# ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ

КОНФЕРЕНЦІЯ

# Гепатология и гастроэнтерология сегодня: воплощение мечты в реальность

октября в г. Симферополе состоялось важное событие – научно-практический семинар, подготовленный ведущими специалистами ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины» (г. Днепропетровск).

Мероприятие, посвященное актуальным вопросам воспалением, гиперкоагуляцией и нарушенным гепатологии и гастроэнтерологии, объединило специалистов региона для ознакомления с инновационными методами диагностики стеатоза и фиброза печени, обсуждения вопросов, касающихся медикаментозной терапии болевого синдрома в гастроэнтерологической практике, а также для разбора современных подходов к лечению неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП), хронического панкреатита (ХП) и желчнокаменной болезни (ЖКБ).

### Фиброз и стеатоз печени: где пересекаются пути?



Директор ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Юрий Миронович Степанов начал выступление с современных представлений о формировании стеатоза и фиброза печени, акцентировав внимание участников семинара на этиологических и патогенетических

точках соприкосновения указанных состояний.

- Несмотря на многообразие этиологических вариантов хронических диффузных поражений печени (вирусное, токсическое, алкогольное), в развитии стеатоза и фиброза имеются общие ключевые моменты, или так называемые универсальные точки, вне зависимости от того, какова причина возникновения заболевания печени у пациента. Одной из таких универсальных точек является стеатоз печени. Как правило, все изменения в структуре данного органа начинаются именно с явлений жировой инфильтрации. Другая универсальная точка - это фиброз, который формируется в большинстве случаев в исходе стеатогепатита.

Анализируя особенности естественного течения НАЖБП, следует отметить, что первоначальное повреждение структуры печеночных клеток приводит к развитию жировой инфильтрации, которая впоследствии трансформируется в стеатоз и стеатогепатит, а сопутствующая гепатиту воспалительная реакция запускает процесс фибро- и коллагенообразования, инициируя тем самым формирование цирроза печени. При дальнейшем естественном течении НАЖБП имеет место высокая вероятность неблагоприятного прогрессирования заболевания и развития первичного рака печени (гепатоцеллюлярной карциномы) как на стадии цирроза печени, так и на стадии стеатогепатита. Гепатологическому больному не следует назначать терапию без предварительного уточнения наличия стеатоза/фиброза, поскольку стеатоз — это проблема, решение которой выходит за рамки только гастроэнтерологии и гепатологии.

Атеросклероз и сердечно-сосудистая патология формируют один из тех важных узлов, в который вплетается стеатоз. Основные моменты патогенеза атеросклероза (абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, инсулинорезистентность (ИР), гипертриглицеридемия, дислипидемия, сахарный диабет / нарушение толерантности к глюкозе); таким образом, у больного атеросклерозом, как правило, выявляется как минимум стеатоз печени, как максимум – стеатогепатит. С другой стороны, если у пациента есть стеатоз печени, то последнему сопутствует целый ряд изменений со стороны сердечно-сосудистой системы, в частности гипертриглицеридемия, гиперхолестеринемия. В ряде случаев проблема стеатоза печени становится общей для кардиолога, гепатолога и гастроэнтеролога. В то же время НАЖБП имеет общие точки соприкосновения с другими патологиями и состояниями, в частности с хронической болезнью почек и гиперурикемией, гиперцистеинемией и гиповитаминозом Дз, гипоадипонектинемией и хроническим

фибринолизом (рис. 1).

Точки соприкосновения НАЖБП и сердечно-сосудистой патологии

Возможными этиологическими факторами развития стеатоза печени являются злоупотребление алкоголем, заместительная терапия гормональными препаратами, прием оральных контрацептивов, неблагоприятные экологические условия, стресс, вирусные гепатиты, состояние кишечной микрофлоры. Многообразие причин развития указанного патологического состояния обусловливает необходимость вдумчиво относиться к установлению диагноза НАЖБП, предварительно исключив другие возможные причины возникновения жировой инфильтрации печени. Нужно помнить о том, что стеатоз печени — это универсальная и начальная реакция печени на воздействие самых разнообразных этиологических повреждающих факторов.

Патогенетическими точками соприкосновения стеатоза и фиброза печени выступают нарушение диеты, гиподинамия, ИР, воспаление, оксидативный стресс, апоптоз. Особо следует выделить роль оксидативного стресса – важнейшего повреждающего фактора для гепатоцита – как в формировании стеатоза, так и в развитии фиброза. С одной стороны, оксидативный стресс (перекисное окисление липидов и избыточное накопление вредных компонентов типа малонового диальдегида) инициирует начальное повреждение органа, способствуя развитию жировой инфильтрации печени; а с другой — на более поздних этапах развития заболевания наличие компонентов оксидативного стресса способствует ускорению и усилению процессов фиброобразования.

Рассматривая ИР как одну из точек соприкосновения стеатоза и фиброза печени, следует обратить внимание на значение висцерального ожирения в формировании этих состояний. В настоящее время доказано, что висцеральный жир — это гормонально активная ткань, которая синтезирует в портальную систему биологически активные вещества (так называемые адипоцитокины). Именно эти гормоны запускают процессы, способствующие сохранению ИР и накоплению избыточной массы тела. Измерение окружности талии пациента является важным критерием для определения позитивной или отрицательной динамики проводимо-

Важной точкой пересечения стеатоза и фиброза является усиленный ангиогенез, запускаемый адипоцитокинами. Как правило, процессы избыточного ангиогенеза и ремоделирования синусоидов протекают параллельно и могут предшествовать фиброзу. В настоящее время феномен капилляризации синусоидов является одним из важных патоморфологических маркеров фиброобразования (рис. 2).

В качестве этиологической точки пересечения стеатоза и фиброза можно рассмотреть инфицирование вирусом гепатита С (HCV). Установлено, что HCV обладает способностью повышать экспрессию липогенов, которые усиливают интенсивность процессов



воспаления и фиброгенеза. Кроме того, HCV способствует возникновению ИР, что приводит к снижению уровня апо C-III, определяющего метаболизм и апоптоз жировой ткани. Совокупное влияние перечисленных факторов определяет степень тяжести фиброза печени при HCV-инфекции (рис. 3).



Нарушение кишечной микрофлоры также является важнейшей точкой пересечения стеатоза и фиброза печени. Как правило, коррекция дисбиотических нарушений у гепатологического больного проводится только при развитии таких осложнений цирроза печени, как декомпенсация, печеночная энцефалопатия или печеночная кома. Однако в настоящее время доказано, что значимое нарушение количественного и качественного состава кишечной микрофлоры возникает задолго до формирования цирроза печени и клинически проявляется уже на стадии стеатоза.

Значимой этиологической точкой пересечения фиброза и стеатоза является нарушение кишечной проницаемости, которая чаще всего имеет место у пациентов с синдромом избыточного бактериального роста. Прослеживается зависимость между нарушением проницаемости кишечной стенки и интенсивностью течения НАЖБП (рис. 4).



1 PAMPs – патоген-ассоциированные молекулярные паттернь <sup>2</sup>TLRs – Толл-подобные рецепторы

№ 23 (324) • Грудень 2013 р. 36

# ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ

КОНФЕРЕНЦІЯ

Основополагающим фактором в лечении НАЖБП является коррекция ИР. Пациентам могут быть рекомендованы такие группы препаратов, как статины, фибраты и метформин. В настоящее время считается, что дополнительное назначение метформина к статинам или фибратам позволяет достичь более значимого снижения уровня триглицеридов, чем монотерапия гиполипидемическими препаратами. При наличии выраженной цитолитической активности следует назначать антиоксиданты, гепатопротекторы, обладающие антиоксидантными свойствами.

Среди множества методов диагностики фиброза печени следует выделить золотой стандарт - пункционную биопсию. Применяются скрининговые методы диагностики фиброза (FibroTest, FibroMax). Инновационной технологией в гепатологии является эластометрия (методика, предназначенная для определения степени фиброза или наличия цирроза печени, реализованная в аппарате FibroScan), которая имеет неоспоримые преимущества и достоинства. FibroScan 502 Touch — это прибор экспертного класса, который отличается от других аппаратов серии FibroScan тем, что одновременно позволяет определить количественный уровень фиброза и степень стеатоза печени. На сегодняшний день ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины» имеет уникальную возможность обследовать пациентов с помощью такого аппарата, что, безусловно, улучшает диагностические и лечебные возможности (рис. 5).



Возможные пути коррекции стеатоза при НАЖБП определяются комплексом механизмов (ИР, дислипидемией, ожирением, оксидативным стрессом), и на каждый из этих механизмов есть свой способ воздействия. Назначение препаратов, восстанавливающих целостность мембранных структур при НАЖБП, является патогенетически обоснованным. Целесообразным представляется применение препаратов, содержащих фосфолипиды, для лечения НАЖБП. Способность фосфолипидов восстанавливать мембраны как самого гепатоцита, так и его внутренних органелл определяет показания к назначению этой группы препаратов практически при любых заболеваниях печени. Относительно эффективности и безопасности клинического применения фосфолипидных препаратов накоплена значительная доказательная база. Среди представителей этой группы лекарственных средств особое место занимает Энерлив<sup>®</sup>. Энерлив<sup>®</sup> – это препарат, содержащий 300 мг обогащенных обезжиренных соевых фосфолипидов с максимально высокой степенью очистки (концентрация фосфатидилхолина – 76%). При производстве Энерлива используется инновационная технология, позволяющая выпускать его в виде бесшовных мягких желатиновых капсул, что исключает контакт действующего вещества с кислородом и обеспечивает высокую биодоступность препарата.

Таким образом, стеатоз является начальной стадией большинства заболеваний печени, а пути пересечения стеатоза и фиброза многообразны и многочисленны. Жировая инфильтрация печени обратима при условии назначения эффективной патогенетической терапии. Все заболевания печени в той или иной мере связаны с нарушением целостности клеточной мембраны гепатоцита, поэтому в качестве базисной терапии большинства заболеваний печени может использоваться представитель нового поколения гепатопротекторов Энерлив<sup>®</sup>.



Заместитель директора по научной работе ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», кандидат медицинских наук Владимир Изотович Диденко охарактеризовал преимущества и недостатки существующих методов диагностики фиброза печени.

 В качестве основных достоинств инвазивных методик -

пункционной биопсии и пункционной трепанобиопсии - необходимо отметить возможность получения точной информации о состоянии гепатоцита, синусоида и их взаимодействия. В настоящее время доминирующие позиции занимает пункционная трепанобиопсия. Отличительными особенностями этого исследования являются форма и диаметр используемой иглы (1,4-1,6 мм). Конструктивные особенности пункционной иглы позволяют не только получить биоптат длиной 2-3 см и диаметром с тонкую нить, но и сохранить фрагмент печеночной ткани в момент извлечения иглы. При этом пункционная трепанобиопсия проводится только под ультразвуковым контролем, что дает возможность избежать пункции сосудистого пучка и предотвратить развитие осложнений.



Старший научный сотрудник отделения хирургии органов пищеварения ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», кандидат медицинских наук Александр Михайлович Бабий акцентировал внимание на органосохраняющих операциях в хирургическом лечении ЖКБ.

В 95% случаев больным ХЛ выполняется лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), которая стала золотым стандартом лечения данной патологии. Одним из недостатков этого метода является утрата желчного пузыря как функционирующего органа, обладающего важными для пищеварения функциями.

В настоящее время у части пациентов данной категории можно проводить органосохраняющие вмешательства (эндоскопическая холецистолитэкстракция/-литотрипсия, лапароскопическая холецистолитотомия -ЛХЛТ). Выполнение ЛХЛТ при неосложненном ХЛ позволяет сохранить физиологию пищеварения, ликвидирует вероятность появления постхолецистэктомического синдрома и сопровождается хорошими результатами в отдаленном постоперационном периоде.

С целью нормализации физико-химических свойств желчи, стабилизации мембран гепатоцитов и улучшения липидного обмена может использоваться препарат Энерлив<sup>®</sup>.

### Ферментная поддержка больных ХП



Практические аспекты ферментной поддержки больных ХП были подробно освещены в докладе кандидата медицинских наук Игоря Ярославовича Будзака, доцента кафедри гастроэнтерологии и терапии факультета последипломного образования Днепропетровской медицинской академии МЗ Украины.

 Под внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы (ПЖ) в настоящее время понимают синдром нарушения пищеварения (мальдигестии) и всасывания (мальабсорбции) вследствие снижения продукции панкреатических ферментов и/или расстройства реализации их действия. Внешнесекреторная недостаточность ПЖ может проявляться гастроинтестинальными симптомами (послаблением стула, метеоризмом, болями в животе), признаками гипотрофии (снижением массы тела, атрофией мышц), явлениями гиповитаминоза (глосситом, стоматитом, хейлитом, кровоточивостью, анемией) и симптомами электролитных нарушений (парестезиями, остеопорозом).

Внешнесекреторную недостаточность ПЖ условно подразделяют на первичную (снижение внутриполостного пищеварения обусловлено патологией ПЖ, вследствие чего железа вырабатывает меньше ферментов) и вторичную (ПЖ продуцирует достаточное количество пищеварительных ферментов, но их действие не реализуется в полной мере). Основными причинами первичной панкреатической недостаточности являются ХП, крупные кисты и опухоли ПЖ, резекция ПЖ, муковисцидоз. Вторичная панкреатическая недостаточность развивается при заболеваниях желудка, сопровождающихся снижением рН желудочного сока, а также при патологии кишечника (синдроме избыточного бактериального роста) и билиарной системы (холестазе, ЖКБ).

ХП является наиболее частой причиной развития внешнесекреторной недостаточности ПЖ. В течении ХП можно выделить два этапа. Начальный период (длительность заболевания <10 лет) представляет собой чередование ремиссий и обострений заболевания, на фоне которых, несмотря на сохраненную внешнесекреторную функцию ПЖ, возникают выраженные боли в верхней половине живота, появляется диспепсический синдром. Период выраженного фиброза ПЖ (длительность заболевания >10 лет) характеризуется уменьшением/отсутствием болевого синдрома, сохранением явлений диспепсии, нарастанием признаков внешнесекреторной недостаточности ПЖ, снижением нутритивного статуса пациента (рис. 6).



Диагностика ХП базируется на оценке клинической картины заболевания, использовании визуализирующих методов и применении методик оценки функциональной активности ПЖ. В данном контексте следует отметить топографические особенности расположения ПЖ (удаленность от передней брюшной стенки, прилегание большого количества петель кишечника), затрудняющие обзорность и визуализацию органа. Современные методы – УЗИ, компьютерная томография, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, эндоскопическое УЗИ, магнитно-резонансная томография и магнитно-резонансная холангиопанкреатография – позволяют визуализировать ПЖ. Информативность компьютерной томографии превосходит таковую УЗИ в отношении выявления и дифференциальной диагностики новообразований, кист, мелких кальцинатов и конкрементов ПЖ, а также обнаружения перипанкреатических изменений. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография позволяет не только определить признаки ХП и выявить дополнительные изменения (кисты ПЖ, камни желчных протоков, стеноз общего желчного протока), но и выполнить эндоскопическую папиллосфинктеротомию.

Среди существующих методик оценки функциональной активности ПЖ (секретин-панкреозиминовый тест, копрологическое исследование, дыхательный 13С-триглицеридный тест, сывороточный трипсиноген) особо хотелось бы выделить тест определения фекальной эластазы, результаты которого тесно коррелируют с тяжестью внешнесекреторной недостаточности ПЖ (чувствительность исследования – 63-93%, специфичность — 93-100%). Градация тяжести внешнесекреторной недостаточности ПЖ в зависимости от уровня фекальной эластазы выглядит следующим образом: легкая степень — 150-200 мкг/г, средняя — 100-150 мкг/г, тяжелая — <100 мкг/г. Учитывая недостаточную информативность непрямых методов оценки функции ПЖ на ранних стадиях заболевания, невозможность проведения прямых функциональных тестов, малую доступность наиболее информативных методик (эндоскопического УЗИ, магнитно-резонансной томографии, магнитно-резонансной холангиопанкреатографии) в Украине, следует обратить внимание на диагностическую значимость пробного назначения высоких доз ферментных препаратов.

Продолжение на стр. 38.

### ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ

КОНФЕРЕНЦІЯ

# Тепатология и гастроэнтерология сегодня: воплощение мечты в реальность

Продолжение. Начало на стр. 36.

В рамках современных представлений о роли ферментной терапии в лечении XП данный подход ориентирован на достижение двух основных целей:

- замещение недостающих ферментов ПЖ путем использования ферментных препаратов, которые будут участвовать в процессах пищеварения наряду с естественными ферментами;
- создание функционального покоя  $\Pi X$  (ферментные препараты позволяют  $\Pi X$  сократить выработку собственных ферментов, что способствует снижению давления в панкреатических протоках и функциональному покою  $\Pi X$ ).

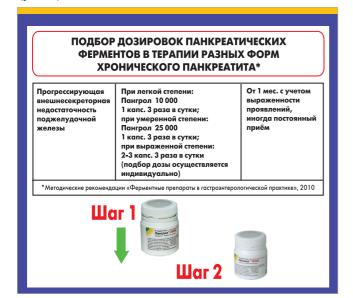
В ряде случаев проводимая ферментная поддержка может быть недостаточно эффективной. Основные причины терапевтической неудачи заключаются в снижении уровня рН в желудке и двенадцатиперстной кишке (ДПК), нарушении моторики гастродуоденальной зоны, назначении неадекватной дозы или формы выпуска ферментного препарата, употреблении пациентом избыточного количества жиров, отсутствии комплайенса, наличии сопутствующих заболеваний (целиакии). К возможным способам повышения эффективности ферментной терапии относят использование антисекреторных препаратов, коррекцию дисбиотических нарушений и снижение потребления жиров.

В настоящее время наибольшее распространение получила ступенчатая ферментная терапия, подразумевающая проведение заместительного лечения с постепенным повышением (step-up) или снижением (step-down) дозы ферментного препарата с целью достижения максимального клинического эффекта. Проведение ступенчатой ферментной терапии ассоциируется с высокой приверженностью пациентов к лечению: 97% больных тщательно выполняют рекомендации врача.

При назначении ферментных препаратов необходимо тщательно мониторировать эффективность проводимого лечения посредством оценки прироста массы тела пациента, нормализации стула, уменьшения выраженности диспепсии, улучшения лабораторных показателей.

На украинском фармацевтическом рынке появилась новая капсулированная форма хорошо известного препарата Пангрол, особенность которой заключается в том, что в твердых капсулах содержатся кишечнорастворимые микротаблетки. Попадая в кислую среду желудка, капсулы растворяются, и в полость желудка поступают микротаблетки, покрытые кислотоустойчивой оболочкой. Перемешиваясь с пищей, микротаблетки попадают в тонкий кишечник, где растворяются и оказывают терапевтическое действие, улучшая переваривание пищи.

В отличие от некоторых других ферментных препаратов количество микротаблеток в капсуле строго регламентировано, что позволяет использовать данную форму в педиатрической практике. Капсулированную форму Пангрола можно применять в таких особых клинических случаях, как нарушение глотания, кормление через зонд. Капсулы Пангрола не содержат дибутилфталата, желчи, гемицеллюлазы и грибковой диастазы (рис. 7).



Преимуществами капсулированной формы Пангрола также являются легкость расчета стартовой дозы и простота подсчета дозы на кг массы тела. Дозировка Пангрола зависит от степени внешнесекреторной недостаточности ПЖ. При легкой степени внешнесекреторной недостаточности ПЖ назначается Пангрол® 10 000 (1 капсула 3 р/сут), при средней — Пангрол® 25 000 (1 капсула 3 р/сут), при тяжелой внешнесекреторной недостаточности — Пангрол® 25 000 (2-3 капсулы 3 р/сут).

В заключение хотелось бы еще раз сделать акцент на том, что проведение заместительной ферментной терапии является важным элементом лечения  $X\Pi$  с внешнесекреторной недостаточностью.

#### Характеристика эффективности селективного спазмолитика Спазмомен



Начиная свое выступление, кандидат медицинских наук Светлана Валерьевна Косинская, доцент кафедры гастроэнтерологии и терапии ФПО Днепропетровской медицинской академии МЗ Украины, подчеркнула важность для практического врача быстрого и эффективного купирования боли у гастроэнтерологического больного.

 У пациентов гастроэнтерологического профиля большое значение имеет устранение алгии. В этом плане интересен препарат Спазмомен<sup>®</sup> (отилония бромид), который по своей химической структуре является четвертичной аммониевой солью, т. е. относится к периферическим холиноблокаторам, лишенным способности проникать через гематоэнцефалический барьер. В отличие от других представителей группы периферических холиноблокаторов Спазмомен® обладает рядом дополнительных механизмов действия. Он ингибирует потенциалзависимые Ca<sup>2+</sup>-каналы L-типа, ацетилхолиновые и тахикининовые рецепторы, тормозит высвобождение Са<sup>2+</sup> из саркоплазматического ретикулума, препятствуя тем самым поступлению экстрацеллюлярного Ca<sup>2+</sup> в цитоплазму гладкомышечной клетки и снижая сократимость гладкого миоцита.

Особого внимания заслуживает способность Спазмомена влиять на тахикининовые рецепторы. Тахикинины относятся к группе нейропептидов, куда также входят нейрокины, нейромедины и бомбезины. Спектр физиологической активности тахикининов весьма широк: они обусловливают сокращение гладкой мускулатуры кишечника, бронхов и зрачка глаза, медиацию центральных (поведенческих) и гормональных процессов, высвобождение других физиологически активных веществ, а также периферическую ноцицепцию (передачу болевого импульса). Наиболее известной среди тахикининов является субстанция Р. Данное вещество играет значимую роль в физиологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ): стимулирует моторику пищевода, желудка, толстой и тонкой кишки, увеличивает механическую и электрическую активность пищеварительного канала, активизирует секрецию ПЖ и слюнных желез, ингибирует синтез желчи и соматостатина. Другим важным свойством тахикининовых рецепторов является передача

# СПАЗМОМЕН - глобально эффективный препарат

Desborough MJ, Ford AC. Is otilonium

bromide globally effective in irritable bowel syndrome? // Aliment Pharmacol Ther. 2011 Oct;34(8):1034-5; author reply 1035-6. doi: 10.1111/j.1365-2036.2011.04769.x.

болевого сигнала; соответственно, блокада этих рецепторов позволяет прервать патологический импульс и уменьшить висцеральную чувствительность. Под воздействием отилония бромида прогрессивно снижается экспрессия субстанции Р, увеличивается активность NO-синтазы 1 типа, перераспределяются Са<sup>2+</sup>-каналы L-типа, повышается чувствительность NK1-рецепторов.

Спазмомен® имеет оптимальную фармакокинетику: этот спазмолитик лишен значимого системного влияния, он действует только локально, связываясь с гладкой мускулатурой ЖКТ, и элиминируется из организма преимущественно с калом. Спазмолитический эффект препарата реализуется на протяжении всего ЖКТ, но в первую очередь Спазмомен® накапливается в желудке, ДПК, тонкой и подвздошной кишках, а через 4-8 ч оказывается в толстой и прямой кишках.

Прием Спазмомена (40 мг отилония бромида 3 р/сут) показан при любых состояниях, связанных с необходимостью снижения интенсивности перистальтики или купирования спазма ЖКТ: синдроме раздраженного кишечника (СРК), абдоминальной боли, вздутии живота и нарушении моторики кишечника, обусловленных спазмом гладкой мускулатуры.

В соответствии с теорией профессора Я.Д. Витебского ЖКТ представляет собой единую трубку с клапанами, отделяющими смежные отделы с различным содержимым. В каждом отделе (этаже) имеется свое, характерное для этого уровня по составу химуса, рН, давлению содержимое, которое отделяется клапанами. При смешивании содержимого разных этажей нарушается пищеварение, развиваются клинические проявления заболевания (диспепсия). Селективный спазмолитик Спазмомен® можно применять для лечения различных заболеваний ЖКТ как верхних, так и нижних этажей.

В отношении Спазмомена имеется убедительная доказательная база. Так, показательны результаты метаанализа эффективности спазмолитиков, основанного на изучении данных 23 рандомизированных клинических исследований, в которых сопоставлялась эффективность различных спазмолитиков (циметоприма, гиосцина, мебеверина, отилония бромида, пинаверия бромида, тримебутина) у 1888 больных СРК (T. Poynard et al., 2011). Оказалось, что в лечении СРК наибольшей эффективностью (по сравнению с таковой плацебо) в уменьшении болевого синдрома среди всех изученных спазмолитиков обладал отилония бромид (47 vs 29% в группе плацебо). Далее в порядке убывания следовали пинаверия бромид, мебеверин, тримебутин и гиосцин. В исследовании F. Chang и соавт. (2011) отилония бромид по сравнению с мебеверином зарекомендовал себя как препарат, хорошо купирующий болевой и диспепсический синдромы у больных СРК.

Отилония бромид обладает уникальным, сложным, как минимум тройным механизмом действия. Ему присущ выраженный спазмолитический эффект, сопоставимый с таковым эталонных препаратов (нифедипина и атропина). Спазмомен® может применяться для устранения болевого синдрома как верхних, так и нижних этажей ЖКТ, а также для купирования спазма при сочетанной патологии ЖКТ.

### Как правильно готовить пациента к инструментальному исследованию ЖКТ



Ведущий научный сотрудник диагностического отделения ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», кандидат медицинских наук Елена Витальевна Симонова остановилась на аспектах обеспечения надлежащего качества эндоскопического осмотра.

— Осмотру слизистой оболочки желудка (СОЖ) и ДПК, детальной оценке структурных изменений исследуемых органов довольно часто препятствует значительное пенообразование. Избыточное пенообразование может быть обусловлено дисбиозом желудка и ДПК, наличием дуоденогастрального рефлюкса, инфицированием Helicobacter pylori и другими причинами.

В последние годы многие эндоскописты отмечают увеличение запенивания желудка, что, возможно, связано с изменением состава продуктов питания, возросшей концентрацией в них консервантов,

38 № 23 (324) • Грудень 2013 р.

www health-ua com

# ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ

#### КОНФЕРЕНЦІЯ

токсических соединений и т. д. Пенообразование способствует уменьшению резорбции в кровь основных компонентов газовой смеси желудка, ДПК, толстой кишки, нарушению кровообращения. Практика показывает, что синдром избыточного газообразования наблюдается у 85% больных гастроэнтерологического профиля. При наличии пенистой слизи на поверхности СОЖ возникают блики, которые препятствуют осмотру, налипают на объектив эндоскопа, покрывают значительное пространство слизистой оболочки и затрудняют проведение манипуляции. Удаление такого секрета традиционным способом с помощью электроотсоса занимает достаточно много времени и не всегда эффективно. Наличие пенистой слизи негативно влияет на проведение эндоскопии: увеличивается длительность осмотра, ухудшается переносимость пациентом исследования, затрудняются осмотр и про-

ведение детальной оценки структурных изменений слизистой оболочки исследуемых органов. Кроме того, при запенивании могут быть недоступны осмотру и взятию биопсии любые патологические изменения малых размеров, т. е. существуют предпосылки для несвоевременного обнаружения ранних форм рака и предраковых заболеваний желудка.

Одними из важных условий качественного эндоскопического осмотра являются подготовка желудка и использование пеногасителей. Широко применяется в практической деятельности как на лечебном, так и на диагностическом этапе пеногаситель Эспумизан<sup>®</sup>. Он используется для лечения заболеваний, сопровождающихся повышенным газообразованием в кишечнике; применяется у детей, беременных, кормящих матерей; назначается с целью оптимизации терапии функциональной диспепсии, нормализации моторной функции кишечника после оперативного вмешательства.

Основным действующим компонентом препарата является симетикон. Последний не растворяется ни в воде, ни в этиловом спирте, не изменяет своей структуры под воздействием окислителей и высокой температуры, является жиронерастворимым и резистентным к любым микроорганизмам. Это вещество совершенно интактно по отношению к другим средам, выводится из организма в неизмененном виде, не всасывается в кишечнике, не нарушает микробиоценоз кишечника; не влияет на работу печени и почек, обмен белков, жиров и углеводов; не изменяет всасывание витаминов и микро-

Что касается применения препарата Эспумизан<sup>®</sup> с целью пеногашения, то возможны следующие подходы. Первый вариант использования Эспумизана предполагает прием 2 капсул препарата (80 мг симетикона) на ночь перед эндоскопией, а за 20-30 мин до проведения исследования еще 2-3 капсулы, которые необходимо раскусить. Другой вариант применения пеногасителя предполагает либо введение растворенной эмульсии Эспумизан® непосредственно в канал эндоскопа, либо прием внутрь 3 мл эмульсии вместе с такой же дозой воды за 5 мин до исследования. Применение препарата Эспумизан® оказывает эффект очищения. Желудок быстро очищается от комков слюны, вспененной желчи, большого количества пузырьков пены. Слизь при этом разжижается, легко удаляется с поверхности слизистой оболочки, что создает адекватные условия для проведения исследования. Прием

Эндоскопия желудка до и после применения эмульсии эспумизана

ДО ПОСЛЕ

ТЕЛО

ЖЕЛУДКА

пеногасителя перед выполнением эндоскопического исследования показан больным, перенесшим холецистэктомию, резекцию желудка, при проведении онкоскрининга, а также пациентам, у которых исследование проводится после 10:00-11:00, т. к. к этому времени в желудке накапливается слизь. К сожалению, во многих центрах и эндоскопических кабинетах существует порочная практика проведения исследования без использования пеногасителя.

Применение препарата Эспумизан<sup>®</sup> способствует повышению качества осмотра, выявлению микропатологии, в том числе раннего рака, приводит к сокращению длительности исследования, снижению рабочей нагрузки на персонал и аппаратуру, повышает комфортность процедуры для врача и пациента.

Подготовила **Лада Матвеева** 





