

Назначение статинов снижает риск острой почечной недостаточности после крупных оперативных вмешательств

Результаты исследования, проведенного под руководством доктора Amber O. Molnar из исследовательского центра в г. Оттава (Канада), показали, что использование статинов может существенно сократить количество почечных осложнений у больных в послеоперационном периоде. Ежегодно в мире проводят более 230 млн плановых хирургических вмешательств, при этом во многих случаях у пациентов развиваются осложнения со стороны почек в связи с нарушением кровоснабжения или воспалительным процессом. Ранее проведенные экспериментальные испытания позволили предположить, что прием статинов оказывает нефропротекторное воздействие, однако эффективность их назначения пациентам с этой целью оставалась сомнительной. Авторы нового исследования провели ретроспективный анализ данных пожилых лиц, которые подвергались плановому хирургическому вмешательству в г. Онтарио с 1995 по 2008 г. Операции были проведены на сосудах, сердце, грудной и брюшной полости, а также ретроперитонеальные. Всего были проанализированы данные 213 347 пациентов (из 211 центров), у 4020 из которых в течение 2 нед после вмешательства возникли осложнения со стороны почек. Диализ потребовался 1173 больным (0,5%), а 5974 пациента умерли в течение 1 мес после проведенного вмешательства. До операции 32% пациентов принимали статины. Риск развития осложнений со стороны почек у таких больных был на 20% ниже, чем у остальных.

Кроме того, ученые обнаружили выраженный дозозависимый эффект статинов в отношении предотвращения риска повреждения почек, однако длительность приема препаратов не влияла на снижение риска развития почечной недостаточности: показатели в случае начала их приема за 30 и 90 дней до вмешательства оказались сопоставимыми.

Journal of the American Society Nephrology, 2011.

FDA одобрило эверолимус для лечения редкого вида рака поджелудочной железы

После длительного обсуждения FDA (Управление по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных препаратов США) одобрило эверолимус (пероральный препарат, ингибирующий белок mTOR) для лечения пациентов с прогрессирующими нейроэндокринными опухолями поджелудочной железы. За последние 30 лет не было создано ни одного нового препарата для лечения данной патологии. Рекомендации FDA основаны на оценке результатов исследования J.C. Yao и соавт. (2011), которые подтвердили, что средняя выживаемость без прогрессирования в группе приема эверолимуса составила 11,0 мес, а в группе плацебо – 4,6 мес (ОР прогрессирования опухоли или смерти от любой причины 0,35; 95% ДИ 0,27-0,45; $p < 0,001$). Ожидаемое количество пациентов, избежавших прогрессирования опухоли и смертельного исхода к 18-му месяцу лечения, в группе приема эверолимуса составило 34% (95% ДИ 0,26-0,43), тогда как в группе плацебо – 9% (95% ДИ 0,04-0,16). Препарат показал себя как малотоксичный, частота побочных эффектов по сравнению с плацебо составила: стоматит – 64 против 17%, сыпь – 49 и 10%, диарея – 34 и 10%, общая слабость – 31 и 14%, инфекционные заболевания – 23 и 6%, выраженная анемия – 6 и 0%, гипергликемия – 5 и 2% соответственно.

«То, что FDA расширило показания к назначению эверолимуса, является важным шагом в лечении пациентов с прогрессирующими нейроэндокринными опухолями поджелудочной железы, – отмечает ведущий исследователь проекта, профессор медицины Центра рака при Техасском университете (г. Хьюстон, США) James Yao. – У больных появилось больше шансов выжить, а также существенно снизился риск прогрессирования опухоли, о чем раньше мы могли только мечтать». В США ежегодно выявляют около 1 тыс. новых случаев указанной патологии, которую до недавнего времени не удавалось эффективно лечить ни с помощью медикаментозной терапии, ни хирургическим путем.

Эверолимус может быть использован для лечения этой редкой медленно прогрессирующей формы рака поджелудочной железы у неоперабельных больных или при наличии метастазов. «У пациентов с данным видом рака возможности эффективного лечения ограничены, – отмечает директор Центра по оценке и исследованию препаратов FDA, доктор Richard Pazdur. – Эверолимус продемонстрировал свойства уменьшать скорость прогрессирования нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы». Эверолимус ранее был рекомендован для лечения больных прогрессирующей почечной карциномой, у которых не удалось достичь улучшения при лечении сунитинибом или сорафенибмом. Эверолимус также подтвердил эффективность у пациентов с гигантоклеточной астроцитомой, которую нельзя удалить хирургически; применяется в целях предотвращения отторжения органа у пациентов, перенесших трансплантацию почки.

Данные официального сайта FDA.

Принадлежность к мужскому полу, наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и инфицирование *H. pylori* ассоциированы с повышенным риском асимптомного эрозивного эзофагита

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) является наиболее частым диагнозом, который устанавливается у пациентов с гастроэнтерологическими жалобами. Данные эпидемиологических исследований показывают, что симптомы рефлюкса выявляют у 20-40% европейцев и 5-17% жителей азиатского региона, при этом отмечается неуклонный рост заболеваемости ГЭРБ. Вместе с тем асимптомный эрозивный эзофагит (АЭЭ) является одной из наименее изученных и диагностируемых форм заболевания, которое при этом сопряжено с высоким риском тяжелых осложнений, таких как кровотечения, стенозы и даже эзофагеальная аденокарцинома.

В исследовании, проведенное под руководством доктора Pin-Chao Wang (2012), были включены 594 пациента без симптомов заболевания, которые прошли скрининг по поводу ГЭРБ в клиническом центре Buddhist Tzu Chi General Hospital (Тайвань). Наличие и тяжесть эрозивной ГЭРБ у больных в ходе испытания оценивали согласно Лос-Анджелесским критериям. Также у пациентов с помощью экспресс-тестов выявляли персистенцию *H. pylori*. При оценке результатов было выявлено, что у 14,5% лиц с отсутствием симптомов ГЭРБ диагностирована эрозивная форма заболевания (по данным эндоскопического

исследования). После поправки на индивидуальные особенности оказалось, что у лиц, принадлежащих к мужскому полу (ОР 2,32; 95% ДИ 1,35-3,98), с наличием грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ОР 4,48; 95% ДИ 2,35-89,17), а также с позитивным ответом на тест на *H. pylori* (ОР: 0,57; 95% ДИ: 0,34-0,95) риск развития АЭЭ повышен по сравнению с таковым у здоровых пациентов.

Авторы отмечают, что данная патология является достаточно распространенной, она может быть выявлена у 14,5% лиц из группы риска без наличия симптомов ГЭРБ. Данные исследования подтверждают целесообразность выявления АЭЭ у бессимптомных пациентов группы риска и взаимосвязь инфицирования *H. pylori*, симптомов рефлюкса и эрозивного эзофагита.

J Gastroenterol Hepatol. 2012; 27 (3): 586-591.

Развитие ГЭРБ у пациентов, получающих лечение: данные 5-летнего наблюдения

До сих пор оставалось неясным, как прогрессирует ГЭРБ у больных, получающих терапию согласно действующим рекомендациям. P. Malfertheiner и соавт. опубликовали результаты исследования ProGERD, целью которого было изучить прогрессирование неэрозивной и эрозивной ГЭРБ у пациентов без подтвержденного диагноза пищевода Барретта. В исследование включили лиц с наличием первичной изжоги, у которых впоследствии были диагностированы эрозивная или неэрозивная ГЭРБ согласно Лос-Анджелесским критериям. Спустя 2-4 нед лечения эзомепразолом у больных неэрозивной формой патологии удалось достичь клинического улучшения, а у пациентов с эрозивной ГЭРБ – эндоскопически подтвержденного излечения. После 5 лет наблюдения ученые оценили риск развития пищевода Барретта у больных обеих групп. Всего в исследование включили 6215 пациентов, из которых у 2721 через 5 лет наблюдения удалось отследить прогрессирование, регресс или стабильное течение патологии. Выявлено, что заболевание прогрессировало до более тяжелой стадии (вплоть до пищевода Барретта) лишь у незначительного количества больных (как с эрозивной, так и с неэрозивной ГЭРБ). У большинства лиц, включенных в испытание, ГЭРБ оставалась стабильной или было отмечено улучшение состояния.

Alimentary Pharmacology & Therapeutics. 2012; 35 (1): 154-164.

Предикторы неэффективности ингибиторов протонной помпы у больных ГЭРБ

Почти у 30% пациентов с ГЭРБ не удается достичь контроля симптомов с помощью ингибиторов протонной помпы (ИПП), которые считаются препаратами первого выбора при этой патологии. Целью исследования, проведенного Frank Zerbib и соавт. (2012), было выявить предикторы неэффективности терапии ИПП. В группу наблюдения были включены лица с типичными симптомами ГЭРБ (изжогой и/или регургитацией), у которых в течение 24 ч осуществляли мониторинг уровня pH после приема терапии. Пациентов считали ответившими на лечение, если у них отмечалось менее двух нетяжелых приступов ГЭРБ в неделю на фоне приема стандартной или двойной ИПП-терапии в течение 4 нед. В многофакторном анализе учитывали как клинические, так и индивидуальные параметры. В исследовании приняли участие 100 больных ГЭРБ (средний возраст 50 лет, 42 мужчины), из которых 43 ответили на терапию и 57 не ответили. Факторами, которые в наибольшей степени ассоциируются с отсутствием ответа на лечение, стали отсутствие подтвержденного эзофагита ($p=0,05$), индекс массы тела ≥ 25 кг/м² ($p=0,002$), наличие функциональной диспепсии ($p=0,001$), а также синдром раздраженного кишечника ($p=0,012$). Отсутствие рефлюкса среди симптомов ГЭРБ ассоциировалось с хорошим ответом на лечение ИПП.

Указанные данные помогут специалистам при выборе оптимальной терапии в целях оптимизации лекарственной нагрузки, а также в уменьшении затрат на лечение ГЭРБ, считают авторы.

Gut. 2012; 61(4): 501-506.

Лапароскопическая гастрэктомия: частота неудач при лечении ГЭРБ может быть снижена путем усовершенствования хирургической техники

Бариатрическое хирургическое вмешательство является наиболее эффективным методом терапии ГЭРБ у пациентов с ожирением, при этом большинство хирургов длительное время предпочитали применять технику гастрального доступа Roux-en-Y. Опубликованные ранее данные о возможностях проведения лапароскопической гастрэктомии содержали противоречивую информацию. Так, в предыдущих обзорах, посвященных эффективности данного вмешательства, отмечалось, что наличие сужения дистального отдела, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы или расширения дна желудка предрасполагает к дальнейшему прогрессированию ГЭРБ в послеоперационном периоде.

В новом систематическом обзоре, проведенном J. Daes и соавт. (Колумбия), оценивался риск персистенции симптомов ГЭРБ после лапароскопического вмешательства. Когортное исследование включило 234 пациента, перенесших бариатрическое лапароскопическое вмешательство и находившихся под наблюдением. В исследуемой группе не отмечено смертельных исходов, развития фистул или потребности в проведении операции открытым доступом. За 134 пациентами удалось провести наблюдение в течение 6-12 мес после выполнения операции. В течение года у 73,5% из них было отмечено существенное снижение массы тела, у 49,2% больных диагностирована дооперационная ГЭРБ, у 25,3% пациентов интраоперационно обнаружена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Через 6-12 мес наблюдения симптомы ГЭРБ выявлены лишь у 1,5% больных.

Авторы исследования пришли к заключению, что корректное осуществление лапароскопического бариатрического вмешательства, а также тщательная интраоперационная диагностика позволяют существенно уменьшить количество неудач при лечении ГЭРБ.

Obes Surg. 2012 Aug 23

Подготовила Татьяна Спринся