обструктивным заболеванием легких) пациентам также назначали кортикостероиды. Через 8 нед лечения участникам проводилось эндоскопическое исследование, при этом главной конечной точкой было заживление пептической язвы. При оценке результатов оказалось, что частота излечения язвы в группе пациентов, получавших только эзомепразол, составила 82,5% случаев (95% ДИ, 74,2-90,8%), а в группе больных, продолживших принимать аспирин, – 81,5% случаев (95% ДИ, 73,0-90,0%); различий в скорости заживления язвы при прекращении или продолжении приема аспирина выявлено не было. Результаты многофакторного анализа показали, что единственным фактором, отрицательно влиявшим на заживление язвы, был прием стероидов (ОР 5,6; 95% ДИ, 1,1-27,7%). Один из авторов исследования, доктор Ping-I Hsu из Каошиньского госпиталя ветеранов (Тайвань), в качестве заключения отметил, что назначение ингибиторов протонной помпы (ИПП) и продолжение приема низкодозированного аспирина при наличии показаний является оптимальной стратегией лечения аспириноиндуцированных пептических язв. Вместе с тем ученые отмечают, что хотя результаты исследования являются информативными, доверительный интервал (ДИ) в анализе был достаточно широким. Это может означать, что в группе аспирина скорость излечения язвы могла быть более чем на 11% меньшей, чем в группе пациентов, не получавших этого препарата. Тем не менее доктор Hsu сообщил, что дальнейшее использование аспирина в течение приема ИПП у пациентов с аспириноиндуцированной язвой не оказывает заметного влияния на частоту заживления язвы, поэтому пациентам, которым необходимо получать низкодозированный аспирин по показаниям, не нужно отменять это лечение на время заживления язвы.

The American Journal of Gastroenterology (17 April 2012)

Антиоксидантная терапия не облегчает болевого синдрома у пациентов с хроническим панкреатитом: данные исследования ANTICIPATE

A.K. Siriwardena и соавт. провели двойное слепое плацебо контролируемое исследование, в котором оценивали эффективность антиоксидантной терапии в уменьшении болевого синдрома и улучшении качества жизни у больных хроническим панкреатитом (n=70). Больные в течение 6 мес получали антиоксиданты либо плацебо. Первичный анализ был базовым и оценивал снижение интенсивности болевого синдрома по 11-балльной числовой шкале через 6 мес лечения. Вторичный анализ включал клинические показатели и данные, записанные в дневники боли, а также оценку качества жизни по различным шкалам (EORTC-QLQ-C30, QLQ-PAN28, EuroQOL EQ-5D и EQ-VAS), уровень антиоксидантов в плазме, потребность в опиатах, а также побочные эффекты. Выявилось, что через 6 мес терапии интенсивность боли уменьшилась в группе плацебо в среднем на 1,97 балла по сравнению с исходной и на 2,33 балла в группе приема антиоксидантов, при этом разница между группами была недостоверной (p=0,509). Среднесуточные показатели боли, по данным дневников, были сопоставимы (3,05 балла для плацебо и 2,93 – для группы антиоксидантов, 95% ДИ, 1,05-0,82; p=0,808). Также между группами не выявлено достоверных различий при оценке качества жизни и потребности в опиатах, хотя у пациентов, получавших антиоксидантную терапию, отмечено существенное повышение уровня антиоксидантов в крови (витаминов С и Е, β-каротина, а также селена). Полученные данные ставят под сомнение гипотезу о положительном влиянии антиоксидантов на общее самочувствие больных хроническим панкреатитом, однако есть мнение, что существенное повышение их уровня в плазме может сопровождаться изменением течения заболевания, что, возможно, будет оцениваться в дальнейших исследованиях.

Gastroenterology. 2012 Jun 5 (публикуется онлайн до выхода в печать)

Сахарный диабет 2 типа ассоциируется с развитием колоректального рака в молодом возрасте

У лиц 40-49 лет с сахарным диабетом (СД) 2 типа может отмечаться такой же риск колоректального рака (КРР), как и у более пожилых пациентов (50-59 лет), в связи с чем оправданным является ранний скрининг КРР путем проведения колоноскопии всем больным с СД 2 типа. Эти рекомендации основаны на данных клинического исследования, проведенного доктором Hongha T. Vu и соавт. из Вашингтонского университета (США). Ученые провели ретроспективное когортное исследование с участием больных, которым в течение 6 лет выполнялась колоноскопия, и сравнили данные 3 когорт: лиц от 40 до 49 лет с СД 2 типа, лиц от 40 до 49 лет без СД и лиц от 50 до 59 лет без СД. Были проанализированы данные 3749 пациентов, подвергшихся колоноскопии с 2005 по 2011 год по поводу ректального кровотечения или болей в животе. Из них у 125 участников отмечалось наличие СД на момент проведения эндоскопии. Частота выявления рака составила 14,4% случаев у лиц без СД в возрасте 40-49 лет, 30,4% – у пациентов этой же возрастной категории с СД и 32,0% – у лиц в возрасте 50-59 лет без указанной эндокринной патологии (p=0,02 во всех случаях). Риск развития КРР у пациентов с СД 2 типа молодого возраста оставался статистически значимым даже после поправки на пол, возраст, расу, наличие артериальной гипертензии, гиперлипидемии и/или ожирения, употребление табака и алкоголя.

Авторы объясняют, что, несмотря на наличие множества исследований, в которых выявлена ассоциация между СД и развитием полипов и КРР, они впервые продемонстрировали такую закономерность у лиц относительно молодого возраста. Однако в существующих руководствах по скринингу КРР до сих пор нет указаний на необходимость раннего его проведения у пациентов данной популяции, а также регулярного выполнения колоноскопии, являющейся золотым стандартом диагностики заболеваний толстого кишечника, и альтернативных методов выявления рака (гибкой сигмоидоскопии или фекальных тестов на выявление скрытой крови), проведение которых по-прежнему предлагается лишь лицам старше 50 лет. Доктор Vu отметил, что полученные результаты могут иметь серьезные последствия для общественного здравоохранения, учитывая существенный рост заболеваемости СД 2 типа. Существующие руководства по скринингу КРР, возможно, должны быть модифицированы с учетом необходимости проведения такого скрининга пациентам с СД моложе 50 лет. Вместе с тем доктор John Petrinì из клиники г. Санта-Барбара (штат Калифорния, США), экс-президент Американского общества гастроинтестинальной эндоскопии, отметил, что несмотря на ценность представленных результатов вопрос о внесении изменений в существующие руководства по скринингу является преждевременным, и акцентировал внимание на необходимости дальнейших испытаний. Он также добавил, что внимание специалистов в большей степени уделяется тому, что сегодня уровень выявления КРР в целом выше, чем при создании руководств по скринингу, поэтому рано или поздно они все же будут пересмотрены.

Digestive Disease Week (DDW) 2012. Abstract Tu1185

Статины не представляют риска для больных циррозом

Согласно данным исследования, представленного доктором Sonal Kumar и соавт. (США), терапия статинами не только является безопасной для пациентов с циррозом, но и потенциально может иметь дополнительные преимущества. Авторы выявили, что прием статинов ассоциировался с меньшей скоростью прогрессирования заболевания и более низкой смертностью у пациентов с циррозом, что полностью противоречит ранее существовавшему представлению о возможном риске при приеме статинов у больных данной когорты. Для пациентов с циррозом характерно значительное снижение печеночной функции, что существенно повышает риск осложнений, а статины, обладающие способностью благоприятно воздействовать на артериальное давление, могут оказывать протекторное влияние в отношении печени. Исследование доктора Kumar и соавт. было направлено на изучение влияния статинов на риск развития печеночной недостаточности у 82 больных с подтвержденными данными биопсии циррозом печени, которые принимали статины в целях лечения дислипидемии, по крайней мере, в течение 3 мес. Данные пациентов этой группы сравнивались с таковыми контрольной группы (n=162), включавшей больных циррозом печени, не принимавших статины. Средняя продолжительность приема статинов составила 25 мес, медиана наблюдения – 36 мес для группы применения статинов и 30 мес для контрольной группы. Главными конечными точками были развитие печеночной недостаточности (определяемой как возникновение асцита, желтухи, печеночной энцефалопатии или варикозного кровотечения) и время до декомпенсации. По результатам многофакторного анализа использование статинов было связано со снижением риска печеночной недостаточности на 56% (95% ДИ, 0,27-0,71). В контрольной группе у половины больных декомпенсация наступала в среднем через 2,3 года, а в группе статинов медиана времени до декомпенсации не была достигнута. По шкале Чайлда-Пью медиана времени до декомпенсации в группе контроля составила 8,1 года и не была достигнута у больных, принимавших статины. В дополнение к вышесказанному в группе приема статинов отмечено существенное снижение уровня общей смертности по сравнению с пациентами контрольной группы (37,0 против 50,6%; p=0,043). В многофакторном анализе прием статинов достоверно ассоциировался со снижением смертности на 51% (95% ДИ, 0,29-0,81). Трансплантация печени потребовалась 29 пациентам из группы контроля и лишь двоим больным, принимавшим статины. Не было отмечено достоверного различия между группами в причинах смерти (следует отметить, что более чем в трети случаев причину установить не удалось).

Несмотря на оптимистичные результаты в отношении применения статинов, доктор Kumar подтверждает, что исследование имеет много ограничений. Так, это был ретроспективный анализ в гетерогенной популяции с различной продолжительностью терапии статинами. У исследователей не было возможности оценить приверженность больных к лечению и сделать поправку на множество потенциально значимых факторов, таких как ожирение, прием аспирина или других НПВП, а также употребление алкоголя. Доктор Bruce Sands, профессор медицинского центра Mount Sinai г. Нью-Йорка (США), модерировавший обсуждение результатов исследования, отметил, что для подтверждения потенциальных преимуществ применения статинов у пациентов с циррозом требуется проведение проспективных испытаний. Вместе с тем безопасность статинов у таких пациентов считается подтвержденной. Собственные наблюдения доктора медицинских наук, вице-президента по исследованиям и председателя медицины в системе здравоохранения Inova в г. Фоллс-Черч (штат Вирджиния, США) Zobair Younossi показали, что уровень смертности, связанной с заболеванием, у пациентов с/без применения статинов были сопоставимы. «Статины являются безопасными, не следует опасаться возможной гепатотоксичности, – добавил доктор Kumar. – Эта информация должна учитываться врачами, многие из которых отказываются от назначения статинов пациентам с патологией печени, что ухудшает течение сердечно-сосудистых заболеваний».

Digestive Disease Week (DDW) 2012: Abstract 595

Подготовила Татьяна Сприньян