



Гастрогайджест

Замедление эвакуации желчного пузыря и гастроинтестинального транзита после употребления различных алкогольных напитков

В предыдущих исследованиях было установлено, что прием этанола в концентрации 8 г/100 мл и более (12 и 16 г/100 мл) по сравнению с приемом обычной воды замедляет опорожнение желудка. Учитывая то, что в пиве и вине обнаружено более чем 2000 и 1000 безалкогольных составляющих соответственно, действие чистого алкоголя и алкогольсодержащих напитков на пищеварительный тракт может отличаться. **Цель** настоящего исследования – изучить двигательную активность желудка, кишечника и желчного пузыря в ответ на употребление спиртных напитков между приемами пищи.

Методы. Исследование состояло из трех блоков, в каждом из которых участвовали 12 здоровых добровольцев. В каждом блоке пациенты подвергались трем обследованиям, выполняемым в разные дни, после употребления алкогольного напитка, водного раствора глюкозы; порядок употребления напитков выбирался случайным образом. Оценивались следующие напитки: пиво (4,7 об.% этанола, 400 мл), красное вино (13,7 об.% этанола, 200 мл) и виски (43,5 об.% этанола, 100 мл) в блоках «пиво», «красное вино» и «виски» соответственно. Миоэлектрическую активность желудка оценивали с помощью электрогастрографии, опорожнение желудка – по данным ¹³C-ацетатного дыхательного теста, ороцекальный транзит – по результатам водородного дыхательного теста с лактулозой, опорожнение желчного пузыря – посредством ультрасонографии, содержание этанола в выдыхаемом воздухе – с помощью алкотеста.

Результаты. Исследование показало, что алкогольные напитки находились в желудке значительно дольше, чем изотонический раствор глюкозы. Кроме того, алкогольные напитки, производимые только путем ферментации (пиво, красное вино), покидали желудок значительно позже, чем водный раствор этанола аналогичного градуса, в то время как виски (продукт дистилляции) и раствор этанола такого же градуса по скорости эвакуации из желудка не различались. Замедленное опорожнение желудка после употребления алкогольных напитков и раствора этанола не было обусловлено нарушением миоэлектрической активности желудка. Ороцекальный транзит пива и красного вина не отличался от такового изотонического раствора глюкозы, в то время как ороцекальный транзит виски и высокоградусного раствора этанола значительно удлинялся. Красное вино и виски, а также растворы этанола аналогичного градуса вызывали подавление и замедление опорожнения желчного пузыря.

Выводы. Алкогольные напитки, принятые натощак, проявляют супрессивный эффект на транспортную функцию пищеварительного тракта и желчного пузыря. Выраженность этого эффекта зависит от типа напитка (только ферментация или ферментация с последующей дистилляцией) и содержания в нем этанола.

Kasicka-Jonderko A., Jonderko K., Gajek E. et al. Sluggish gallbladder emptying and gastrointestinal transit after intake of common alcoholic beverages. J Physiol Pharmacol. 2014 Feb; 65 (1): 55-66.

Мужской пол и сонографическое утолщение стенки желчного пузыря – значимые факторы риска развития эмпиемы и гангрены при остром холецистите

Цель исследования – изучить значимость принадлежности к мужскому полу и утолщения стенки желчного пузыря в качестве факторов риска осложнений острого холецистита.

Методы. В ретроспективное исследование включали пациентов в возрасте 18 лет и старше, прооперированных в пределах 10 дней от появления симптомов в период с марта 2010 по август 2012 года. Корреляцию между частотой осложнений острого холецистита (эмпиемы и гангрены) и потенциальными факторами риска (принадлежностью к мужскому полу и сонографической толщиной стенки желчного пузыря >4,5 мм) анализировали с помощью программы SPSS 16.

Результаты. В исследование включили 41 женщину и 21 мужчину. В целом из 62 пациентов у 8 (13%) развилась гангрена и у 10 (16,12%) – эмпиема. У мужчин комбинированная частота эмпиемы и гангрены желчного пузыря как осложнений острого холецистита составила 47,6% (n=10). Среди женщин, включенных в исследование, эти осложнения развились только у 8 пациенток (19,5%). Утолщение стенки желчного пузыря >4,5 мм по данным предоперационной сонографии наблюдалось у 22 больных, из них 16 пациентов (72,7%) имели эмпиему или гангрену.

Выводы. Мужской пол и сонографическое утолщение стенки желчного пузыря >4,5 мм являются статистически значимыми факторами риска осложненного острого холецистита (эмпиемы или гангрены желчного пузыря). На основании этих факторов в приемном отделении можно идентифицировать пациентов, для которых оперативное лечение является приоритетным.

Khan M.L., Abbasi M.R., Jawed M., Shaikh U. Male gender and sonographic gall bladder wall thickness: important predictable factors for empyema and gangrene in acute cholecystitis. J Pak Med Assoc. 2014 Feb; 64 (2): 159-162.

Ведение боли после лапароскопической холецистэктомии: рандомизированное проспективное исследование пневмоперитонеума с низким и стандартным давлением

Пациентов, перенесших лапароскопическую холецистэктомию, часто беспокоят абдоминальная боль и боль в плече. Причинами этих болей могут быть растяжение брюшины и раздражение диафрагмы, вызываемые пневмоперитонеумом. Пневмоперитонеум – заполнение газом брюшной полости вследствие патологического процесса либо повреждения, приводящего к перфорации стенки желудка или кишечника. Пневмоперитонеум также может накладываться искусственно с лечебной (например, при легочной патологии) или диагностической (например, при лапароскопии) целью. **Целью** настоящего исследования было сравнить частоту боли после лапароскопической холецистэктомии при использовании пневмоперитонеума с низким и стандартным давлением, а также оценить безопасность пневмоперитонеума с низким давлением.

Методы. В проспективное рандомизированное двойное слепое исследование включили 100 пациентов. Участники группы А подвергались лапароскопической холецистэктомии с пневмоперитонеумом с низким давлением (7-8 мм рт. ст.), у больных группы Б эту операцию проводили с пневмоперитонеумом со стандартным давлением (12-14 мм рт. ст.). Демографические данные и интраоперационные осложнения анализировали с помощью теста χ^2 . Частоту и интенсивность боли, а также потребление анальгетиков оценивали с применением теста ANOVA.

Результаты. Послеоперационные оценки боли и потребление анальгетиков в группе А были значительно ниже, чем в группе Б, при этом разница между группами была статистически значимой. По частоте интраоперационных осложнений группы не различались.

Выводы. Использование пневмоперитонеума с низким давлением (7-8 мм рт. ст.) при лапароскопической холецистэктомии является безопасным, позволяет значительно уменьшить послеоперационную боль и потребление анальгетиков, а следовательно, сократить время пребывания в стационаре и улучшить исходы лечения.

Singla S., Mittal G., Raghav, Mittal R.K. Pain management after laparoscopic cholecystectomy – a randomized prospective trial of low pressure and standard pressure pneumoperitoneum. J Clin Diagn Res. 2014 Feb; 8 (2): 92-94.

Чрескожная холецистостомия при остром холецистите у пациентов с сопутствующими заболеваниями

Тактика ведения пациентов с острым холециститом, относящихся к неоперабельным или к группе высокого риска осложнений, на сегодня не разработана. Отдаленные результаты лечения таких больных оценивались всего в нескольких исследованиях. **Цель** настоящей работы – изучить клинические исходы, время до рецидива и факторы, влияющие на риск рецидива, у пациентов с острым холециститом и с высоким операционным риском, подвергающихся чрескожной катетерной холецистостомии.

Методы. В 2000-2011 гг. чрескожная катетерная холецистостомия была проведена 183 пациентам. После исключения случаев злокачественной обструкции желчных путей, холецистэктомии, потери и/или недостаточного объема данных наблюдения в окончательный анализ включили 60 больных.

Результаты. Средний возраст пациентов составил 68,6±13,8 года, средняя оценка по шкале Карновского – 24,8±9,7 балла. После установки чрескожного катетера разрешение симптомов и улучшение данных визуализирующих исследований были достигнуты в 95 и 97,9% случаев соответственно. Лабораторные показатели также улучшились (p<0,01). Внутрибольничная летальность отсутствовала. У 2 пациентов (3,3%) наблюдались осложнения при извлечении катетера. При средней продолжительности наблюдения 38,1±24,8 мес рецидив развился у 7 больных (11,7%). По клиническим, лабораторным и визуализирующим показателям пациенты с рецидивом и больные без рецидива не различались.

Выводы. Среди пациентов с острым холециститом, относящихся к группе высокого операционного риска, проведение чрескожной катетерной холецистостомии обеспечило безрецидивный период длительностью более 38 мес у 88,3% больных, несмотря на то что у многих пациентов было радиологически подтверждено тяжелое воспаление желчного пузыря. Таким образом, временная чрескожная установка катетера у таких больных может рассматриваться в качестве первой линии терапии без последующей холецистэктомии.

Chang Y.R., Ahn Y.J., Jang J.Y. et al. Percutaneous cholecystostomy for acute cholecystitis in patients with high comorbidity and re-evaluation of treatment efficacy. Surgery. 2014 Jan 11. pii: S0039-6060(13)00652-1.

Подготовил **Алексей Терещенко**




Внимание! Новая упаковка препарата

Дуспаталин®

Nota bene!

- Положительный эффект сохраняется 6 месяцев после 8 недель лечения больных СРК и билиарной дисфункцией¹
- Тропное действие на мускулатуру ЖКТ²
- Доказанная безопасность и возможность длительного применения^{2,3}



НОВАЯ УПАКОВКА

В 2014 году обе упаковки могут быть в обращении.

*Перевод (лат.) Обрати внимание!
Препарат в предыдущей упаковке может находиться в продаже до окончания срока годности.

Краткая информация о препарате **ДУСПАТАЛИН® (DUSPATALIN®)**

Регистрационное свидетельство: № ЦА / 8813 /02/ 01. Действующее вещество: 1 капсула содержит мебеверина гидрохлорида 200 мг; Лекарственная форма: Капсулы пролонгированного действия, твердые. Код АТС: А04 А04. Средства, применяемые при функциональных желудочно-кишечных расстройствах. Синтетические антиколинергические средства, эстерифицированные третичные амины. Показания. Взрослые и дети старше 10 лет: • спастическое лечение абдоминальной боли и спазмов, расстройств кишечника и ощущение дискомфорта в области кишечника при синдроме раздраженного кишечника; • лечение желудочно-кишечных спазмов вторичного генеза, вызванных органическими заболеваниями. Способ применения и дозы. Для перорального применения. Взрослые и дети старше 10 лет принимают по 1 капсуле 2 раза в сутки. Капсулы глотать, запивая достаточным количеством воды (не менее 100 мл). Не разжевывать. Особенности применения. Нет. Применять в период беременности или кормления грудью. Существуют только очень ограниченные данные о применении мебеверина беременным. Дуспаталин® не рекомендуется применять во время беременности. Дуспаталин® не следует применять в период кормления грудью. Дети. Не следует применять Дуспаталин® капсулы детям до 3 лет из-за отсутствия клинических данных для этой возрастной категории. Также не следует применять Дуспаталин®, капсулы, детям в возрасте от 3 до 10 лет из-за высокого содержания действующего вещества. Побочные реакции. Наблюдались аллергические реакции преимущественно со стороны кожи (частоту по имеющимся данным оценить невозможно). Со стороны иммунной системы: гиперчувствительность (анафилактические реакции). Со стороны кожи и подкожной клетчатки: крапивница, ангионевротический отек, сыпь, зуд и высыпания. Противопоказания. Гиперчувствительность к активному веществу или к любому из неактивных компонентов препарата. Взаимодействие с другими лекарственными средствами и другие виды взаимодействий. Проводились исследования взаимодействия с алкоголем. Исследования in vitro и in vivo на животных продемонстрировали отсутствие каголового взаимодействия Дуспаталин® и этанола. Категория отпуска. По рецепту. Полная информация находится в инструкции для медицинского применения препарата.

1. Зарина Т. Д., Черныш А. В. Абдоминальная боль: стратегия выбора «идеального» спазмолитика // Здоровье Украины, 2010; 3: 16-17

2. Инструкция по медицинскому применению препарата Дуспаталин®

3. Климов А. Е. Дуспаталин® в терапии функциональных заболеваний кишечника и желчевыводящих путей РМЖ 2003; 11 (5): 285-288

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ

Сообщать в представительство Abbott о нежелательном явлении при применении препарата или о жалобе на качество препарата Вы можете по телефонам (круглосуточно): в Украине (и странах СНГ) +380 44 498 6080

За дополнительной информацией обращайтесь в представительство Abbott в Украине:

01022, г. Киев, ул. Железнодорожная, 110
Тел.: +38 (044) 4986080
Факс: +38 (044) 4986081



A Promise for Life