



Falk Gastro-Info

02/2017



Редакторы: PD Dr. Peter Hasselblatt, Head of the Freiburg Outpatient Clinic for Ileal Diseases, D Dr. Christoph Neumann-Haefelin, Head of the Freiburg Liver Center, Medical University Clinic of Freiburg, D-79106 Freiburg i. Br. (Germany)

Перевод: к.м.н А.Ю. Соколов, кафедра фармакологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

Учебное видео

Видеокурс по ультразвуковому исследованию брюшной полости

Исследование средостения: превазкулярная область



Нажмите ссылку для перехода на просмотр видео (видео на английском языке)

http://media.falkfoundation.de/fileadmin/media/112_Mediastinum_Prevascular_region_ENG.mp4

Author: Prof. Dr. Christoph F. Dietrich, Caritas Krankenhaus Bad Mergentheim.

© 2015 Falk Foundation e.V., Freiburg. All rights reserved.



Inflamm Bowel Dis. 2016;22(11):2665–71

Bhattacharya A, Rao BB, Koutroubakis IE, Click B, Vargas EJ, Regueiro M, Schwartz M, Swoger JM, Babichenko D, Hartmann D, Rivers CR, Barrie A, Hashash JG, Dunn MA, Binion DG

«Немая» болезнь Крона – прогностический фактор повреждения кишечника при многолетнем наблюдении: последствия скрытого течения активного воспаления [Silent Crohn's disease predicts increased bowel damage during multiyear follow-up: The consequences of underreporting active inflammation]

Введение: пациенты с болезнью Крона (БК) в клинической ремиссии с повышенным уровнем С-реактивного белка (ЦРБ) рассматриваются как обладатели «немой БК»; за 2-х летний период у таких лиц частота госпитализации выше, чем у бессимптомных пациентов с отсутствием биохимического подтверждения воспаления. Риск совокупного повреждения кишечника у субъектов с немой БК неизвестен.

Методы: обсервационное исследование пациентов с БК проводилось проспективно с использованием регистра направлений на оказание специализированной медпомощи. Популяцию исследования составляли находящиеся под наблюдением минимум в течение 4 лет последовательно поступавшие пациенты с БК в клинической ремиссии (индекс Харви-Брэдшоу ≤ 4) с хорошим качеством жизни (балл по короткой анкете пациента с воспалительными заболеваниями кишечника ≥ 50), которым в день первого визита определяли уровень ЦРБ. Течение заболевания определялось по изменению Индекса Леманна как критерия повреждения кишечника.

Результаты: всего в исследование было включено 185 пациентов с БК (средний возраст 42 года; 51.4% мужчины). Повышение уровня ЦРБ было обнаружено у 43 (23%) участников (когорта немой БК). Большинство из них - на основании изменения Индекса Леманна - показало ухудшение течения заболевания при сравнении с бессимптомными пациентами с нормальным ЦРБ (65% против 36%, $p < 0.0001$). Полиномиальная логистическая регрессия продемонстрировала, что повышенный ЦРБ был независимо ассоциирован с 7-кратным увеличением шансов (отношение шансов = 6.93, $p < 0.0001$) ухудшения течения болезни при сравнении со стабильным ходом её течения.

Заключение: у двух третей пациентов с болезнью Крона, находящихся в клинической ремиссии, но с повышенным уровнем С-реактивного белка, в течение нескольких лет – несмотря на хорошее самочувствие - будет развиваться повреждение кишечника. Такие пациенты с «немой» болезнью Крона составляют группу риска, что требует дальнейших исследований с целью предотвращения развития связанных с болезнью осложнений.

D.G. Binion, M.D., Associate Professor, Division of Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition, University of Pittsburgh School of Medicine, 200 Lothrop Street, PUH Mezzanine Level C Wing, Pittsburgh, PA 15213, USA, E-Mail: binion@pitt.edu

Химиопрофилактика колоректального рака у лиц с предшествующей колоректальной неоплазией: систематический обзор и сетевой мета-анализ [Chemoprevention of colorectal cancer in individuals with previous colorectal neoplasia: Systematic review and network meta-analysis]

Цель: оценить в систематическом обзоре с метаанализом сравнительную эффективность и безопасность препаратов-кандидатов (низкие и высокие дозы аспирина, иные нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), кальций, витамин Д, фолиевая кислота – в монотерапии или в комбинации) для предотвращения прогрессирующей метакронной неоплазии (то есть, происходящей в различное время после резекции первичной опухоли) у лиц с колоректальным новообразованием в анамнезе.

Источники данных: Medline, Embase, Web of Science, с момента создания до 15 октября 2015; регистры клинических исследований.

Отбор исследований: рандомизированные контролируемые исследования на взрослых лицах с колоректальными опухолями в анамнезе, получавших химиопрофилактику агентами-кандидатами в сравнении с плацебо или другими препаратами-кандидатами. Первичным исходом эффективности был риск прогрессирующей метакронной неоплазии; исходом безопасности являлись серьезные нежелательные явления.

Получение данных: двое исследователей идентифицировали исследования и конспектировали данные. Проводился Байесовский сетевой мета-анализ; сравнительное ранжирование агентов оценивалось с помощью поверхности под кумулятивной кривой распределения (surface under the cumulative ranking - SUCRA) вероятности (от 1, что свидетельствовало о высокой вероятности того, что лечение может быть лучше, до 0, что указывало на высокую вероятность того, что лечение может быть хуже). Качество доказательств оценивалось с помощью критериев GRADE.

Результаты: в метаанализ было включено 15 рандомизированных контролируемых исследований (12,234 пациентов), где сравнивалось 10 различных стратегий лечения. По сравнению с плацебо, «неаспириновые» НПВС были лучше с точки зрения профилактики прогрессирующей метакронной неоплазии (отношение шансов = 0.37, 95% доверительный интервал: 0.24–0.53; SUCRA = 0.98; высокое качество доказательности), за ними следовали низкие дозы аспирина (0.71, 0.41–1.23; SUCRA = 0.67; низкое качество доказательности). Вместе с тем, низкие дозы аспирина оказались наиболее безопасными среди средств химиопрофилактики (0.78, 0.43–1.38; SUCRA = 0.84), в то время как прочие НПВС (1.23, 0.95–1.64; SUCRA = 0.26) были хуже с точки зрения безопасности. Высокие дозы аспирина были сопоставимы с низкими по эффективности (1.12, 0.59–2.10; SUCRA = 0.58), но уступали им по профилю безопасности (SUCRA = 0.51). Эффективность препаратов для подавления метакронного колоректального рака не может быть оценена.

Заключение: среди лиц с колоректальными новообразованиями в анамнезе, «неаспириновые» НПВС являются наиболее эффективными препаратами для профилактики прогрессирующей метакронной неоплазии, хотя низкие дозы аспирина имеют наиболее благоприятное соотношение польза-риск.

Aveyard P, Lewis A, Tearne S, Hood K, Christian-Brown A, Adab P, Begh R, Jolly K, Daley A, Farley A, Lycett D, Nickless A, Yu LM, Retat L, Webber L, Pimpin L, Jebb SA

Скрининг и краткое консультирование при ожирении в медучреждениях первичного звена: рандомизированное исследование в 2-х параллельных группах [Screening and brief intervention for obesity in primary care: A parallel, 2-arm, randomized trial]

Введение: ожирение является наиболее частой причиной развития неинфекционных заболеваний. Различные руководства рекомендуют врачам выявлять таких пациентов, кратко их консультировать и мотивировать снизить вес посредством направления в программы коррекции поведения для борьбы с ожирением. Однако врачи редко следуют этим рекомендациям, а каких-либо исследований на эту тему нет. Авторы провели исследование с целью установления, является ли краткое консультирование врачом приемлемым и эффективным с точки зрения снижения массы тела у пациентов с ожирением.

Методы: в рандомизированном исследовании в 2-х параллельных группах, пациенты, которых консультировали 137 врачей первичного звена в Англии, были обследованы на предмет наличия ожирения. Критериями включения были возраст 18 лет и старше, индекс массы тела не менее 30 кг/м² (для азиатов не менее 25 кг/м²) и повышенный процент содержания жира в организме. В конце консультации врачи рандомизировали участников (1:1) для прохождения одного из двух 30-секундных собеседований. Рандомизация проводилась посредством заранее подготовленных рандомизационных карт с отметкой кода распределения, которые были помещены в непрозрачные запечатанные конверты и выдавались врачам с указанием открыть в момент назначения лечения. При активном вмешательстве врач предлагал направление в группу борьбы с лишним весом (12 одночасовых занятий, одно в неделю) и, если направление принималось, врач обеспечивал пациенту последующее наблюдение. При контрольной консультации врач объяснял пациенту, что его здоровье может улучшиться в случае снижения веса. Первичным исходом было изменение веса через 12 месяцев в популяции «intention-to-treat», что оценивалось «вслепую» по отношению к рандомизационным группам. Авторы также оценивали вопросы пациентам об их самочувствии при обсуждении их веса в случае посещения ими своих врачей общей практики по другим причинам. Учитывая характер вмешательства, авторы не предвидели развития каких-либо нежелательных явлений в обычном смысле этого понятия, поэтому исходы безопасности не оценивались.

Результаты: за период между 4 июня 2013г и 23 декабря 2014г было обследовано 8403 человека, из них у 2728 (32%) было выявлено ожирение. Из числа этих тучных пациентов, 2256 (83%) согласились на участие, 1882 соответствовали критериям и были включены в анализ «intention-to-treat»: 940 субъектов в группу поддержки и 942 участника – в группу консультирования. 722 (77%) человека из группы поддержки согласились посещать курсы по снижению веса, из них 379 (40%) реально их посещали, по сравнению с 82 (9%) пациентами из группы консультативного участия. Во всей популяции исследования, среднее изменение веса через 12 месяцев было 2.43 кг при поддерживающем участии и 1.04 кг при консультативном вмешательстве, что давало скорректированное различие в 1.43 кг (95% CI: 0.89–1.97). Реакции пациентов на короткие вмешательства врачей общей практики статистически не различались между группами исследования с точки зрения уместности (скорректированное отношение шансов = 0.89, 95% ДИ: 0.75–1.07, p = 0.21) или полезности (1.05, 0.89–1.26, p = 0.54); в целом, 4 (<1%) пациента посчитали, что участие врачей было неуместным и непродуктивным, в то время как 1530 (81%) человек, наоборот, сочли его приемлемым и полезным.

Интерпретация: краткое информирование со стороны врача о вреде ожирения приемлемо для пациентов и является эффективным путем к снижению среднего веса в популяции.

Prof. Dr. P. Aveyard, Nuffield Department of Primary Care Health Sciences, University of Oxford, Radcliffe Observatory Quarter, Oxford OX2 6GG, UK, E-Mail: paul.aveyard@phc.ox.ac.uk



Hepatology. 2017;65(1):152–63

Dahlgvist G, Gaouar F, Carrat F, Meurisse S, Chazouillères O, Poupon R, Johanet C, Corpechot C; French Network of Immunology Laboratories

Крупномасштабное исследование пациентов с антимитохондриальными антителами, но неустановленным первичным билиарным холангитом [Large-scale characterization study of patients with antimitochondrial antibodies but non-established primary biliary cholangitis]

Распространенность, клинические характеристики и исходы пациентов с антимитохондриальными антителами (АМАТ), но без клинически подтвержденного первичного билиарного холангита (ПБХ), в целом неизвестны. Проспективное исследование частоты встречаемости АМАТ было проведено при участии общенациональной сети из 63 иммунологических лабораторий во Франции. Были собраны клинические данные по 720 из 1318 идентифицированных в течение 1 года АМАТ-позитивных пациентов. Пациенты разделялись на три категории: с впервые диагностированным ПБХ ($n = 275$), ранее диагностированные по этому поводу ($n = 216$) и с неустановленным диагнозом ПБХ ($n = 229$). Последняя группа оценивалась особенно пристально. Наблюдение и сбор данных осуществлялись в течение 7 лет после выявления АМАТ. Распространенность АМАТ-позитивных пациентов без подтвержденного ПБХ была 16.1 на 100,000. Характеристика таких участников была следующая: 78% женщины; средний возраст 58 лет; средний титр АМАТ 1:160; внепеченочные аутоиммунные расстройства у 46%; нормальный сывороточный уровень щелочной фосфатазы (ЩФ) у 74%; ЩФ в 1,5 раза выше верхней границы нормы у 13%, и наличие цирроза у 6%. По сравнению с лицами, которым впервые диагностировали ПБХ, эти пациенты были несколько моложе, с более низкими титрами АМАТ и менее выраженным дисбалансом в соотношении полов. Среди пациентов с нормальным уровнем ЩФ и без подтвержденного цирроза, 5-летняя частота заболеваемости ПБХ составляла 16%. Несмотря на то, что ни один пациент не умер от ПБХ, 5-летняя выживаемость была 75% - по сравнению с 90% в контрольной выборке, сопоставимой по полу и возрасту ($p < 0.05$).

Заключение: примерно половина впервые выявленных антимитохондриальных антител (АМАТ) в клинической практике не приводит к диагностике первичного билиарного холангита (ПБХ). ПБХ остается нераспознанным в 13% таких случаев. Только у 1 из 6 пациентов с АМАТ и нормальным уровнем ЩФ спустя 5 лет развивается ПБХ. Смертность АМАТ-позитивных пациентов без ПБХ повышена независимо от риска развития ПБХ.

Dr. C. Corpechot, Reference Center for Inflammatory Biliary Diseases, Saint-Antoine Hospital, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (APHP), 184 rue du Faubourg Saint-Antoine, 75571 Paris Cedex 12, France, E-Mail: christophe.corpechot@aphp.fr

Bureau C, Thabut D, Oberti F, Dharancy S, Carbonell N, Bouvier A, Mathurin P, Otal P, Cabarrou P, Péron JM, Vinel JP

Трансъюгулярное внутripеченочное портосистемное шунтирование покрытыми стентами увеличивает выживаемость без трансплантации у пациентов с циррозом и рецидивирующим асцитом [Transjugular intrahepatic portosystemic shunts with covered stents increase transplant-free survival of patients with cirrhosis and recurrent ascites]

Введение и цели: данные о возможности трансъюгулярного внутripеченочного портосистемного шунтирования (ТВППШ) увеличивать сроки выживаемости у пациентов с циррозом и рецидивирующим асцитом противоречивы. Высокая частота дисфункции шунта при использовании непокрытых стентов нивелирует пользу ТВППШ. Для определения эффективности у таких больных ТВППШ с использованием покрытых политетрафлуороэтиленом стентов было проведено рандомизированное контролируемое исследование.

Методы: проводилось проспективное исследование 62 пациентов с циррозом и как минимум 2-мя парацентезами большого объема в течение как минимум 3 недель; исследование было выполнено во Франции, в 4 центрах специализированной медпомощи с августа 2005г по декабрь 2012г. Пациенты были рандомизированы в группы для получения «покрытого» ТВППШ (т.е. шунтирования покрытыми стентами, n = 29) или парацентезов большого объема и альбумина при необходимости (ПБО+А, n = 33). Все пациенты придерживались низкосолевого диеты и проверялись спустя 1 месяц после процедуры и далее каждые 3 месяца вплоть до 1 года. На каждом визите учитывались релятивные заболевания печени осложнения, корректировки лечения, а также колебания клинического и биохимического статусов, требующие расчета баллов по Чайлд-Пью и Модели конечной стадии болезни печени. Ультразвуковая доплерография проводилась в начале лечения и затем через 6 и 12 месяцев после процедуры. Первичной конечной точкой исследования была выживаемость без трансплантации печени в течение 1 года после процедуры.

Результаты: первичной конечной точки достигло большее число пациентов из группы ТВППШ (93%) по сравнению с группой ПБО+А (52%) (p = 0.003). Общее количество парацентезов было 32 в группе ТВППШ против 320 в группе ПБО+А. По сравнению с ТВППШ-группой, в когорте ПБО+А у большего числа пациентов отмечались связанные с портальной гипертензией кровотечения (18% против 0%; p = 0.01) или связанные с грыжей осложнения (18% против 0%; p = 0.01). Пациенты группы ПБО+А имели в два раза больше дней госпитализации (35 дней), нежели участники группы ТВППШ (17 дней, p = 0.04). Однолетняя вероятность остаться без энцефалопатии была 65% в каждой группе.

Заключение: в рандомизированном исследовании, использование покрытых стентов при выполнении трансъюгулярного внутripеченочного портосистемного шунтирования (ТВППШ) сопровождалось увеличением пропорции пациентов с циррозом и рецидивирующим асцитом, выживших без трансплантации в течение 1 года - по сравнению с пациентами, получавшими повторные парацентезы большого объема и альбумин. Полученные данные говорят в пользу ТВППШ как вмешательства первой линии у таких пациентов.

Prof. Dr. C. Bureau, Service d'Hépatogastroentérologie, Hôpital Purpan, Centre Hospitalier Universitaire Toulouse, 31059 Toulouse Cedex, France, E-Mail: bureau.c@chu-toulouse.fr

Bruix J, Qin S, Merle P, Granito A, Huang YH, Bodoky G, Pracht M, Yokosuka O, Rosmorduc O, Breder V, Gerolami R, Masi G, Ross PJ, Song T, Bronowicki JP, Ollivier-Hourmand I, Kudo M, Cheng AL, Llovet JM, Finn RS, LeBerre MA, Baumhauer A, Meinhardt G, Han G, RESORCE Investigators

Регорафениб для пациентов с гепатоцеллюлярной карциномой, прогрессирующей при лечении сорафенибом (RESORCE): фаза 3 рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого исследования [Regorafenib for patients with hepatocellular carcinoma who progressed on sorafenib treatment (RESORCE): A randomized, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial]

Введение: для пациентов с гепатоцеллюлярной карциномой (ГЦК), чья болезнь прогрессирует при проведении терапии сорафенибом, не существует системного лечения. Авторы задались целью оценить эффективность и безопасность регорафениба у пациентов с ГЦК, прогрессирующей на фоне приема сорафениба.

Методы: в фазу 3 рандомизированного, двойного слепого исследования в параллельных группах, проводимого в 152 центрах в 21 стране, включались взрослые пациенты с ГЦК, толерантные к сорафенибу, прогрессирующие при его приеме и с показателем функции печени А по Чайлд-Пью. Участники были рандомизированы (2:1) согласно сгенерированному компьютером списку и с помощью интерактивной системы голосового ответа и стратифицированы по географическому региону, функциональному статусу Восточной объединенной онкологической группы, макрососудистой инвазии, внепеченочным заболеваниям и уровню α -фетопротеина для получения лучшего поддерживающего лечения плюс 160 мг регорафениба перорально или плацебо один раз в день в течение недель 1-3 каждого 4-недельного цикла. Исследователи, пациенты и спонсор были ослеплены, т.е. не знали о назначенном лечении. Первичной конечной точкой была общая выживаемость (определяемая как время с момента рандомизации до смерти по любым причинам), оцениваемая в анализе «intention to treat».

Результаты: между 14 мая 2013г и 31 декабря 2015г было просмотрено 843 пациента, из которых 573 были включены и рандомизированы (379 в группу регорафениба и 194 – в группу плацебо; популяция для анализа эффективности); 567 начали лечение (374 получали регорафениб и 193 - плацебо; популяция для анализа безопасности). Регорафениб улучшал общую выживаемость с отношением рисков 0.63 (95% ДИ: 0.50–0.79; односторонний $p < 0.0001$); медиана выживаемости была 10.6 месяцев (95% ДИ: 9.1–12.1) для регорафениба по сравнению с 7.8 месяцами (6.3–8.8) для плацебо. Нежелательные явления были отмечены у всех получавших регорафениб субъектов (374 [100%] из 374) и у 179 (93%) из 193 участников группы плацебо. Наиболее частыми, клинически релевантными, связанными с лечением явлениями 3 или 4 степени были гипертензия (57 пациентов [15%] в группе регорафениба против 9 человек [5%] из группы плацебо), кожная реакция на конечностях (47 пациентов [13%] против 1 [1%]), усталость (34 [9%] против 9 [5%]), и диарея (12 [3%] против 0 участников). Из 88 смертей (нежелательные явления 5 степени), произошедших во время исследования (50 пациентов [13%] получали препарат и 38 [20%] - плацебо), 7 (2%) были расценены исследователями как связанные с изучаемым лекарством в группе регорафениба и 2 (1%) – в группе плацебо, включая 2 (1%) пациентов с печеночной недостаточностью из контрольной группы.

Интерпретация: регорафениб представляет собой препарат исключительно для системного назначения, улучшающий выживаемость у пациентов с гепатоцеллюлярной карциномой, прогрессирующей при лечении сорафенибом. Будущие исследования должны изучить комбинации регорафениба с другими системными агентами и схемами лечения третьей линии у пациентов, для которых последовательность сорафениба и регорафениба была неэффективна или не переносилась.



Clin Gastroenterol Hepatol. 2016;14(12):1706–19.e5

Tran-Duy A, Spaetgens B, Hoes AW, de Wit NJ, Stehouwer CDA

Использование ингибиторов протонной помпы и риски развития полипов фундальных желез и рака желудка: систематический обзор и мета-анализ [Use of proton-pump inhibitors and risks of fundic gland polyps and gastric cancer: Systematic review and meta-analysis]

Введение и цели: количество сообщений о клинических случаях и данных обсервационных исследований, что у пациентов на долгосрочной терапии ингибиторами протонной помпы (ИПП) развиваются нежелательные явления, продолжает нарастать. В фокусе внимания – влияние приема ИПП на риски развития полипов фундальных желез (ПФЖ) и рака желудка. Для оценки этих рисков и был проведен систематический обзор с мета-анализом рандомизированных контролируемых и обсервационных исследований.

Методы: по базам PubMed, Embase и Cochrane Central Register of Controlled Trials авторы провели поиск релевантных исследований, опубликованных с июля 2015 г. Объединенное отношение шансов для ПФЖ и отношение риска для рака желудка у потребителей ИПП рассчитывались в сравнении с не принимающими ИПП лицами с использованием моделей фиксированных и случайных эффектов.

Результаты: были проанализированы данные 12 исследований, включавших 87,324 пациента: в 1 рандомизированном контролируемом исследовании сообщалось об эффектах ИПП на полипы желудка (локализация не уточнялась), 6 когортных и 1 исследование типа «случай-контроль» специализировались на ПФЖ, а 1 когортное и 3 исследования «случай-контроль» – на раке желудка. Объединенные отношения шансов для ПФЖ были 1.43 (95% доверительный интервал [ДИ]: 1.24–1.64) и 2.45 (95% ДИ: 1.24–4.83) для моделей фиксированных и случайных эффектов, соответственно. Объединенное отношение риска для рака желудка было 1.43 (95% ДИ: 1.23–1.66) для каждой модели. Среди посвященных ПФЖ исследований была замечена существенная гетерогенность, которая не наблюдалась среди исследований по риску рака желудка.

Заключение: на основании систематического обзора с мета-анализом, долгосрочное использование ИПП (≥ 12 месяцев) ассоциировано с повышенным риском развития полипов фундальных желез. Терапия ИПП также может привести к повышению риска развития рака желудка, хотя эта ассоциация может быть ошибочной из-за малого количества исследований и возможных вмешивающихся факторов.

Dr. A. Tran-Duy, Department of Clinical Epidemiology and Medical Technology Assessment, Maastricht University Medical Center, P.O. Box 5800, 6202 AZ Maastricht, The Netherlands, E-Mail: an.tranduy@gmail.com

Chen Q, Zhang W, Fu Q, Liang X, Liu W, Xiao S, Lu H

Элиминационная терапия для эрадикации *Helicobacter pylori*: рандомизированное исследование не меньшей эффективности амоксициллина или тетрациклина в висмут-содержащей квадротерапии [Rescue therapy for *Helicobacter pylori* eradication: A randomized non-inferiority trial of amoxicillin or tetracycline in bismuth quadruple therapy]

Цель: сравнить эффективность и безопасность висмут-содержащей квадротерапии с тетрациклином или амоксициллином для элиминации *Helicobacter pylori*.

Методы: работа представляла собой исследование не меньшей эффективности эрадикации *H. pylori* при условии как минимум 2-х неудачных попыток предшествующего лечения. Участники были рандомизированы для получения 14-дневной терапии лансоприазолом (30 мг х 2р.д.) и висмутом (220 мг х 2р.д.), плюс метронидазол (400 мг х 4 р.д.) и амоксициллин (1000 мг х 3р.д., группа амоксициллина) или тетрациклин (500 мг х 4 р.д., группа тетрациклина). Чувствительность к антибиотикам оценивалась методом разведения в агаре. Первичным исходом была эрадикация *H. pylori* на 6 неделе после лечения.

Результаты: всего было рандомизировано 312 субъектов, из них 13 вышли из-под наблюдения; 29 нарушили протокол. В анализах «intention-to-treat», «per-protocol», и модифицированном «intention-to-treat» частота эрадикации в группе амоксициллина составляла 88.5% (138/156, 95% доверительный интервал [ДИ]: 83.4–93.5%), 93.7% (133/142, 95% ДИ: 89.7–97.7%), и 92.6% (138/149, 95% ДИ: 88.4–96.8%). В группе тетрациклина эти показатели были 87.2% (136/156, 95% ДИ: 81.9–92.4%), 95.3% (122/128, 95% ДИ: 91.7–99.0%), и 90.7% (136/150, 95% ДИ: 86.0–95.3%). Частота резистентности к амоксициллину, тетрациклину и метронидазолу была 8.3, 1.0, и 87.8%, соответственно. Факт не меньшей эффективности был подтвержден ($p < 0.025$). Резистентность к метронидазолу не влияла на эффективность обеих схем терапии. В группе амоксициллина по сравнению с группой тетрациклина отмечались лучшая комплаентность и меньшая частота умеренных и тяжелых побочных эффектов.

Заключение: новая висмут-содержащая квадротерапия с метронидазолом и амоксициллином является альтернативой классической висмутовой квадротерапии для элиминации *Helicobacter pylori*. При схожей частоте эрадикации амоксициллиновая схема превосходит тетрациклиновую по безопасности и обеспечивает большую приверженность пациентов к лечению.

Dr. Dr. H. Lu, Division of Gastroenterology and Hepatology, Key Laboratory of Gastroenterology and Hepatology, Ministry of Health, Ren Ji Hospital, School of Medicine, Shanghai Jiao Tong University, Shanghai Institute of Digestive Disease, 145 Middle Shandong Road, Shanghai 200001, China, E-Mail: hlu@sjtu.edu.cn

Stoven SA, Choung RS, Rubio-Tapia A, Absah I, Lam-Himlin DM, Harris LA, Ngamruengphong S, Vazquez Roque MI, Wu TT, Murray JA

Анализ биоптатов из луковицы 12-перстной кишки у всех прошедших эндоскопическое исследование пациентов повышает выявление аномалий, но оказывает минимальное влияние на диагностику целиакии [Analysis of biopsies from duodenal bulbs of all endoscopy patients increases detection of abnormalities but has a minimal effect on diagnosis of celiac disease]

Введение и цели: у пациентов с положительными результатами серологических тестов на целиакию, исследование образцов ткани из дуоденальной луковицы – дополнительно к анализу биоптатов из других отделов тонкой кишки – может повышать точность диагностики. Однако, биопсия слизистой оболочки луковицы 12-п кишки не является рутинной процедурой из-за опасения, что выявленная в ней атрофия ворсинок может быть вызвана другими нарушениями (железы Бруннера или пептический дуоденит, желудочная метаплазия, короткие ворсинки или лимфоидные фолликулы). Авторы изучили, улучшает ли диагностику целиакии проведение биопсии слизистой луковицы дуоденума у всех подвергаемых эндоскопии пациентов (популяция с низкой вероятностью целиакии).

Методы: проводился ретроспективный анализ данных по 679 пациентам (63% женщины; средний возраст 50 лет), чей биопсийный материал из дуоденальной луковицы и тонкой кишки был собран при проведении эндоскопии в 3 центрах клиники Мейо с 1 января по 31 декабря 2011 г. Амбулаторные карты просматривались на предмет возраста, пола, диагностированных заболеваний, результатов серологических тестов (HLA DQ2 или DQ), показаний для проведения биопсии и приверженности к безглютеновой диете. Пациенты с целиакией были идентифицированы на основании высокого интраэпителиального лимфоцитоза, с или без атрофии ворсинок и гиперплазии крипт, а также результатов серологических тестов. Гистологические находки из дуоденальных луковиц сравнивались с диагнозами с использованием точного теста Фишера.

Результаты: среди всех подвергнутых эндоскопии пациентов, у 16 человек (2%) была обнаружена целиакия. Исследование биоптатов дуоденальных луковиц выявило 1 пациента (0.1%) с целиакией, ограниченной этим регионом. Из 399 пациентов, чьи серологические показатели на целиакию не были известны перед эндоскопией, только у 2 человек имелись гистологические изменения, соответствующие целиакии, но не ограниченные луковицей 12-п кишки. Гистологические нарушения в слизистой были выявлены у 265 пациентов (39%), чаще всего в луковице ($n = 241$; $p < 0.0001$). Среди этих нарушений наиболее часто попадались пептические дуодениты (наблюдалось у 114 пациентов, 47%). Среди пациентов с нормальным дистальным отделом дуоденума гистологические нарушения в луковице встречались у 162 (28%) человек.

Заключение: в когорте с низкой претестовой вероятностью, изолированный отбор проб из дуоденальной луковицы имеет минимальное значение для выявления целиакии. Гистологические аномалии - более частые находки в луковице 12-п кишки, и хотя они едва ли могут помешать идентификации целиакии, их клиническое применение остается неясным.

J.A. Murray, M.D., Division of Gastroenterology and Hepatology, Departments of Internal Medicine and Immunology, Mayo Clinic, 200 First Street SW, Rochester, MN 55905, USA, E-Mail: murray.joseph@mayo.edu



Clin Gastroenterol Hepatol. 2016;14(12):1797–803

Sharaiha RZ, Tyberg A, Khashab MA, Kumta NA, Karia K, Nieto J, Siddiqui UD, Waxman I, Joshi V, Benias PC, Darwin P, DiMaio CJ, Mulder CJ, Friedland S, Forcione DG, Sejpal DV, Gonda TA, Gress FG, Gaidhane M, Koons A, DeFilippis EM, Salgado S, Weaver KR, Poneros JM, Sethi A, Ho S, Kumbhari V, Singh VK, Tieu AH, Parra V, Likhitsup A, Womeldorph C, Casey B, Jonnalagadda SS, Desai AP, Carr-Locke DL, Kahaleh M, Siddiqui AA

Эндоскопическая терапия с использованием просвет-соединяющих (дренирующих) металлических стентов безопасна и эффективна у пациентов с ограниченным панкреонекрозом [Endoscopic therapy with lumen-apposing metal stents is safe and effective for patients with pancreatic walled-off necrosis]

Введение и цели: эндоскопическое трансмуральное дренирование под контролем УЗ и некроектомия стали стандартным лечением для пациентов с ограниченным панкреонекрозом (ОПН). Просвет-соединяющие металлические стенты (ПСМС) продемонстрировали эффективность в обеспечении сбора панкреатической жидкости. Однако, существует мало данных об их специфических ролях в менеджменте ОПН. Авторы изучили эффективность и безопасность ПСМС в терапии ОПН.

Методы: было проведено ретроспективное многоцентровое исследование серии случаев у 124 пациентов с ОПН, подвергнутых эндоскопическому трансмуральному дренированию с использованием ПСМС в 17 центрах специализированной медпомощи с января 2014г по май 2015г. Под УЗ-контролем пациенты подвергались эндоскопической цистогастростомии или цистоэнтеростомии с установкой ПСМС в очаг ОПН. На усмотрение врача проводились прямая эндоскопическая некроектомия, орошение перекисью водорода и/или установка назо-пузырного дренажа. По показаниям выполнялась эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография со стентированием протока поджелудочной железы. Сопутствующие манипуляции включали прямую эндоскопическую обработку очага (n = 78), стентирование панкреатического протока с целью обеспечения оттока (n = 19), некроектомия с обработкой перекисью водорода (n = 38), и назо-пузырное промывание (n = 22). После установки ПСМС собирались данные за медиану периода в 4 месяца (диапазон 1-34 месяца). Первичными исходами были частота технического успеха (успешная установка ПСМС), клинический успех (разрешение ОПН на основании данных визуализации без дальнейшей потребности в хирургическом или интервенционном радиологическом вмешательстве) и нежелательные события.

Результаты: медиана размера очага ОПН была 9.5 см (диапазон 4–30 см). Восемью пациентам было установлено по 2 ПСМС для многопортового доступа, причем все технически безупречно (100%). После 3-х месячного наблюдения клинический успех был достигнут у 107 пациентов (86.3%). 13 пациентам потребовалось чрезнажное дренирование, а 3-м – хирургическое вмешательство для лечения ОПН. Стенты оставались на месте у 94% пациентов (117/124) и мигрировали у 5.6% (7/124). Медиана количества эндоскопических вмешательств составляла 2 (диапазон 1-9).

Заклучение: на основании ретроспективного анализа 124 пациентов, эндоскопическое лечение ограниченного панкреонекроза (ОПН) с помощью просвет-соединяющих металлических стентов эффективно и безопасно. Установка больших и надежных цистогастростом или цистоэнтеростом эффективна для дренирования и лечения ОПН.

R.Z. Sharaiha, M.D., Division of Gastroenterology and Hepatology, Weill Cornell Medical College, 1305 York Avenue, Fourth Floor, New York, NY 10021, USA,

E-Mail: rzs9001@med.cornell.edu

Научная литература

GastroScope – Congress news from Falk Foundation e.V.

Symposium 204

Clinical Hepatology Practice in 2016: From Science to Therapy

Birmingham (Great Britain), September 2–3, 2016

Issue 02/2016

(22 pages)



Скачать PDF:

http://newsletter.dr.falkpharma.de/FGI_2-17/GS204e.pdf



Передовые исследования в области гастроэнтерологии и гепатологии

Полость рта

Проявления реакции «трансплантат против хозяина»

Будесонид раствор для полоскания (стероид местного действия)
Новое показание – новая галеновая форма
Фаза III

Пищевод

Эозинофильный эзофагит

Вязкий пероральный будесонид (стероид местного действия)
Новое показание – новая галеновая форма
Фаза II

Больше информации на www.clinicaltrials.gov

Кишечник

Язвенный колит

Фосфатидилхолин (фосфолипид слизистой оболочки)
Новая молекула
Фаза III

Язвенный колит

Будесонид капсулы (стероид местного действия)
Новая галеновая форма с высвобождением в толстой кишке
Фаза I

Болезнь Крона

Trichuris suis ova (яйца хлыстовика свиного)
Новый биологический агент
Фаза II

Болезнь Крона

Будесонид гранулы (стероид местного действия)
Новое показание
Фаза III

Проктит

Будесонид суппозитории (стероид местного действия)
Новая галеновая форма
Фаза II

Дивертикулит

Рифамицин (плохо абсорбируемый антибиотик)
Новое показание – новая галеновая форма с высвобождением в толстой кишке
Фаза II

Печень

Первичный билиарный цирроз

Будесонид капсулы (стероид местного действия) в комбинации с УДХК
Новое показание
Фаза III

Первичный склерозирующий холангит

Нор-урсодезоксихолевая кислота (желчная кислота)
Новая галеновая форма – новое показание
Фаза II

Неалкогольный стеатогепатит

Нор-урсодезоксихолевая кислота (желчная кислота)
Новая галеновая форма – новое показание
Фаза II

Портальная гипертензия

Уденафил (ингибитор фосфодиэстеразы 5)
Новая галеновая форма – новое показание
Фаза II

Лимфоцитарный колит

Будесонид гранулы (стероид местного действия)
Новое показание
Фаза III

Целиакия

ZED 1227 (ингибитор транслгутаминазы)
Новое показание – новая галеновая форма
Доклинические исследования

Диарея путешественников

Рифамицин (плохо абсорбируемый антибиотик)
Новое показание – новая галеновая форма с высвобождением в толстой кишке
Фаза III



Dr. Falk Pharma GmbH
Lilienthalplatz 5
D-70641 Fellbach
Germany

Представительство компании
«Дайал Фарма» (Фарма) ТОО в Алматы
Адрес: 127000, Москва, ул. Тургеневая, дом 100/2, корпус 4
Тел./факс: +7 (995) 8324004
E-mail: info@dytalk.com, http://www.dytalk.com