



# Гастрогайджест

## Билиарная микрофлора у пациентов, подвергающихся холецистэктомии

**Цель** исследования – изучить спектр бактериальной флоры и ее чувствительность к антимикробным препаратам у пациентов с показаниями к холецистэктомии.

**Методы.** С апреля 2007 по февраль 2009 г. в хирургическом отделении больницы г. Энчепинг (Швеция) осуществляли рутинный забор образцов желчи для дальнейшего исследования у всех пациентов, подвергавшихся холецистэктомии. Информацию относительно применения антибиотиков за 3 мес до операции, показаний к хирургическому вмешательству, профилактического назначения антибиотиков и послеоперационных осложнений получали из историй болезни.

**Результаты.** За исследуемый период было проведено 246 холецистэктомий, из них 149 (62%) – у женщин. Средний возраст пациентов на момент операции – 49±16 лет. Бактериальный рост в образцах желчи получен у 34 (14%) больных. Средний возраст пациентов с положительной культурой составил 64 года по сравнению с 47 годами у больных с отрицательной культурой ( $p<0,001$ ). Положительная культура наблюдалась у 16 (31%) из 51 пациента, которым холецистэктомия была проведена по поводу острого холецистита, и у 18 (9%) из 195 больных, прооперированных по другим показаниям ( $p<0,001$ ). Резистентность к ампициллину выявлена в 3 (9%) из 34 культур с бактериальным ростом; по 1 культуре (3%) были устойчивыми к триметропиму/сульфаметоксазолу, фторхинолонам и цефалоспорином. Случаев резистентности к пиперациллину/тазобактаму не наблюдалось. Многомерный статистический анализ показал, что положительная культура была единственным фактором, достоверно связанным с повышенным риском послеоперационных инфекционных осложнений ( $p<0,05$ ).

**Выводы.** Бактериальный рост в образцах желчи чаще всего наблюдается у пациентов, которым холецистэктомия проводится по поводу острого холецистита. Поскольку микрофлора желчных путей может существенно влиять на исходы операции, необходимы дальнейшие исследования по оценке эффективности мер профилактики инфекционных послеоперационных осложнений.

Darkahi B., Sandblom G., Liljeholm H. et al. Biliary Microflora in Patients Undergoing Cholecystectomy. Surg Infect (Larchmt). 2014 May 6. [Epub ahead of print]

## Дисфункция щитовидной железы и холедохолитиаз

Нарушения липидного метаболизма, развивающиеся при гипотиреозе, могут приводить к образованию желчных камней. **Целью** настоящего исследования было изучить особенности функционирования щитовидной железы у пациентов с конкрементами в общем желчном протоке (КОЖП).

**Методы.** В исследование типа «случай-контроль» включили 151 пациента с предварительным диагнозом КОЖП, подвергшихся эндоскопической ретроградной холецистопанкреатографии («случаи»). Контрольную группу составили здоровые лица, наблюдавшиеся в той же клинике; этим пациентам провели ультразвунографию для исключения желчнокаменной болезни (ЖКБ). Участники заполняли опросник, позволявший оценить демографические и антропометрические данные. Все пациенты после 12-часового голодания сдали кровь для определения сыровоточных уровней общего тироксина (Т4), тиреотропного гормона (ТТГ), глюкозы, триглицеридов, общего холестерина, холестерина липопротеинов низкой (ЛПНП) и высокой (ЛПВП) плотности.

**Результаты.** Средний уровень ТТГ у пациентов с КОЖП ( $2,59\pm4,86$  мкг/дл) был выше по сравнению с соответствующим показателем у здоровых лиц ( $2,53\pm4,13$  мкг/дл). Субклинический гипотиреоз с уровнями ТТГ в сыворотке  $>5$  МЕ/л был выявлен у 30,6% больных с КОЖП и у 22,5% участников контрольной группы (относительный риск 1,53; 95% доверительный интервал 0,968–2,438). Симптомный гипотиреоз был диагностирован у 11,3 и 10,8% пациентов соответственно (ОР 1,87; 95% ДИ 0,578–2,043). Средние уровни общего холестерина у больных с КОЖП были выше, чем у здоровых лиц ( $p=0,61$ ). Статистически значимые различия отмечены для триглицеридов ( $p=0,05$ ), холестерина ЛПВП ( $46,41$  vs  $73,35$ ;  $p<0,01$ ) и холестерина ЛПНП ( $111,04$  vs  $64,88$ ;  $p<0,01$ ).

**Выводы.** Между дисфункцией щитовидной железы и наличием конкрементов в желчных путях существует четкая связь. Поскольку гипотиреоз способствует пассажу желчных камней из желчного пузыря, всем пациентам с ЖКБ рекомендуется оценка тиреоидной функции.

Aidarkosh H., Khansari M.R., Sohrabi M.R. et al. Thyroid dysfunction and choledocholithiasis. Middle East J Dig Dis. 2013 Jul; 5 (3): 141–145.

## Роль дисфункции сфинктера Одди в формировании пигментных камней в желчном пузыре

**Цель** исследования – изучить роль дискинезии сфинктера Одди (СО) в образовании пигментных желчных камней (ПЖК) на экспериментальной модели ЖКБ.

**Методы.** Тридцать четыре морские свинки случайным образом были разделены на 2 группы: контрольную и ПЖК. Группу ПЖК, в свою очередь, разделили на 4 подгруппы по 6 животных в каждой в зависимости от времени умерщвления (после 3, 6, 9 или 12 нед литогенной диеты). На каждом этапе исследования с помощью многофункционального физиографа проводили манометрию СО и регистрировали его миеоэлектрическую активность. Кроме того, с помощью ферментного иммуносорбентного анализа на каждой стадии формирования ПЖК определяли сыровоточные уровни вазоактивного интестинального пептида (VIP), гастрин и октапептида холецистокинина (ССК-8).

**Результаты.** Частота формирования ПЖК составила 0, 0, 16,7 и 66,7% в подгруппах 3, 6, 9-й и 12-й недели соответственно. Периодичность сокращений СО была значительно снижена в подгруппе 9-й недели. Базальное давление в СО и в общем желчном протоке было повышено в подгруппе 12-й недели ( $25,19\pm7,77$  vs  $40,56\pm11,81$  мм рт. ст. и  $22,35\pm7,60$  vs  $38,51\pm11,57$  мм рт. ст. соответственно;  $p<0,05$ ). Уровень VIP в сыворотке достоверно повышался в подгруппах 6-й и 12-й недели, сыровоточный уровень ССК-9 был значительно снижен в подгруппе 12-й недели.

**Выводы.** Диета, способствующая формированию ПЖК, может вызывать дисфункцию СО, которая проявляется, в частности, повышением давления в СО. В свою очередь, нарушения двигательной функции СО могут играть роль в образовании ПЖК, при этом значимыми причинами дискинезии СО могут быть изменения сыровоточных уровней VIP и ССК-8.

Zhang Z.H., Qin C.K., Wu S.D. et al. Roles of sphincter of Oddi motility and serum vasoactive intestinal peptide, gastrin and cholecystokinin octapeptide. World J Gastroenterol. 2014 Apr 28; 20 (16): 4730–4736.

## Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, ассоциированная с дуоденогастроэзофагеальным рефлюксом, у пациентов с билиарной патологией: особенности течения и микробного биоценоза

**Цель** исследования – изучить особенности клинического течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), ассоциированной с дуоденогастроэзофагеальным рефлюксом (ДГЭР), у пациентов с хроническим бескаменным холециститом (ХБХ) и ЖКБ, а также качественные и количественные характеристики патомикробиоценозов эзофагогастродуоденальной зоны при их сочетанном течении.

**Методы.** У 83 больных ГЭРБ, ассоциированной с ДГЭР и протекающей в сочетании с ХБХ или ЖКБ, детально изучены клинические особенности, морфологические, моторно-тонические

характеристики эзофагогастродуоденальной зоны, микробный биоценоз мукозной флоры пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК).

**Результаты.** Показано, что при ХБХ и ЖКБ, ассоциированных с ГЭРБ, имеет значение нарушение пропульсивной активности ДПК в виде сочетания явлений гастростаза и дискинезии ДПК с дискоординацией как антродуоденальной, так и дуоденоюанальной пропульсии и развитием дуоденогастрального рефлюкса и ДГЭР, в свою очередь определяющих значения pH в пищеводе и желудке. Патомикробиоценоз верхних отделов пищеварительного тракта характеризуется увеличением количественного и качественного состава мукозной микрофлоры. Условно-патогенные микроорганизмы отличаются наличием цитотоксической, гемолитической, лецитиназной, казеинолитической, уреазной, РНКазной активности.

**Выводы.** Выявленные особенности протекания ГЭРБ, ассоциированной с ДГЭР, у пациентов с патологическими состояниями билиарного тракта заставляют искать новые терапевтические подходы, базирующиеся на коррекции моторно-тонических нарушений в деятельности пищеварительной системы и патомикробиоценозов мукозной флоры пищевода, желудка и ДПК.

Dzhulai G.S., Sekareva E.V., Chervinets V.M. et al. Gastroesophageal reflux disease associated with duodenogastric reflux in patients with biliary pathology: the specific features of the course and esophagogastric duodenal microbial biocenosis. Ter Arkh. 2014; 86 (2): 17–22.

## Дискинезия желчных путей в педиатрии

В последние годы в педиатрической практике значительно участилось установление такого диагноза, как дискинезия желчных путей (ДЖП). Критериями ДЖП являются абдоминальная боль предположительно билиарного генеза, полностью нормальный желчный пузырь по данным визуализирующих исследований (как правило, ультрасонографии) и сниженная сократимость желчного пузыря в ответ на фармакологический стимул. В отличие от других функциональных гастроинтестинальных заболеваний, лечение которых состоит в фармакотерапии, поведенческой терапии и/или диетотерапии, стандартным подходом к лечению ДЖП до сих пор остается холецистэктомия; при этом в структуре показаний к холецистэктомии у детей ДЖП занимает около 50%.

Тем не менее сегодня появляется все больше данных против использования такого подхода. Во-первых, ДЖП по определению является доброкачественным расстройством, не связанным с риском значимых осложнений. Во-вторых, несмотря на высокую частоту удовлетворенности результатами холецистэктомии, у большинства детей симптомы сохраняются и после операции. Наконец, в ряде исследований продемонстрирована сопоставимая долгосрочная эффективность холецистэктомии и консервативной терапии.

Таким образом, ДЖП следует рассматривать как более локализованное проявление функциональной абдоминальной боли, которое со временем может пройти независимо от типа выбранного лечения. Несмотря на широкое внедрение мининвазивных хирургических подходов в педиатрии, соотношение пользы и риска холецистэктомии при ДЖП указывает на преимущество консервативной стратегии терапии этого доброкачественного заболевания.

Srinath A., Saps M., Bielefeldt K. Biliary dyskinesia in pediatrics. Pediatr Ann. 2014 Apr; 43 (4): e83–88.

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 применения²,³

**В 2014 году обе упаковки могут быть в обращении.**

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

Краткая информация о препарате ДУСПАТАЛИН® (DUSPATALIN®)

Регистрационное свидетельство: № UA / 8813 /02/ 01. Действующее вещество: 1 капсула содержит мебеверина гидрохлорида 200 мг. Лекарственная форма, Капсулы пролонгированного действия, твердые. Код АТС: A03 A.04. Средства, применяемые при функциональных желудочно-кишечных расстройствах. Синтетические анитолеранческие средства, актирифицированные третинылами. Показания: Взрослым и детям старше 10 лет: • симптоматическое лечение абдоминальной боли и спазмов, расстройства кишечника и ощущение дискомфорта в области кишечника при синдроме раздраженного кишечника; • лечение желудочно-кишечного спазма и спазма желудка, вызванных органическими заболеваниями. Способ применения и дозы: Для перорального применения. Взрослым и детям старше 10 лет принимать по 1 капсуле 2 раза в сутки. Капсулы глотать, запивая достаточным количеством воды (не менее 100 мл). Не разжевывать. Безопасности применения. Нет. Применение в период беременности или кормления грудью. Существует 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. Необходимо знать: аллергические реакции (преимущественно со стороны кожи) (частота по международным данным: единичные случаи). Со стороны иммунной системы: гиперчувствительность (аллергические реакции). Со стороны кожи и подкожной клетчатки: крапивница, ангионевротический отек, отек лица и высыпания. Противопоказания. Гиперчувствительность к активному веществу или к любому из неактивных компонентов препарата. Взаимодействие с другими лекарственными средствами и другие виды взаимодействий. Проводилось исследование взаимодействия с алкоголем. Исследования in vitro и in vivo на животных продемонстрировали отсутствие какого-либо взаимодействия Дуспаталин® и этанола. Категория отпуска. По рецепту. Полная информация находится в инструкции для медицинского применения препарата.

1. Зегинина Т. Д., Черныш А. И. Абдоминальная боль: стратегия выбора «идеального» спазмолитика // Запорож. Учен. зап. 2010; 3: 16–17

2. Инструкция по медицинскому применению препарата Дуспаталин®

3. Климова А. Е. Дуспаталин® в терапии функциональных заболеваний кишечника и желудочно-кишечного тракта РМЖ 2003; 11(5): 265–268

Информация для специалистов

Сообщать в представительство Abbott о нежелательном явлении при применении препарата или о жалобах 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:

01032, г. Киев, ул. Жиленская, 110  
Тел.: +38 (044) 4986080  
Факс: +38 (044) 4986081

**Abbott**  
A Promise for Life

**Абботт — первая скрипка в гастроэнтерологии**