

Топ-7 публикаций-2012

Прошедший год принес много ценных открытий в области гастроэнтерологии. Портал Medscape представил обзор публикаций, которые оказали наиболее значимое влияние на клиническую гастроэнтерологию

Диагностика и лечение неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП): практические рекомендации

Американская ассоциация по изучению заболеваний печени (American Association for the Study of Liver Diseases), Американская коллегия гастроэнтерологов (American College of Gastroenterology) и Американская гастроэнтерологическая ассоциация (American Gastroenterological Association) представили обновленное руководство по диагностике и лечению НАЖБП, являющейся одной из наиболее распространенных патологий печени.

Диагностика

Жировая дистрофия печени, обнаруженная у больного с помощью визуализирующих методик, должна рассматриваться как фактор риска метаболических нарушений (например, ожирения, нарушения толерантности к глюкозе) и, возможно, НАЖБП.

НАЖБП является диагнозом исключения: при подозрении на наличие этой патологии у пациента следует исключить все другие причины поражения печени.

Проведение рутинного скрининга на НАЖБП не рекомендовано в связи с низкой информативностью таких тестов и ограниченных возможностей лечения патологии.

Биопсия печени может быть рекомендована больным НАЖБП, которые относятся к группе риска неалкогольного стеатогепатита (НАСГ) и фиброза (например, пациентам с метаболическим синдромом), однако этого вмешательства следует избегать при бессимптомном течении заболевания и нормальных биохимических показателях крови.

Лечение

Снижение массы тела, по крайней мере, на 3-5% (в идеале – на 10%) способствует уменьшению жировой дистрофии и воспалительных процессов печени.

Метформин и урсодезоксихолевая кислота не рекомендованы к применению у пациентов с НАЖБП.

Несмотря на то что подтверждена безопасность использования статинов у больных НАЖБП, требуется проведение дополнительных контролируемых исследований с целью выявить, могут ли препараты этой группы рассматриваться в качестве специфической терапии НАЖБП.

Данные по целесообразности применения ω_3 -жирных кислот у этой категории больных оказались преждевременными.

Пиоглитазон может использоваться для лечения подтвержденного с помощью биопсии НАСГ, хотя в настоящее время отсутствуют данные по эффективности и безопасности длительного применения этого препарата. Необходимо помнить, что к часто встречающимся побочным эффектам такого лечения относится увеличение массы тела.

Витамин Е в дозе 800 МЕ/сут способствует улучшению гистологических показателей печени у лиц с подтвержденной с помощью биопсии НАСГ без наличия сахарного диабета. Вместе с тем в литературе представлены данные, что прием высоких доз витамина Е может увеличивать риск смерти от всех причин и рака простаты.

Предположения о пользе бариатрических операций у пациентов с НАЖБП оказались преждевременными; в настоящее время не рекомендуется проводить такие операции у данной категории больных, а также у пациентов с циррозом.

Am J Gastroenterol. 2012; 107: 811-826

Риск метастазирования в лимфатические узлы у пациентов с пищеводом Барретта и дисплазией высокой степени или аденокарциномой: данные систематического обзора

Эндоскопическая абляция все чаще используется для лечения дисплазии высокой степени или аденокарциномы у пациентов с пищеводом Барретта. Хотя этот подход очень эффективен, он не может использоваться для терапии рака с метастазами в лимфатических узлах. Чтобы оценить частоту метастазов в лимфатических узлах у больных пищеводом Барретта и дисплазией высокой степени или аденокарциномой, K.V. Dinbar и S.J. Spechler провели систематический обзор 70 исследований с участием 1874 пациентов с соответствующим диагнозом. Из 524 больных дисплазией высокой степени ни у одного не отмечалось метастазов в лимфатических узлах. Из 1350 пациентов с аденокарциномой у 26 были метастазы в лимфатических узлах (ОР 1,93; 95% ДИ 1,19 - 2,66). Представленные данные подтверждают, что наличие только дисплазии высокой степени у больных пищеводом Барретта не ассоциируется с развитием метастазов. Риск спонтанного метастазирования в лимфатические узлы у пациентов с указанной патологией не превышает 1-2%; эта частота аналогична смертности при эзофагэктомии. Проведение эндоскопической резекции рекомендуется у пациентов с пищеводом Барретта с Т-стадией дисплазии высокой степени. Если поражение не распространяется в подслизистый слой, эндоскопическая абляция может считаться целесообразной.

Am J Gastroenterol. 2012; 107: 850-862

Экономическая целесообразность дополнительного назначения боцепревира или теллапревира пациентам с 1 генотипом ранее не леченного гепатита С

Схема тройной терапии (комбинация пегинтерферон альфа + рибавирин + боцепревир/теллапревир) способствует значительному улучшению достижения устойчивого вирусологического ответа у пациентов с гепатитом С. Вместе с тем такое улучшение часто сопровождается дополнительным риском побочных эффектов, а также наличием взаимодействия с ингибиторами протеаз первого поколения. Увеличение стоимости лечения – еще один аспект, который необходимо учитывать при назначении тройной терапии. С. Samra и соавт. провели оценку экономической целесообразности такого лечения у пациентов с 1 генотипом ранее не леченного гепатита С и 2 стадией фиброза печени. Авторы выявили, что даже с учетом указанных ограничений тройной терапии ее проведение было эффективным относительно улучшения выживаемости больных: дополнительное назначение теллапревира способствовало увеличению выживаемости на 4,42 года, а боцепревира – на 4,04 года, что подтверждает как клиническую, так и экономическую выгоду такой терапии.

Hepatology. 2012; 56: 850-860

Эндоскопия при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ): практические рекомендации Американского сообщества клиницистов

Эндоскопическое исследование зачастую нецелесообразно используется в клинической практике. В руководстве Американского сообщества клиницистов

ДАЙДЖЕСТ

отмечается, что показаниями к проведению эзофагогастродуоденоскопии пациентам с ГЭРБ являются следующие:

- у пациента с ГЭРБ присутствуют тревожные симптомы (дисфагия, кровотечения, рвота, потеря массы тела, анемия);
- персистирование симптомов ГЭРБ, несмотря на прием ингибиторов протонной помпы (ИПП) 2 р/сут в течение 4-8 нед;
- наличие тяжелого эрозивного эзофагита после 2 мес курса ИПП;
- наличие у пациента с рецидивирующими приступами дисфагии эзофагеальных стриктур в анамнезе;
- наличие подтвержденного диагноза пищевода Барретта;
- мужской пол и возраст старше 50 лет, хроническое течение ГЭРБ (более 5 лет), а также дополнительные факторы риска (ночные симптомы заболевания, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, избыточная масса тела, абдоминальное ожирение, табакокурение).

Проведение эндоскопии в качестве рутинного скрининга не рекомендовано у женщин любого возраста и мужчин возрастом моложе 50 лет.

Ann Intern Med. 2012; 157: 808-816

Использование устекинумаба в поддерживающей терапии рецидивирующей болезни Крона

Устекинумаб – это препарат на основе человеческих моноклональных антител, который способствует угнетению активности общей Т_H17-клетки цитокинов ИЛ-12 и ИЛ-23 Т-клеток, натуральных киллеров и антигенпрезентирующих клеток. Лекарственное средство рекомендовано к использованию у больных с умеренным и тяжелым течением псориаза. В последнее время появились данные о возможной эффективности устекинумаба в лечении пациентов с рецидивирующей болезнью Крона. Недавно были представлены результаты рандомизированного плацебо контролируемого исследования с участием 526 лиц с болезнью Крона, у которых индекс активности заболевания составлял 220-450 пунктов и отмечался недостаточный ответ на терапию ингибиторами TNF (W.J. Sandborn et al.).

Больных рандомизировали на группы активного лечения устекинумабом по 1, 3 либо 6 мг/кг массы тела внутривенно или плацебо в течение 6 нед. Затем пациентов (как ответивших, так и не ответивших на терапию устекинумабом) разделили на группы поддерживающей терапии устекинумабом подкожно через 8 и 16 нед. Оценку результатов проводили на 22-й неделе после начала исследования. Первичной конечной точкой был клинический ответ (снижение индекса активности заболевания на 100 и более пунктов) на 6-й неделе лечения; вторичной конечной точкой было достижение ремиссии (с индексом активности заболевания менее 150 пунктов) на 6-й и 22-й неделях. Авторы исследования выявили, что на 6-й неделе клинический ответ был выше в группе устекинумаба 6 мг/кг по сравнению с таковым в группе плацебо (39,7 против 23,5%; $p=0,005$), равно как и клинический ответ на 22-й неделе (69,4 против 42,5%; $p<0,001$), а также сохранение ремиссии на 22-й неделе (41,7 против 27,4%; $p=0,03$). Активное лечение хорошо переносилось большинством больных.

N Engl J Med. 2012; 367: 1519-1528

Роль колоноскопии у пациентов с колоректальным раком (КРР): данные популяционного исследования «случай-контроль»

H. Brenner и соавт. выявили предикторы КРР у пациентов с аденоматозным полипом, обнаруженным с помощью колоноскопии. Риск рака повышался у пациентов с неполным удалением полипа (ОР 3,73), а также отсутствием колоноскопии в течение предыдущих 5 лет (ОР 2,96). Неожиданным открытием оказалось то, что неполное выполнение колоноскопии, а также качество подготовки к манипуляции не оказывали влияние на риск КРР. Авторы также изучили влияние особенностей полипа на риск малигнизации (наличие 3 и более полипов, размер ≥ 1 см, признаки дисплазии высокой степени, наличие ≥ 1 проксимального полипа), однако лишь наличие множественных полипов (≥ 3) ассоциировалось с повышением риска КРР (ОР 2,21). Исследование подчеркивает, что проведение регулярной колоноскопии является важным мероприятием в снижении риска развития КРР. Наличие всего лишь одного колоноскопического фактора в большей степени ассоциируется с риском рака, чем присутствие единичных полипов (41,4 против 21,7%). Поскольку качество и частоту проведения колоноскопии можно успешно контролировать, данное исследование открывает дополнительные возможности снижения риска КРР.

Ann Intern Med. 2012; 157: 225-232

Руководство по проведению колоноскопии после скрининга и полипэктомии: обновление консенсуса по КРР

В новый консенсус по КРР было внесено два существенных изменения по сравнению с предыдущей редакцией (2006).

Во-первых, в рекомендациях указывается, что оптимальные интервалы между проведением колоноскопических исследований теперь должны определяться не только с учетом даты последней, но и с учетом ее результатов, в частности наличия неоплазии. Согласно новым требованиям пациенту с низким риском аденомы (1-2 тубулярные аденомы размером < 1 см на первом исследовании), у которых через 5 лет отсутствуют прогрессирующие аденомы, должны после повторного визита быть отнесены к группе повышенного риска КРР; следующую колоноскопию им нужно проводить через 10 лет. В противовес этому больные, изначально относившиеся к группе высокого риска аденомы (включая пациентов с наличием прогрессирующей аденомы или ≥ 3 аденом), у которых через 5 лет не выявлено прогрессирующих аденом, должны и в дальнейшем относиться к группе высокого риска КРР и проходить колоноскопию каждые 5 лет. Второе изменение касается интервалов наблюдения после резекции зубчатых поражений:

- после удаления небольшого единичного зубчатого полипа (< 10 мм) без признаков дисплазии колоноскопия нужно повторить через 5 лет;
- после удаления зубчатого полипа размером ≥ 10 мм с признаками дисплазии либо единичного аденоматозного полипа колоноскопия следует повторить через 3 года;
- при зубчатом полипозе – повторить колоноскопию через 1 год; в случае, если исследование покажет уменьшение количества новых полипов, последующие исследования возможно проводить с более длинными интервалами.

Gastroenterology. 2012; 143: 844-857

Подготовила Татьяна Спринсян