ZU_2013_15-16.qxd 03.09.2013 12:54 Page 27

Н.Г. Губергриц

Уважаемые коллеги!

Вы могли заметить, что я не приняла участие в публикации по телемосту с профессором J.E. Dominguez-Munoz, хотя на самом деле я присутствовала на этом мероприятии. Однако оно принесло мне только отрицательные эмоции, поэтому я решила не участвовать в публикации. Хочу подчеркнуть, что лекция, по моему мнению, была очень интересной и информативной для врачей. Как я поняла, не все из того, что было сказано мною и профессором J.E. Dominguez-Munoz, было правильно понято моими коллегами из-за недостаточно качественного перевода. В связи с этим я решила опубликовать мое приветствие, вопросы, которые прозвучали во время телемоста, и ответы на них. Хочу также объяснить, почему я говорила по-английски. Прежде всего, это было оговорено заранее с организаторами мероприятия. Почему об этом не были информированы мои коллеги-профессора, я не знаю. Можно только думать о недостатках организации. Но главное – это то, что я достаточно много общаюсь с профессором J.E. Dominguez-Munoz, и это происходит, естественно, на английском языке. Например, я достаточно тесно общаюсь с ним на встречах группы европейских экспертов (в состав которой я избрана), занимающейся созданием единых европейских унифицированных рекомендаций по диагностике и лечению хронического панкреатита. Для него было бы очень странно, если бы я обращалась к нему на русском языке, так как он прекрасно знает, что я могу общаться на понятном для него языке. По-моему, говорить с ним по-русски с моей стороны было бы просто невежливо. Что касается русскоязычной аудитории, то я рассчитывала на адекватный перевод в Харькове. А в Черновцах, где я находилась, врачи не захотели, чтобы я им переводила на русский язык (это предполагалось организаторами), так как они все прекрасно понимали по-английски. Мне не хотелось бы, чтобы у врачей Украины создалось впечатление о моем неуважении к ним. Кроме того, я думала о предстоящей встрече Европейского Клуба панкреатологов в Киеве. Мне хотелось продемонстрировать важному гостю, что в Украине нет особых проблем с английским языком.

Перед лекцией

Уважаемый профессор! Уважаемые коллеги!

Для меня большое удовольствие приветствовать Вас от имени Украинского Клуба панкреатологов. Мы с Вами уже знакомы, мы познакомились в Праге на встрече Европейского Клуба панкреатологов, но я напомню, что я – профессор Наталья Губергриц – Президент Украинского Клуба панкреатологов. Я сейчас нахожусь в Черновцах. Это Западная Украина. Здесь проводится встреча Украинского Клуба панкреатологов, и в ней участвуют врачи не только из Украины, но из России и Молдовы. Вообще-то офис нашего Клуба находится в Донецке, куда я Вас приглашала. Тем не менее я все еще надеюсь, что Вы приедете в Донецк. Мы очень хорошо знакомы с Вашими работами, и прослушать Вашу лекцию будет очень интересно для нас.

После лекции

Спасибо за интересную лекцию. Разрешите задать несколько вопросов.

1. Я знаю, что в Вашей клинике с целью ранней диагностики хронического панкреатита и панкреатической недостаточности Вы проводите канюляцию фатерова соска для получения чистого секрета поджелудочной железы с последующим его исследованием. Эта процедура проводится под общим наркозом. Насколько целесообразно применять такие сложные диагностические методы? Даже в случае раннего диагноза даст ли это возможность остановить прогрессирование хронического панкреатита?

Ответ профессора J.E. Dominguez-Munoz. Прежде всего я хочу отметить, что такое исследование проводится в рамках нашей научной программы. В некоторых случаях, когда мы подозреваем хронический панкреатит, все-таки необходимо получить чистый секрет поджелудочной железы. Мы знаем, что у 23% больных с диспепсией и болью есть хронический панкреатит. Чтобы поставить этот диагноз, мы проводим эндоскопическую сонографию, которая является самым чувствительным методом для диагностики хронического панкреатита. Но если мы получаем только 3-4 эндосонографических критерия заболевания, то этого недостаточно для установления диагноза. Тогда мы получаем чистый панкреатический секрет и определяем в нем содержание бикарбонатов и ферментов. Мы пытаемся комбинировать морфологические и функциональные данные. Кроме того, мы оцениваем морфологические изменения поджелудочной железы в динамике. Но я не советую проводить это исследование в клинической практике: это слишком сложно, и это нужно проводить только в рамках научно-исследовательских программ.

2. Рекомендации Испанского Клуба панкреатологов по диагностике и лечению хронического панкреатита включают положение о применении нестероидных противовоспалительных средств для купирования боли. Наши доктора опасаются назначать эти препараты из-за риска гастропатии. Действительно ли этот риск при применении данных препаратов высок? Если это так, то какие средства Вы рекомендуете для профилактики и лечения гастропатии?

Ответ профессора J.E. Dominguez-Munoz. В рекомендациях Испанского Клуба панкреатологов, которые были опубликованы в этом году, мы рекомендуем нестероидные противовоспалительные средства для уменьшения боли пациентам с острой болью, когда между приступами боли есть перерывы без симптомов. Речь не идет о длительном приеме этих препаратов. Одни больные не переносят нестероидные противовоспалительные средства, другие – метамизол. В зависимости от этого мы выбираем то или другое.

3. Позвольте мне напомнить вопрос, который Вы задавали по моему постерному докладу на встрече Европейского Клуба панкреатологов в Праге. По нашим данным, уровень магния в крови у больных хроническим панкреатитом снижен не был, но он был уменьшен в волосах. Вы тогда сказали, что, возможно, у наших больных не было панкреатической недостаточности. Я размышляла над Вашим комментарием. Я считаю, что содержание магния в крови было нормальным, так как больные получали Креон, и поэтому дефицит магния был компенсирован. Однако сниженное содержание магния в волосах может отражать ситуацию до назначения Креона. Волосы – одно из депо магния, и восполнение дефицита в этом депо происходит очень медленно. Возможно поэтому показатель магния в волосах может отражать ситуацию до лечения. Что Вы об этом думаете?

Ответ профессора J.E. Dominguez-Munoz. Мы всегда оцениваем уровень магния в крови перед лечением у пациентов с хроническим панкреатитом и панкреатической недостаточностью. Я не знаю, насколько важно определять содержание магния в волосах с практической точки зрения, потому что мы используем только самые простые нутритивные показатели. Я не знаю, как определять магний в волосах, у нас нет такого метода. Но с научной точки зрения Вы совершенно правы, возможно, стоит этим заняться.

Заключение

Большое спасибо за прекрасную лекцию и ответы на мои вопросы. Я бы хотела заранее пригласить Вас на встречу Европейского Клуба панкреатологов в Киеве в 2016 г. Я надеюсь, что Вы приедете не только в Киев, но и в Донецк. Я обещаю, что Вам у нас будет комфортно. Кроме того, я обеспечу интересную культурную программу. Увидимся в Цюрихе на встрече Европейского Клуба панкреатологов!

А теперь я хочу ответить на вопросы, которые поступили в мой адрес во время телемоста.

1. *Есть ли зависимость между количеством «съеденных» ^{13}C для диагностики и количеством ^{13}C в выдыхаемом воздухе?*

Да, такая зависимость есть. Но тест унифицирован, то есть для конкретной дозы ^{13}C есть его определенные нормы в выдыхаемом воздухе. Тест везде проводится с использованием одинаковой определенной дозы и оценивается по соответствующим нормам именно для этой дозы ^{13}C.

2. *Какова стоимость теста на человека с миксом триглицеридов ^{13}C?*

Стоимость теста для больного ориентировочно 800 грн.

3. *Что более информативно и доступно в диагностике внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы: эластаза-1, количество свободного жира в стуле или триглицеридный дыхательный тест?*

Самый информативный показатель – количество жира в кале за 72 ч. Но проводить это исследование очень сложно, а на практике нереально. Следующим по информативности является триглицеридный дыхательный тест. Жаль, что в Украине он применяется только в единичных центрах, что объясняется высокой стоимостью. И, наконец, наиболее доступным для клинической практики является фекальный эластазный тест (хотя, строго говоря, это тест для диагностики хронического панкреатита со сниженной продукцией панкреатических ферментов). Конечно, он имеет некоторые ограничения в информативности, но это несравненно лучше, чем копрограмма, которая в мире давным-давно не используется. Рекомендую еще обратить внимание на то, что различные тесты должны применяться для оценки различных звеньев пищеварения (рис. 13 – см. статью в этом же номере «Новости европейской панкреатологии»).

4. *Разрешены ли к применению в клинической практике в Испании препараты панкреатина (ферментные) в незащищенном состоянии (без энтеросолюбильной оболочки), минимикросферы? Если да, то какие?*

Вероятно, этот вопрос нужно было задать профессору J.E. Dominguez-Munoz, так как я не владею информацией о том, какие ферментные препараты зарегистрированы в Испании, но я точно знаю, что там зарегистрирован Креон. В клинике профессора J.E. Dominguez-Munoz проводят много исследований по лечению панкреатической недостаточности и больным назначают именно Креон. Это совсем неудивительно, так как этот препарат – «золотой стандарт» ферментной терапии, и это не просто слова. Что касается препаратов без энтеросолюбильной оболочки, то могу лишь сказать, что Управлением по контролю качества продуктов питания и лекарственных средств США (FDA) одобрено только одно средство из этой группы – Виоказе. Знаю также, что тот безоболочечный препарат, который зарегистрирован в СНГ и Латвии, в Западной Европе не применяется. Виоказе имеет очень высокую активность протеаз, поэтому у некоторых больных он может быть назначен для купирования панкреатической боли. Кроме того, прием Виоказе должен сопровождаться ингибитором протонной помпы во избежание инактивации ферментов в желудке. Тот безоболочечный препарат, который зарегистрирован в Украине, имеет очень низкую активность протеаз. Чтобы его использовать для купирования боли, больной должен принимать 15-20 таблеток в сутки и сопровождать этот прием высокой дозой ингибиторов протонной помпы. Работы, выполненные в России и Украине по данному препарату, не соответствуют уровню доказательной медицины.

5. *Какова роль фекальной эластазы-1 в диагностике внешнесекреторной функции поджелудочной железы? Что мы определяем, измеряя ее уровень в кале? Нужно ли это исследование и когда?*

Фекальный эластазный тест – единственный функциональный тест в панкреатологии, который действительно широко доступен на практике (выше я уже упоминала, что копрограмму всерьез принимать нельзя). Когда мы проводим этот тест, то определяем именно эластазу-1 в кале. Об этом исследовании я писала в статье-отчете по встрече в Цюрихе. Эластаза-1 – это протеолитический панкреатический фермент, причем производится он только поджелудочной железой, то есть является панкреатоспецифическим. Эластаза практически не подвергается деградации при пассаже по пищеварительному тракту, поэтому по содержанию эластазы в кале с высокой долей вероятности можно судить о внешнесекреторной функции поджелудочной железы в целом. Конечно, тест имеет некоторые недостатки. Главный из них – возможность ложноположительных результатов при диарее. Тем не менее тест применяется во всем мире. Исследование необходимо при подозрении на внешнесекреторную недостаточность поджелудочной железы независимо от ее причины. Нормальные результаты теста укажут не только на сохраненную функцию ацинарных клеток, но и на адекватную стимуляцию поджелудочной железы, а также на свободный отток ее секрета.

Продолжение на стр. 28.

PR-UA-KRE-55(03/13)

Наш сайт www.health-ua.com В среднем более 8000 посещений в день* • Архив «Медичної газети «Здоров'я України» с 2003 года *http://top.bigmir.net/report/58476

ZU_2013_15-16.qxd 03.09.2013 12:54 Page 28

Продолжение. Начало на стр. 27.

6. *В чем разница между таблетированными ферментами и минимикросферами?*

Разница огромная. Таблетированные препараты уже десятки лет не применяются в мире (за исключением Виоказе – см. выше). Из-за их размера они задерживаются в желудке и «отстают» от химуса, который эвакуируется из желудка раньше, то есть развивается асинхронизм пассажа химуса и действия препарата. Следовательно, таблетированные препараты почти теряют свою точку приложения – компоненты химуса. Отсюда низкий коэффициент полезного действия таблеток. Более мелкие лекарственные формы, особенно минимикросферы, беспрепятственно эвакуируются из желудка вместе с химусом, имеют большую площадь соприкосновения с ним, поэтому коэффициент полезного действия таких препаратов очень высокий. В нашей клинике мы часто наблюдаем больных с недостаточной эффективностью ферментных препаратов, несмотря на, казалось бы, достаточную активность принимаемых ферментов. Стоит только поменять таблетированный препарат на Креон и даже назначить несколько меньшую активность по липазе, как мы достигаем необходимого эффекта. Если Вас интересует этот вопрос более подробно, то советую прочитать мою статью «Нравственные проблемы панкреатологии в Украине» (Сучасна гастроентерологія. – 2007. – № 2 (34). – С. 80–86). Хотя прошло уже 6 лет после публикации, принципиально аргументы остаются теми же.

7. *Каким ферментным препаратам (растительного или животного происхождения) Вы отдаете предпочтение?*

Во всем мире предпочтение отдается препаратам животного происхождения, то есть лекарственным средствам на основе панкреатина. Следует отметить, что препараты растительного, бактериального и фунгального происхождения имеют некоторые преимущества (см. мою статью «Опыт патогенетически обоснованной терапии больных хроническим панкреатитом в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и ожирением». Сучасна гастроентерологія. – 2008. – № 1 (39). – С. 45–54). Все-таки в мире растительные ферментные препараты применяются значительно реже, чем препараты животного происхождения. Это объясняется тем, что активность растительных препаратов значительно ниже, чем препаратов животного происхождения.

8. *Целесообразно ли назначать октреотид при обострении хронического панкреатита?*

Согласно рекомендациям Европейского Клуба панкреатологов, а они основаны на результатах доказательных исследований, препараты октреотида не продемонстрировали достаточной эффективности при хроническом панкреатите. Они показаны при остром панкреатите и панкреатических свищах. Все же следует отметить, что иногда обострения хронического панкреатита могут быть столь выраженными, что по многим показателям напоминают острый панкреатит. В этих случаях (тяжелый болевой синдром, гиперферментемия, инфильтративно-воспалительные фокусы в железе при визуализации и др.) можно и нужно попытаться назначить октреотид. Но следует помнить и о возможных негативных моментах: о риске пареза кишечника, гипотонии желчного пузыря с быстрым формированием сладжа и даже конкрементов, то есть нужно многое взвесить, чтобы не навредить.

9. *Ваше отношение к использованию панкреатина в схемах купирования панкреатической боли.*

Это очень противоречивый вопрос. По данным метаанализа A. Brown (Does pancreatic enzyme supplementation reduce pain in patients with chronic pancreatitis: a meta-analysis / A. Brown, M. Hughes, S. Tenner, P.A. Banks // Am. J. Gastroenterol. – 1997. – Vol. 92. – P. 2032–2035), ферментные препараты эффективны для купирования боли только в 45% случаев, да и то при определенных условиях (небольшая длительность заболевания, неалкогольная этиология и др.). Сейчас весь мир пришел к тому, что ферментные препараты не следует применять для купирования боли. Но ведь почти половине больных они помогают! Мое мнение – стоит попробовать, но настроить и себя, и больного, что получение эффекта сомнительно. А все потому, что патогенез боли при хроническом панкреатите очень многогранен, и далеко не всегда подавление собственной панкреатической секреции по механизму обратной связи «срабатывает». Я собираюсь опубликовать в журнале «Вестник Клуба панкреатологов» обзор из журнала Pancreatology как раз по вопросу применения ферментных препаратов для купирования боли в панкреатологии.

Можно уверенно сказать об уменьшении панкреатической боли при отказе от алкоголя. Ряд авторов даже указывают на уменьшение или исчезновение боли при отказе от алкоголя в половине случаев хронического панкреатита. Однако прогрессирование заболевания при этом не прекращается, а только замедляется.

10. *Может ли развиться вторичная панкреатическая недостаточность на фоне заболеваний желудка, кишечника, желчного пузыря? Какие ферменты нужны таким пациентам? Раньше использовали Мезим. Какие дозы ферментов нужно назначать на прием пищи при вторичной панкреатической недостаточности?*

Да, конечно, панкреатическая недостаточность развивается у пациентов с заболеваниями желудка, кишечника, желчного пузыря. Протекает она с теми же клиническими проявлениями и бывает такой же выраженной, как при патологии поджелудочной железы (то есть при первичной недостаточности). Следовательно, больным нужно назначать современные ферментные препараты, а именно Креон. Рекомендуемые в мире дозы: на основной прием пищи 40-50 тыс. ед. FIP, на промежуточный прием пищи – 10-25 тыс. ед. FIP. Что касается Мезима форте, то мое отношение к этому препарату, как европейского эксперта по диагностике и лечению хронического панкреатита, категорически отрицательное. Это вовсе не связано с субъективными моментами, а с тем, что препарат, насколько мне известно из доступной литературы, не имеет надлежащей доказательной базы.

11. *Почему курение – более агрессивный фактор для развития хронического панкреатита, чем алкоголь?*

Курение не является более агрессивным фактором, чем алкоголь, но сравнимо с ним по тому вреду, который наносится поджелудочной железе. В статье-отчете по встрече Европейского Клуба панкреатологов в Цюрихе я привела данные из лекции профессора M. Lerch (Германия) о влиянии курения на возникновение и течение панкреатита. По этому поводу сейчас много публикаций. Особенно опасно курение при наследственном панкреатите. Очень важно помнить, что курение относят к серьезным факторам риска рака поджелудочной железы. В то же время алкогольный панкреатит не считают предраковым заболеванием. Возможно, поэтому иногда курение воспринимают как более агрессивный фактор по отношению к поджелудочной железе. И еще: алкоголь и курение часто сочетаются. Эти ситуации особенно опасны в отношении развития и острого, и хронического панкреатита.

АНОНС

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія»
ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України»
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»
Українська гастроентерологічна асоціація

Науково-практична конференція з міжнародною участю

VI Український гастроентерологічний тиждень

18-19 вересня, м. Полтава

Місце проведення: КП «Палац дозвілля «Листопад» (вул. Жовтнева, 58).

Напрями та дискутабельні питання

- Епідеміологічні та популяційні аспекти хвороб органів травлення
- Новітні дослідження в галузі патогенезу хвороб органів травлення
- Сучасні методи діагностики хвороб органів травлення
- Вікові аспекти хвороб органів травлення
- Сучасні методи медикаментозного та немедикаментозного лікування в гастроентерології
- Особливості ведення пацієнтів із захворюваннями органів травлення на тлі коморбідної патології
- Медикаментозні ураження органів травлення
- Первинна та вторинна профілактика хвороб органів травлення
- Питання медичної та соціальної реабілітації хворих із патологією органів травлення
- Невирішені питання дитячої та підліткової гастроентерології
- Актуальні питання дієтології та раціонального харчування
- Експериментальна гастроентерологія і гепатологія

Оргкомітет

Скрипник І.М. (заявка усної доповіді): тел./факс: +38 (05322) 2-56-07; моб. тел.: +38 (050) 597-49-08; E-mail: scrin69@yandex.ru
Гопко О.Ф. (заявка стендової доповіді): тел.: +38 (05322) 2-28-20; моб. тел.: +38 (097) 512-26-76; E-mail: AlGopko@yandex.ru
Данильченко С.І. (питання щодо публікації): тел.: +38 (05322)7-22-96; моб. тел.: +38 (095) 691-50-32; E-mail: svetlana_danilch@mail.ru
Ольшанська А. (організаційні питання): тел.: +38 (044) 520-27-27; моб. тел.: +38 (067) 446-68-11; E-mail: org@gastroukr.org

АНОНС

Національна академія медичних наук України
Міністерство охорони здоров'я України
ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України»
Харківський національний медичний університет
Харківське медичне товариство

Науково-практична конференція

Загальнотерапевтична практика: нові технології та міждисциплінарні питання

7 листопада, м. Харків

Місце проведення: конференц-зал ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України». Початок о 10:00.

Тематичні напрями

- Епідеміологічні та патогенетичні аспекти внутрішніх хвороб у пацієнтів різних вікових категорій.
- Новітні досягнення в діагностиці хвороб внутрішніх органів
- Сучасні методи медикаментозного та немедикаментозного лікування в клініці внутрішніх хвороб
- Первинна та вторинна профілактика основних неінфекційних хвороб
- Мультидисциплінарний підхід до ведення пацієнтів з поліморбідною патологією
- Питання організації медичної допомоги хворим із патологією внутрішніх органів

Оргкомітет

ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України», пр-т Постишева, 2-А, м. Харків, 61039. E-mail: it_library@mail.ru
Тел.: +38 (057) 373-90-63, +38 (057) 373-90-28. Тел./факс: +38 (057) 370-28-18.