

93% при 14-дневном применении. Стандартная тройная терапия, усиленная метронидазолом, эффективна в 92% случаев. Продолжает работать также стандартная терапия с тетрациклином и/или метронидазолом. Средняя эффективность эрадикационной терапии в России равна 70%.

По данным Европейского регистра *H. pylori* (протокол Hp-EuReg), основанным на исследовании 2000 штаммов, резистентность к кларитромицину составляет 24%. Можно продолжать применять кларитромицин, но при условии тройной терапии, а при двойной терапии ее следует усиливать висмутом. Согласно рекомендациям РГА, висмут имеет эффект синергии с антибиотиками, преодолевает резистентность к кларитромицину и левофлоксацину и позволяет применять эти препараты.

По собственным данным докладчика, опубликованным в 2010 г., эффективность 10-дневной тройной терапии в сочетании с кларитромицином составила 73%, а при усилении висмутом — 93%.

Особо отмечена важность проблемы комплаенса для успеха эрадикационной терапии, ведь если пациент не будет следовать назначенной схеме, эффекта от лечения не будет.

Сегодня компания Sun Pharma предлагает все необходимые компоненты в одной упаковке — «Пилобакт АМ». И это блестящая идея: купив одну упаковку, больной получает сразу все нужные препараты и подробные рекомендации по приему. Для комплексного лечения необходимо включить дополнительную дозу омепразола или висмута.

Важно комбинировать назначение соответствующего НПВП с ИПП, в том числе при наличии риска развития кислотозависимой патологии желудка. Внимание присутствующих было обращено на ЦОГ-2- селективные НПВП, которые являются предпочтительными с точки зрения профиля безопасности для ЖКТ.

Препараты должны подбираться с учетом лекарственных взаимодействий и безопасности длительной терапии, потому

что ИПП будут назначаться одновременно с НПВП или АСК. В этой клинической ситуации наиболее оправданно назначение пантопразола, поскольку препарат меньше влияет на цитохромы и в наименьшей степени, в сравнении с другими ИПП, активируется при высоких значениях pH, что позволяет избежать системного эффекта.

Кроме того, пантопразол имеет низкий риск лекарственных взаимодействий и обладает лучшим профилем безопасности при совместном назначении. Подчеркнув, что высоким качеством обладает препарат пантопразола Санпраз, докладчик указал на целесообразность его назначения.

Пантопразол является практически единственным ИПП с долгосрочным (15-летним) наблюдением безопасности применения, что позволяет рекомендовать его пациентам, принимающим НПВП.

Профессор Д. С. Бордин сформулировал основные выводы выступления:

- НПВП, независимо от способа применения, вызывают НПВП-гастропатию;
- в качестве профилактики заболевания необходимо проводить выявление и эрадикацию хеликобактерной инфекции до начала терапии НПВП;
- в период применения НПВП следует назначать гастропротекторы, среди ИПП наиболее предпочтителен пантопразол (в частности, Санпраз), благодаря клинически подтвержденной эффективности и безопасности длительного применения, а также наименьшему риску межлекарственного взаимодействия;
- для обеспечения эрадикационной терапии рекомендованные схемы должны назначаться длительностью 14 дней;
- в схему лечения должны добавляться препараты висмута;
- строгому выполнению больными всех предписаний способствует применение набора для эрадикации «Пилобакт АМ». ■

Современные подходы к ведению пациентов с функциональными расстройствами билиарного тракта и синдромом раздраженного кишечника

Назаренко Людмила Ивановна — д. м. н., профессор кафедры гастроэнтерологии и диетологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Минздрава России.



В своем докладе Людмила Ивановна дала практические рекомендации по ведению пациентов с функциональными расстройствами билиарного тракта и синдромом раздраженного кишечника (СРК) с позиций Римских критериев IV пересмотра, напомнила классификацию, критерии и алгоритм диагностики функциональных расстройств билиарного тракта и обратила внимание на то, что диагностические критерии дисфункции сфинктера Одди (ДСО) были пересмотрены в 2016 г. Прежние рекомендации проведения папиллосфинктеротомии при III типе ДСО согласно Милуокской классификации (расширение холедоха, повышение уровней трансаминаз и панкреатических ферментов) не получили объективного обоснования и на практике сопровождалась более высоким риском развития панкреатита, прободения

и кровотечения. Поэтому этот тип ДСО из новых критериев удален, показано, что пациентам, у которых нет доказательств обструкции желчного протока, не следует проводить эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию с манометрией и сфинктеротомию — им рекомендовано симптоматическое лечение. При лечении ДСО билиарного типа с умеренными доказательствами билиарной обструкции до проведения сфинктеротомии надо рассмотреть другие диагностические возможности.

Говоря о панкреатическом типе ДСО, который клинически проявляется характерной для панкреатита эпигастральной болью, часто иррадиирующей в спину, и сопровождается значительным повышением активности сывороточных амилазы и липазы, докладчик отметила, что вследствие отсутствия

связи с традиционными причинами панкреатита (холелитиаз, злоупотребление алкоголем и др.) обычно устанавливается неопределенный диагноз идиопатического рецидивирующего панкреатита.

Механизм появления боли при этой патологии заключается в развитии спазма сфинктерных мышечных волокон и повышении давления в системе желчных и/или панкреатических протоков. Факторы, вызывающие длительный спазм сфинктера Одди, в точности не установлены. Возможно, к их числу относятся дуоденит, воспаление вокруг дуоденального сосочка или в самом сосочке (например, папиллит или фиброз).

В общей группе пациентов с таким диагнозом ДСО выявляется в 39–90% случаев. При диагностике большое значение придается не менее чем двукратному повышению уровня панкреатических ферментов в крови в течение двух последовательных приступов болей, а также расширению панкреатического протока более 5 мм.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) рассматривается как стандартный метод лечения ДСО при неэффективности консервативной терапии. В контролируемых исследованиях при долговременном наблюдении доказана действенность этого метода при низкой частоте осложнений. Во время вмешательства целесообразно проводить диатермическое разделение билиарной и панкреатической порций сфинктера. Папиллосфинктеротомия — современный стандарт лечения при I типе дискинезии и II типе с высоким базальным давлением в сфинктере, эффективность вмешательства превышает 90%. При II типе с нормальным давлением в сфинктере и III типе ЭПСТ проводится только при отсутствии ответа на консервативное лечение и ее эффективность составляет 7–55%.

Баллонное расширение со стентированием позволяет сохранить замыкательную функцию сфинктера и добиться снижения давления в нем, однако отдаленные результаты не полностью удовлетворительные.

Докладчик подчеркнула, что в последние годы в литературе все чаще обсуждается феномен так называемого перекрестного синдрома, когда при обследовании диагностируются одновременно два и более функциональных заболевания, что требует взвешенного подхода к курации больного во избежание полипрагмазии.

Наиболее полно изучены частота и характер перекреста с СРК. У пациентов с СРК в сочетании с билиарной дисфункцией более выражен абдоминальный болевой синдром, выше частота и выраженность вегетативной дисфункции и тревожности, выше биохимические показатели, характеризующие холестаза, более значительно снижено качество жизни.

По данным Всемирной гастроэнтерологической организации, функциональная диспепсия отмечается у 42–87% пациентов с СРК, почти у половины (49%) больных выявляются нарушения моторики билиарного тракта. Общая распространенность СРК составляет 10–20% среди взрослого населения и подростков. СРК встречается преимущественно у молодых (20–45 лет) женщин.

Основной целью лечения пациентов с функциональными расстройствами билиарного тракта является восстановление нормального тока желчи и секрета поджелудочной железы, продукции желчи, двигательной функции желчного пузыря, тонуса сфинктерного аппарата, давления в двенадцатиперстной кишке.

Так как спазм гладкой мускулатуры представляет собой универсальный патологический эквивалент абдоминальной боли и функциональных нарушений ЖКТ, то приоритет имеют

препараты, снимающие его и восстанавливающие функциональное состояние (в первую очередь — моторные функции), — спазмолитики.

В зависимости от механизма действия спазмолитики подразделяются на две группы: миотропные и нейротропные. Для снятия спазма любого генеза и купирования боли, особенно при функциональных нарушениях, более востребованы спазмолитики миотропной группы, потому что они воздействуют на конечный этап формирования гиперкинезии независимо от ее причины и механизма. Докладчик особо выделила селективный миотропный спазмолитик мебеверина гидрохлорид, который действует только на гладкомышечные клетки ЖКТ и имеет двойной механизм: блокирует Na^+ -каналы, снимая спазм, и блокирует Ca^{2+} -депо, дополняя антиспастический эффект и препятствуя атонии кишечника (ограничивая выход K^+ из клетки).

В докладе были приведены данные открытого несравнительного исследования по оценке клинической эффективности 3-месячной монотерапии препаратом Ниаспам (мебеверин) у пациентов с СРК в разных клинических вариантах. Препарат назначали по 400 мг/сут. (1 капсула 2 раза в сутки) в течение месяца, далее больные получали поддерживающую терапию в дозе 200 мг/сут. в течение 2 месяцев. Отличный и хороший эффект лечения препаратом Ниаспам получен у 73,4% больных (отличный — у 26,7%, хороший — у 46,7%).

Столь высокий результат лечения препаратом Ниаспам объясняется в том числе технологией производства: действующее вещество гранулируется из горячего расплава с добавлением гидрофобного материала — воска. Такая технология позволяет «программировать» скорость и место высвобождения лекарственного вещества. Таким образом, действие препарата продолжается в течение 12 часов, что делает возможным его прием 2 раза в сутки.

Ниаспам активно метаболизируется при прохождении через печень, метаболиты быстро выводятся с мочой, а полная элиминация происходит в течение 24 часов после однократного приема. Препарат не накапливается в организме, и даже для пожилых пациентов не требуется коррекции его дозы. Он может применяться длительно, что особенно важно для пациентов с ДСО после перенесенной холецистэктомии.

Ниаспам селективно действует на тонкую и толстую кишку и на желчные пути и при этом не влияет на холинергическую систему, в отличие от нейротропных спазмолитиков. Препарат можно назначать больным с аденомой предстательной железы. Его рекомендуется использовать при функциональных расстройствах, синдроме перекреста, органических заболеваниях ЖКТ, которые протекают со спазмами гладкой мускулатуры.

В соответствии с Римским консенсусом (2016), функциональные гастроинтестинальные расстройства (расстройство моторики, висцеральную гиперчувствительность, изменение иммунной системы слизистой оболочки, изменение кишечной микрофлоры, а также изменения функции ЦНС) предложено объяснять нарушением взаимодействия ЦНС (головной мозг) и периферического звена нервной системы, обеспечивающей деятельность органов ЖКТ (ось «головной мозг — ЖКТ»), такая концепция возможно более полно отражает реальный патогенез нарушения висцеральной гиперчувствительности и моторики. Но новое определение функциональных заболеваний ЖКТ, по мнению докладчика, еще должно занять свое место в практической медицине. ■

*Материалы и фото предоставлены
Ranbaxy, Russia a SUN PHARMA company*