

Издательство Медиа Сфера

Общество специалистов доказательной
медицины

«Доказательная гастроэнтерология» — научно-практический рецензируемый медицинский журнал.

Выходит 4 раза в год.
Основан в 2011 году.

«*Dokazatel'naâ gastroenterologiâ*» (Evidence-based Gastroenterology) is a quarterly peer-reviewed medical journal published by MEDIA SPHERA Publishing Group. Founded in 2011.

Журнал представлен в следующих международных базах данных и информационно-справочных изданиях: РИНЦ (Российский индекс научного цитирования), Ulrich's Periodicals Directory, Google Scholar.

Издательство Медиа Сфера:

127238 Москва,
Дмитровское ш., д. 46, корп. 2, этаж 4.
Тел.: (495) 482-4329
Факс: (495) 482-4312
E-mail: info@mediasphera.ru
www.mediasphera.ru
Адрес для корреспонденции:
127238 Москва, а/я 54, Медиа Сфера
Отдел рекламы:
Тел.: (495) 482-0604
E-mail: reklama@mediasphera.ru
Отдел подписки:
Тел.: (495) 482-5336
E-mail: zakaz@mediasphera.ru

Адрес редакции:

127238 Москва,
Дмитровское ш., д. 46, корп. 2, этаж 4.
Зав. редакцией О.Д. Изотова
Тел.: (495) 482-4329
E-mail: gastro@mediasphera.ru

Оригинал-макет изготовлен
Издательством Медиа Сфера
Компьютерный набор и верстка:
Г.В. Кременчуцкая, В.В. Карасева
Корректоры: А.К. Балихина,
Г.И. Федоровская



Индексы по каталогу агентства «Роспечать»
84557 — для индивидуальных подписчиков
84558 — для предприятий и организаций

Подписано в печать 19.05.16
Формат 60×90 1/8; тираж 1500 экз.
Усл. печ. л. 5
Заказ 2270516
Отпечатано в ООО «ЭйПиСиПабблишинг»
Москва, ул. Прянишникова, 8А

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

Том 5

1.2016

НАУЧНО - ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор Е.Л. Никонов, д.м.н., проф.
Отв. секретарь К.В. Пюрвеева, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

А.Г. Автандилов, д.м.н., проф.
Б.Н. Башанкаев
А.А. Будзинский, к.м.н.
С.А. Булгаков, д.м.н., проф.
В.В. Власов, д.м.н., проф.
Е.С. Вьючнова, к.м.н., доц.
Н.И. Громова, д.м.н.
К.Г. Гуревич, д.м.н., проф. РАН
И.А. Егорова, к.м.н.
И.О. Иваников, д.м.н., проф.
Т. Ито, проф. (Япония)
С.В. Кашин, к.м.н., доц.
Л.В. Кудрявцева, д.м.н., проф.
М.А. Ливзан, д.м.н., проф.
И.В. Маев, д.м.н., проф., член-корр. РАН
И.А. Морозов, д.м.н., проф.
А.М. Нечипай, д.м.н., проф.
М.Ф. Осипенко, д.м.н., проф.
А. Репичи, проф. (Италия)
Л.М. Рошаль, д.м.н., проф.
В.Г. Румянцев, д.м.н., проф.
А.В. Фарбер, к.м.н.
А.В. Чжао, д.м.н., проф.
А.П. Эттингер, д.м.н., проф.
Н.Д. Ющук, д.м.н., проф., акад. РАН
Э.П. Яковенко, д.м.н., проф.

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов. Точка зрения авторов может не совпадать с мнением редакции. К публикации принимаются только статьи, подготовленные в соответствии с правилами для авторов. Направляя статью в редакцию, авторы принимают условия договора публичной оферты. С правилами для авторов и договором публичной оферты можно ознакомиться на сайте: www.mediasphera.ru. Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в журнале, допускается только с письменного разрешения издателя — издательства «Медиа Сфера».

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Кузьмина Т.Н., Костюченко Л.Н., Смирнова О.А., Петраков А.В., Сильвестрова С.Ю.

Оптимизация нутриционной коррекции при последствиях резекции кишечника по поводу осложненного течения болезни Крона

Бордин Д.С., Янова О.Б., Абдулхаков Р.А., Цуканов В.В., Ливзан М.А., Бурков С.Г., Захарова Н.В., Плотникова Е.Ю., Осипенко М.Ф., Тарасова Л.В., Маев И.В., Кучерявый Ю.А., Бутов М.А., Саблин О.А., Колбасников С.В., Войнован И.Н., Абдулхаков С.Р., Васютин А.В., Лялюкова Е.А., Голубев Н.Н., Савилова И.В., Григорьева Л.В., Кононова А.Г., Colm O'Morain, Mercedes Ramas, Adrian G. McNicholl, Javier P. Gisbert от имени научного комитета и исследователей Hp-EuReg

Европейский регистр *Helicobacter pylori* (протокол Hp-EuReg): первые результаты российских центров

ОБМЕН ОПЫТОМ

Рогозная Е.В., Игнатов Н.Г., Матосян К.А., Оранская А.Н., Гуревич К.Г.

Ожирение: новый взгляд на старую проблему

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Коныухов Г.В., Федоров Е.Д., Будзинский С.А., Черныкевич П.Л.

Необычная эндоскопическая находка у больной с хронической язвой луковицы двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением

Будзинский С.А., Горбачев Е.В., Фрейдovich Д.А., Капранов С.А., Златовратский А.Г., Федоров Е.Д., Шаповальянц С.Г.

Комплексное малоинвазивное лечение гемобилии, возникшей после чрескожно-чреспеченочного дренирования билиарного тракта у пациента с механической желтухой бластоматозного генеза

ИНФОРМАЦИЯ

Заблодский А.Н., Будзинский А.А.

Синдромы и болезни в гастроэнтерологии и эндоскопии

Правила для авторов

ORIGINAL INVESTIGATIONS

3 Kuz'mina T.N., Kostyuchenko L.N., Smirnova O.A., Petrakov A.V., Silvestrova S.Yu.

Optimization of nutritional correction for the management of the consequences of bowel resection performed in connection with the complicated course of Crohn's disease

9 Bordin D.S., Yanova O.B., Abdulkhakov R.A., Tsukanov V.V., Livzan M.A., Burkov S.G., Zakharova N.V., Plotnikova E.Yu., Osipenko M.F., Tarasova L.V., Maev I.V., Kucheryavyi Yu.A., Butov M.A., Sablin O.A., Kolbasnikov S.V., Voinovan I.N., Abdulkhakov S.R., Vasyutin A.V., Lyalyukova E.A., Golubev N.N., Savilova I.V., Grigoryeva L.V., Kononova A.G., Colm O'Morain, Mercedes Ramas, Adrian G. McNicholl, Javier P. Gisbert on behalf of the Hp-EuReg Scientific Committee and Investigators

European Registry on the management of *Helicobacter pylori* infection (Hp-EuReg protocol): The first results of Russian Centers

EXCHANGE OF EXPERIENCE

16 Rogoznaya E.V., Ignatov N.G., Matosyan K.A., Oranskaya A.N., Gurevich K.G.

Obesity: the new view of the old problem

CASE REPORT

22 Konyukhov G.V., Fedorov E.D., Budzinsky S.A., Chernyakevich P.L.

The unusual endoscopic finding in a patient presenting with the chronic duodenal bulb ulcer complicated by hemorrhage

26 Budzinsky S.A., Gorbachev E.V., Freidovich D.A., Kapranov S.A., Zlatovratsky A.G., Fedorov E.D., Shapoval'yants S.G.

The combined minimally invasive treatment of hemobilia developing after percutaneous drainage of the biliary tract in the patients presenting with mechanical jaundice of blastomatous genesis

INFORMATION

32 Zablodsky A.N., Budzinsky A.A.

Syndromes and diseases in gastroenterology and endoscopy

37 Instructions to authors

doi: 10.17116/dokgastro2016513-8

Оптимизация нутриционной коррекции при последствиях резекции кишечника по поводу осложненного течения болезни Крона

К.м.н. Т.Н. КУЗЬМИНА, д.м.н., проф., акад. РАЕ И РАПК Л.Н. КОСТЮЧЕНКО, О.А. СМЕРНОВА*, А.В. ПЕТРАКОВ, С.Ю. СИЛЬВЕСТРОВА

Московский клинический научно-практический центр Департамента здравоохранения Москвы

Длительное течение болезни Крона, как правило, сопровождается различными осложнениями, требующими хирургического лечения. В послеоперационном периоде развиваются нутриционные расстройства, при которых необходима коррекция с обязательным учетом всех механизмов ее развития. **Материал и методы.** В МКНЦ (ЦНИИГ) с 2002 по 2014 г. наблюдались 30 пациентов: 12 женщин (60±12,9 года) и 18 мужчин (42±14,1 года). Кроме традиционных методов исследования был проведен скрининг-опрос для выявления нутриционного риска (NRS 2002), изучены цитруллин сыворотки крови для диагностики типа и степени кишечной недостаточности, короткоцепочечные жирные кислоты в копрофильtrate для обоснования терапии пробиотиками и с целью оптимизации нутриционной поддержки, в том числе показаний для полного парентерального питания. **Результаты.** В позднем послеоперационном периоде выявлены нутриционные расстройства: анемия (33%), гипопропротеинемия (30%) с наличием отека (13%), гипокалиемия (20%), гипокальциемия (17%), гипонатриемия (10%), избыточная масса тела (6,7%). Комплексное исследование кишечника позволило подтвердить рецидив заболевания, проявляющийся язвенным поражением слизистой оболочки в зоне анастомоза, у 16 (53,3%) пациентов, при этом цитруллин сыворотки крови был снижен у 13,3% пациентов, перенесших субтотальную резекцию тонкой кишки. Метаболическая активность кишечной микробиоты по содержанию короткоцепочечных жирных кислот (КЦЖК) копрофильtrата имела разнонаправленный характер: умеренное повышение концентрации общих КЦЖК (в 1,5 раза); избирательное повышение концентрации изовалериановой, валериановой, капроновой кислот; низкое содержание всех КЦЖК у пациентов с колэктомией. **Заключение.** В результате проведенного исследования выявлено, что 43,3% пациентов с осложненным течением болезни Крона, подвергшихся операции, нуждались в нутриционной поддержке, 56,7% пациентов подлежали динамическому наблюдению с еженедельной оценкой нутриционного статуса. Одной из причин ухудшения нутриционного статуса является рецидив заболевания, выявленный у 16 (53,3%) пациентов, проявляющийся язвенным поражением слизистой оболочки в зоне анастомоза. Специальные методы исследования (цитруллин сыворотки крови, КЦЖК копрофильtrата) позволяют уточнить причину нутриционных нарушений и оптимизировать тактику метаболической терапии для пациентов с различной по типу и объему резекцией кишечника по поводу болезни Крона. Объем резекции кишечника и мониторинг риска нутриционных расстройств в сопоставлении с уровнем цитрулина сыворотки крови помогает своевременно выявлять кишечную недостаточность, а при неполноценной адаптации культуры кишечника — корректировать ее.

Ключевые слова: обширная резекция кишечника, болезнь Крона осложненного течения, кишечная микробиота, синдром избыточного бактериального роста, синдром кишечной недостаточности, цитруллин сыворотки крови, нутриционная коррекция.

Optimization of nutritional correction for the management of the consequences of bowel resection performed in connection with the complicated course of Crohn's disease

T.N. KUZ'MINA, L.N. KOSTYUCHENKO, O.A. SMIRNOVA, A.V. PETRAKOV, S.YU. SILVESTROVA

Moscow Clinical Research and Practical Centre, Moscow Health Department, Moscow

The long duration of Crohn's disease is as a rule associated with various complications that require the surgical treatment. Nutritional disorders developing in the postoperative period need to be corrected taking into consideration the totality of the mechanisms underlying their formation. **Material and methods.** A total of 30 patients were available for the examination based at the Moscow Clinical Research and Practical Centre during the period from 2002 to 2014. Twelve of them were women at the mean age of 60±12.9 years and 18 men aged 42±14.1 years. To optimize the nutritional support, substantiate the necessity of probiotic therapy, and develop the indications for total parenteral nutrition, the traditional treatment was supplemented by nutritional risk screening (NRS 2002) and measurement of the serum citrulline levels for diagnostics of the type and degree of intestinal failure, detection of short-chain fatty acids in coprofiltrates. **Results.** The following nutritional disorders were revealed in the late postoperative period: anemia in 33% of the patients, hypoproteinemia in 30%, oedema syndrome in 13%, hypokalemia in 20%, hypocalcemia in 17.0%, hyponatremia in 10%, and overweight in 6.7% of the patients. The examination of the intestine confirmed the recurrence of the disease in 16 patients (53.3%) manifested as ulcers of the mucous membrane in the area of the anastomosis. 13.3% of the patients showed the low citrulline levels in blood; all of them had undergone the subtotal resection of the small intestine in the preceding period. The metabolic activity of the intestinal microbiota evaluated from the concentration and profile of short-chain fatty acids (SCFA) in coprofiltrates exhibited the oppositely directed trends. Specifically, it was characterized by a moderate increase in the concentration of total SCFA (up to 1.5 times higher than the normal value), the selective increase in the concentrations of iso-valeric, valeric, and caproic acids, and the low content of all short-chain fatty acids in the patients who had undergone colectomy.

Conclusion. The study has demonstrated that 43.3% of the patients with the complicated course of Crohn's disease following surgical intestinal resection were in need of nutritional support. The nutritional status in 56,7% of them had to be dynamically monitored on a weekly basis. One of the reasons for the deterioration of the nutritional status was the recurrence of the disease documented in 16 patients (53,3%) as manifested in the form of ulcerative lesions of the mucous membrane in the area of the anastomosis. The special research methods employed in the study (the measurement of serum citrulline levels and short-chain fatty acid content in coprofiltrates) made it possible to elucidate the cause of nutritional disorders and to optimize the nutritional support for the patients who had undergone different types of intestinal resection for the treatment of Crohn's disease. The comparison of the types of resection and the results of monitoring the risk of nutritional disorders with the serum citrulline levels allows for the timely diagnostics of the intestinal failure and its adequate correction in the case of incomplete adaptation of the stump.

Keywords: extensive resection of the bowel, complicated course of Crohn's disease, gut microbiota, bacterial overgrowth syndrome, intestinal insufficiency syndrome, serum citrulline level, nutritional correction.

В 1932 г. шотландский хирург Д. Катберсон открыл механизм бесконтрольного распада белков при воздействии стрессовых факторов, одним из которых является системный воспалительный процесс [1]. Данные сведения позволили современным нутрициологам значительно продвинуться в вопросах коррекции белково-энергетической недостаточности у пациентов с различными патологическими процессами, в том числе с воспалительными заболеваниями кишечника [2]. Болезнь Крона (БК) — одно из заболеваний данной группы, характеризующееся хроническим рецидивирующим гранулематозным трансмуральным сегментарным воспалением любого отдела желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) неизвестной этиологии. Более досконально БК была описана в 1932 г. группой американских гастроэнтерологов — Л. Гинзбургом, Г. Оппенгеймером и Б. Кроном, — но названа в честь последнего [3].

Длительное течение БК, как правило, сопровождается различными осложнениями [4, 5] (табл. 1). Признаки нутриционных расстройств, которые отмечаются и в период обострения, и в период ремиссии заболевания, имеют 25—80% пациентов с БК [4].

Данные осложнения (особенно остро возникшие) и неэффективность консервативной терапии сопровождаются задержкой физического развития и часто требуют хирургического лечения. По данным Г. Адлера (2001 г.), через 5 лет существования БК 40% пациентов подвергаются операции, через 10 лет — 70%, через 20 лет — почти 90% [6]. При этом объем операции при БК обусловлен видом осложнения и уровнем поражения кишечника [7]. Это может быть как резекция измененного сегмента кишечника, так и субтотальная резекция тонкой кишки с наложением илеостомы (еюностомы), колэктомия с формированием илеоректального анастомоза, сочетанная резекция тонкой и толстой кишок. В исклю-

чительных случаях выполняется обходной тонкокишечный анастомоз.

Обширные резекции кишечника, как правило, приводят к развитию кишечной недостаточности преходящего или постоянного типа [8, 9], что определяется длиной остаточной культи кишечника, ее функциональным резервом и уровнем резекции. В зависимости от этих факторов выбирается нутриционная реабилитационная программа (в том числе продолжительность и возможность прекращения полного парентерального питания, время перехода на смешанную или естественную алиментацию). Адаптивные возможности кишечника обычно уточняются к концу 2-го года после операции, т.е. при завершении модификации пищеварительной цепи и окончательной адаптации [8, 9].

Механизм нутриционных расстройств в послеоперационном периоде усложняется дополнительными факторами: преобладанием катаболизма вследствие стрессовой реакции на операцию, изменением последовательности обработки пищевых субстратов с одновременным нарушением их всасывания, усиленным расходом белка и энергии на фоне воспалительного процесса и др. При этом возможен рецидив заболевания в ближайшем периоде после операции. Избыточная масса тела (у пациентов с данным заболеванием она встречается в $1/3$ случаев) может привести к неверной оценке нутриционного статуса [5] и нерационально выбранной программе коррекции нутритивных нарушений. В связи с описанными проблемами обеспечения алиментационного лечения больных БК по-прежнему возникают дискуссии при выборе тактики алиментационной коррекции.

Цель исследования — оптимизировать нутриционную терапию пациентов с последствиями резекций кишечника, выполненных по поводу осложненного течения БК.

Таблица 1. Осложнения болезни Крона

Характер осложнений	Симптомы
Острые	Кишечное кровотечение, перфорация кишки, токсическая дилатация ободочной кишки
Хронические	Стриктуры кишки, инфильтрат брюшной полости, внутренние или наружные кишечные свищи, неоплазия, белково-энергетическая недостаточность

Таблица 2. Типы операции у пациентов с осложненной формой БК

Тип операции	Число пациентов, абс. (%)	Осложнения
Колэктомия с формированием илеоректоанастомоза	4 (13,3)	Задержка физического развития, перфорация толстой кишки
Правосторонняя гемиколэктомия	3 (10)	Стеноз илеоцекального перехода
Резекция сегмента тонкой кишки	1 (3,3)	Стеноз сегмента тонкой кишки
Субтотальная резекция тонкой кишки	2 (6,7)	Флегмона тонкой кишки, осложнившаяся кишечной непроходимостью
Одномоментная резекция части подвздошной кишки и правосторонняя гемиколэктомия	20 (66,7)	Инфильтрат правой подвздошной области, перфорация подвздошной кишки, кишечная непроходимость

Материал и методы

В МКНЦ (ЦНИИГ) с 2002 по 2014 г. наблюдались 30 пациентов с осложненным течением БК: 12 женщин (средний возраст $60 \pm 12,9$ года) и 18 мужчин (средний возраст $42 \pm 14,1$ года), женщины были достоверно старше мужчин ($p=0,001$). Наблюдаемые пациенты подверглись следующим типам операций (табл. 2).

Как видно из табл. 2, самой частой операцией была одномоментная резекция подвздошной кишки и правосторонняя гемиколэктомия с формированием илеотрансверзоанастомоза, самой редкой — резекция пораженного сегмента тонкой кишки.

Всем пациентам было проведено комплексное обследование, включающее сбор жалоб и анамнеза заболевания, клинико-биохимическое исследование крови, мочи; копрограмму; эндоскопические методы (эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия с осмотром зоны анастомоза и гистологическим исследованием слизистой оболочки кишечника); ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек. Для уточнения нутриционного риска и потребности в нутриционной поддержке проводили скрининг-опрос по NRS 2002, а также по параметрам известного алиментационно-волеического диагноза (Костюченко Л.Н., 2013 г.). При этом оценку функций органов, лимитирующих усвоение, проводили стандартными методами: состояние печени, главным образом, по активности трансаминаз (АСТ, АЛТ), концентрации альбумина и др., состояние почек — по креатинино-ростовому индексу. Состояние культи кишечника оценивали по функцио-

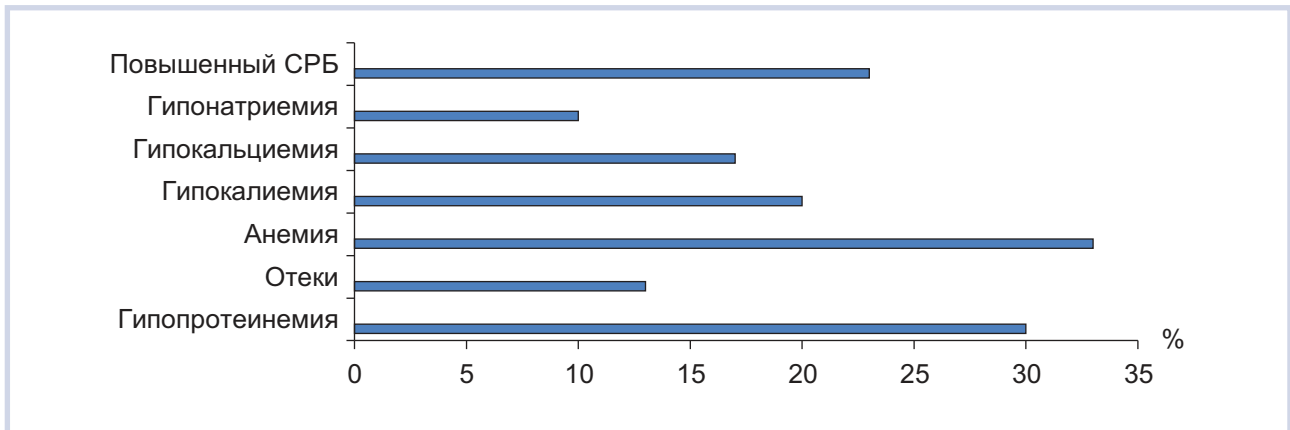
нальному статусу слизистой оболочки тонкой кишки и степени кишечной недостаточности, для чего использовали специальные методы: исследование цитрулина сыворотки крови (с помощью высокоэффективной газожидкостной хроматографии на хроматографе «Стайер» фирмы «Аквилон» с флуориметрическим детектированием в изократическом режиме), так как данный маркер синтезируется только энтероцитами из глутамин и производных аминокислот через глутамат-орнитинный путь [10].

Кроме того, с целью уточнения метаболической активности толстокишечной микрофлоры определяли короткоцепочечные жирные кислоты (КЦЖК) в копрофильtrate (методом газожидкостного хроматографического анализа на хроматографе Кристалл 2000 М).

Результаты и обсуждение

Анализ клинической картины у пациентов с осложненной БК в дооперационном периоде выявил следующие наиболее часто определяемые симптомы: диарея разной степени выраженности (93,3%), боли различной локализации (60%), вздутие живота (43,3%), слабость (36,7%), судороги икроножных мышц (20%), изжога (20%). Непосредственно после оперативного лечения характер и встречаемость клинико-лабораторных признаков несколько изменились: преобладали анемия, гипопропротеинемия, электролитные нарушения (см. рисунок).

По результатам клинико-лабораторных исследований (см. рисунок) анемия выявлена у 33% паци-



Встречаемость клинико-лабораторных признаков у пациентов с осложненным течением БК после оперативного лечения.

СРБ — С-реактивный белок.

ентов (как правило, комплексного генеза), гипопротеинемия — у 30% пациентов (из них 13% имели отечный синдром), также наблюдались электролитные нарушения в виде гипокалиемии у 20% больных, гипокальциемии у 17%, гипонатриемии у 10% пациентов. У 6,7% пациентов имелась избыточная масса тела.

Анализ копрологического исследования у пациентов с сохраненной толстой кишкой выявил единичные мышечные волокна, умеренное количество перевариваемой растительной клетчатки, единичные зерна крахмала. У пациентов с колэктомией в кале встречались мышечные волокна в небольшом количестве, минимальное количество зерен крахмала.

Данные эзофагогастродуоденоскопии, проведенной всем пациентам, показали, что у 3,3% больных имелось эрозивно-язвенное поражение желудка, несмотря на превентивную терапию блокаторами желудочной секреции.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек у 73% пациентов с осложненной БК в послеоперационном периоде позволило выявить признаки жирового гепатоза, у 6,6% — желчно-каменную болезнь, у 3,3% пациентов — мочекаменную болезнь. У 16 (53,3%) пациентов, не получивших нутритивную коррекцию, выявлен рецидив

заболевания, проявляющийся язвенным поражением слизистой оболочки в зоне анастомоза, увеличением СРБ, отражающего степень выраженности воспаления. При этом в соответствии с NRS 2002 в нутритивной коррекции нуждались практически все пациенты (табл. 3).

По результатам скрининг-опроса NRS 2002 выявлен нутритивный риск высокой степени у 43,3% пациентов (данной группе необходимо было провести направленную нутритивную коррекцию с использованием парентерального компонента); 46,7% пациентов, учитывая рецидив заболевания после операции, нуждались в повторном скрининге через 7 дней для уточнения тактики базового лечения и нутритивной коррекции; 10% больных достаточно было базовой терапии БК с незначительной сипинговой нутритивной поддержкой.

Для уточнения функционального состояния энтероцитов, отвечающих за этап усвоения нутриентов, определяли цитруллин сыворотки крови. Данное исследование проведено у 15 пациентов, при этом у большинства больных (86,7%) содержание цитрулина сыворотки крови соответствовало нормальному значению — $36,6 \pm 12,4$ мкмоль/л (норма 12–55 мкмоль/л), лишь у 13,3% пациентов данный показатель был ниже нормы (и это были пациенты с субтотальной резекцией тонкой кишки).

Таблица 3. Распределение баллов при скрининг-опросе NRS 2002

Количество баллов	Число пациентов, %	Оценка и действия
1	10,0	Умеренный риск (повторный скрининг требуется через 7 дней). При показаниях к оперативному лечению необходима предоперационная нутритивная коррекция
2	46,7	
Не менее 3	43,3	Высокий риск (пациенту необходима направленная нутритивная терапия)

Еще одним важным фактором, определяющим функциональный резерв кишечника и нутритивный статус, является состояние метаболической активности кишечной микробиоты в условиях измененной анатомии кишечника. В ходе исследования выявлено три типа изменений в концентрации и профиле КЦЖК:

1) умеренное повышение концентрации общих КЦЖК (в 1,5 раза);

2) избирательное повышение концентрации изовалериановой, валериановой, капроновой кислот;

3) низкое содержание всех КЦЖК (у пациентов с колэктомией).

Анализируя полученные данные, можно определить, что при осложненной БК (даже хирургически пролеченной) имеются признаки «стрессового» голодания как за счет хронической воспалительной реакции, так и за счет проявлений синдрома короткой кишки. Это, несомненно, требует постоянного контроля нутритивного статуса и периодического проведения нутриционной коррекции.

В связи с этим с учетом полученных данных для пациентов с различными отклонениями в нутриционном статусе были разработаны схемы метаболической терапии. Расчет калорий и белка производился на рекомендуемую массу тела, при этом для достижения расчетного поступления нутриентов, как правило, требовалось 5–7 дней, что, по данным литературы, не считается вредным для организма. Потребность в энергии составила 30–35 ккал на 1 кг рекомендуемой массы тела, количество вводимого белка рассчитывалось в среднем до 1,5 г на 1 кг рекомендуемой массы тела, дополнительно к схеме лечения в зависимости от метаболической активности кишечной микрофлоры добавляли антибактериальные препараты и пробиотики или препробиотики при сохраненной толстой кишке. Схемы программ нутриционной коррекции представлены ниже. Необходимо уточнить, что нутритивная коррекция проводилась на фоне базовой поддерживающей терапии БК (определяемой степенью выраженности воспалительного процесса).

Схема нутриционной коррекции №1 (для пациентов без признаков кишечной недостаточности и рецидива БК): частое дробное питание, щадящая диета с исключением лактозы, оральная регидратация глюкозо-электролитным раствором (с определенным содержанием электролитов: NaCl — 2,5 г, KCl — 1,5 г, Na₂CO₂ — 2,5 г, 20 г глюкозы на 1 л воды), стандартные полимерные смеси.

Схема нутриционной коррекции №2 (для пациентов без признаков кишечной недостаточности, но с рецидивом БК): частое дробное питание, щадящая диета с добавлением полуэлементных смесей, содержащих аминокислоты или малые (короткие) пептиды, триглицериды со средней цепью для энтерального питания, при малой эффективности пероральной алиментации — парентеральная коррекция (аминокислотные стандартные растворы, концентрированная 10% глюкоза, обогащенная витаминами и электролитами, 20% жировые эмульсии).

Схема нутриционной коррекции №3 (для пациентов с признаками кишечной недостаточности и с рецидивом БК): частое дробное кормление щадящей диетой, регидратация только специальными растворами, использование полуэлементных смесей для энтерального питания, содержащих аминокислоты или малые (короткие) пептиды, триглицериды со средней цепью, а при синдроме короткой кишки с низким уровнем цитрулина сыворотки крови целесообразно применение комплексного энтерального искусственного питания в «переносимом объеме» с дополнением восполнения калоража парентеральным компонентом (удобнее системами «3 в 1»).

Использование описанных схем и технологии их выбора для коррекции нутритивных нарушений при осложненной БК позволяет уменьшить активность воспаления и метаболических сдвигов в более короткие сроки. Пребывание в стационаре сокращается практически в 1,5 раза, в отделениях реанимации и интенсивной терапии — в 1,7 раза.

Выводы

1. Пациентам с осложненным течением БК необходимо комплексное обследование для выявления раннего рецидива и проведения базовой и/или противорецидивной терапии с обязательным введением в схемы лечения нутриционной коррекции.

2. В механизмах развития рецидивов БК после оперативного лечения участвуют как факторы хронического воспаления, так и новые анатомические взаимоотношения органов, что требует специальных схем нутритивной коррекции.

3. Применение схем нутритивной коррекции, основанной на учете степени кишечной недостаточности, степени активности БК и параметров алиментационно-волемического диагноза, позволяет наиболее эффективно устранять метаболические проявления при рассматриваемой патологии.

Конфликт интересов отсутствует.

ЛИТЕРАТУРА

1. Основа клинического питания. Материалы лекций для курсов европейской ассоциации парентерального и энтерального питания. Пер. с англ. Петрозаводск: ИнтелТек; 2003.
2. Костюченко Л.Н. *Нутриционная поддержка в гастроэнтерологии*. М.: Бино; 2013.
3. Парфенов А.И. *Болезни илеоцекальной области*. М.: Анахарсис; 2005.
4. Sawczenko A, Sandhu BK. Presenting features of inflammatory bowel disease in Great Britain and Ireland. *Arch Dis Child*. 2003;8(11):995-1000.
5. Caprilli R., Gassull MA, Escher JC, Moser G, Munkholm P, Forbes A, Hommes DW, Lochs H, Angelucci E, Cocco A, Vucelic B, Hildebrand H, Kolacek S, Riis L, Lukas M, de Franchis R, Hamilton M, Jantschek G, Michetti P, O'Morain C, Anwar MM, Freitas JL, Mouzas IA, Baert F, Mitchell R, Hawkey CJ. European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: special situations. *Gut*. 2006;1:36-58.
6. Адлер Г. *Болезнь Крона и язвенный колит*. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА; 2001.
7. *Синдромы укороченной кишки*: пер. с немецкого. Schütz T, Lochs H. *Gastroentael*. 2009;Bd.4:27-34.
8. Jeejeebhoy KN. Management of short bowel syndrome: avoidance of TPN. *Gastroenterology*. 2006;130(1):60-66.
9. Gong J-f, Zhu W-m, Yu W-k, Li N, Li J-s. Role of enteral nutrition in adult short bowel syndrome undergoing intestinal rehabilitation: the long-term outcome. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2009;18(2):155-163.
10. Crenn P, Coudray-Lucas C, Thuillier F, Cynober L, Messing B. Postabsorptive plasma citrulline concentration is a marker of absorptive enterocyte mass and intestinal failure in humans. *Gastroenterology*. 2000;119:1496-505.

Европейский регистр *Helicobacter pylori* (протокол Hp-EuReg): первые результаты Российских центров

Источник: *Терапевтический архив* 2016; т.88, №2, с. 33—38

Д.С. БОРДИН^{1,13}, О.Б. ЯНОВА¹, Р.А. АБДУЛХАКОВ², В.В. ЦУКАНОВ³, М.А. ЛИВЗАН⁴, С.Г. БУРКОВ⁵, Н.В. ЗАХАРОВА⁶, Е.Ю. ПЛОТНИКОВА⁷, М.Ф. ОСИПЕНКО⁸, Л.В. ТАРАСОВА⁹, И.В. МАЕВ¹⁰, Ю.А. КУЧЕРЯВЫЙ¹⁰, М.А. БУТОВ¹¹, О.А. САБЛИН¹², С.В. КОЛБАСНИКОВ¹³, И.Н. ВОЙНОВАН¹, С.Р. АБДУЛХАКОВ^{2,14}, А.В. ВАСЮТИН³, Е.А. ЛЯЛЮКОВА⁴, Н.Н. ГОЛУБЕВ⁵, И.В. САВИЛОВА⁶, Л.В. ГРИГОРЬЕВА⁹, А.Г. КОНОНОВА¹³, COLM O'MORAIN¹⁵, MERCEDES RAMAS^{16,17}, ADRIAN G. MCNICHOLL^{16,17}, JAVIER P.-GISBERT^{16,17} от имени научного комитета и исследователей HP-EUREG

¹ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия; ²ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия; ³ФГБНУ «Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера», Красноярск, Россия; ⁴ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, Омск, Россия; ⁵ФГБУ «Поликлиника №3» УД Президента РФ, Москва, Россия; ⁶ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия; ⁷ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России, Кемерово, Россия; ⁸ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Новосибирск, Россия; ⁹Республиканский гастроэнтерологический центр БУ «Республиканская клиническая больница» Минздравсоцразвития Чувашии, Чебоксары, Россия; ¹⁰ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия; ¹¹ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова» Минздрава России, Рязань, Россия; ¹²ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС России, Санкт-Петербург, Россия; ¹³ГБОУ ВПО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, Тверь, Россия; ¹⁴ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Казань, Россия; ¹⁵Department of Gastroenterology, Tallaght Hospital/Trinity College Dublin, Dublin, Ireland; ¹⁶Department of Gastroenterology, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, Spain; ¹⁷Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), Madrid, Spain

Цель исследования. Оценка клинической практики диагностики и лечения больных с инфекцией *Helicobacter pylori* и сопоставление этой практики с международными рекомендациями в Европейском регистре (European Registry on the management of *Helicobacter pylori* infection, протокол: «Hp-EuReg») — наблюдательном многоцентровом проспективном исследовании, инициированном Европейской группой по изучению *H. pylori* и микробиоты (EHMSG). **Материалы и методы.** Проведен анализ данных 813 больных, инфицированных *H. pylori* и внесенных в регистр Российскими центрами исследования «Hp-EuReg» в 2013—2015 гг. **Результаты.** Наиболее распространенными методами первичной диагностики инфекции *H. pylori* являются гистологический (40,3%), быстрый уреазный тест (35,7%) и серологический (17,2%). Длительность антихеликобактерной терапии в 18% случаев составила 7 дней, в 49,3% — 10 дней, в 25,1% — 14 дней. Для контроля эффективности лечения используются гистологический метод (34%), уреазный дыхательный тест (27,3%), антиген *H. pylori* в кале (22,8%), быстрый уреазный тест (16,3%). В 2,5% случаев использовался серологический метод. У 13,5% больных контроль не проводился. Средняя эффективность эрадикации составила 82,6%; 80% врачей в случае неэффективности терапии не намерены назначать новый курс лечения. **Заключение.** Выявлены значительные отличия клинической практики от современных рекомендаций.

Ключевые слова: *Helicobacter pylori*, Hp-EuReg, регистр больных, клиническая практика.

European Registry on the management of *Helicobacter pylori* infection (Hp-EuReg protocol): The first results of Russian centers

D.S. BORDIN^{1,13}, O.B. YANOVA¹, R.A. ABDULKHAKOV², V.V. TSUKANOV³, M.A. LIVZAN⁴, S.G. BURKOV⁵, N.V. ZAKHAROVA⁶, E.YU. PLOTNIKOVA⁷, M.F. OSIPENKO⁸, L.V. TARASOVA⁹, I.V. MAEV¹⁰, YU.A. KUCHERYAVYI¹⁰, M.A. BUTOV¹¹, O.A. SABLIN¹², S.V. KOLBASNIKOV¹³, I.N. VOINOVAN¹, S.R. ABDULKHAKOV^{2,14}, A.V. VASYUTIN³, E.A. LYALYUKOVA⁴, N.N. GOLUBEV⁵, I.V. SAVILOVA⁶, L.V. GRIGORYEVA⁹, A.G. KONONOVA¹³, COLM O'MORAIN¹⁵, MERCEDES RAMAS^{16,17}, ADRIAN G. MCNICHOLL^{16,17}, JAVIER P. GISBERT^{16,17} on behalf of the HP-EUREG SCIENTIFIC Committee and Investigators

¹Moscow Clinical Research and Practical Center, Moscow Healthcare Department, Moscow, Russia; ²Kazan State Medical University, Ministry of Health of Russia, Kazan, Russia; ³Research Institute for Medical Problems of the North, Krasnoyarsk, Russia; ⁴Omsk State Medical University, Ministry of Health of Russia, Omsk, Russia; ⁵Polyclinic Three, Department for Presidential Affairs of the Russian Federation, Moscow, Russia; ⁶I.I. Mechnikov North-Western State Medical University, Ministry of Health of Russia, Saint Petersburg, Russia; ⁷Kemerovo State Medical Academy, Ministry of Health of Russia, Kemerovo, Russia; ⁸Novosibirsk State Medical University, Ministry of Health of Russia, Novosibirsk, Russia; ⁹Republican Gastroenterology Center, Republican Clinical Hospital, Ministry of Health and Social Development of Chuvashia, Cheboksary, Russia; ¹⁰A.I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia; ¹¹I.P. Pavlov Ryazan State Medical University, Ministry of Health of Russia, Ryazan, Russia; ¹²A.M. Nikiforov All-Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, Russian Ministry for Civil Defense, Emergencies and Elimination of Consequences of Natural Disasters,

Saint Petersburg, Russia; ¹³Tver State Medical University, Ministry of Health of Russia, Tver, Russia; ¹⁴Kazan (Volga) Federal University, Kazan, Russia; ¹⁵Department of Gastroenterology, Tallaght Hospital/Trinity College Dublin, Dublin, Ireland; ¹⁶Department of Gastroenterology, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, Spain; ¹⁷Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), Madrid, Spain

Aim. To assess the clinical practice of diagnosis and treatment in patients with *Helicobacter pylori* infection and to compare this practice with the international guidelines in the European Registry on the management of *Helicobacter pylori* infection, Hp-EuReg protocol), a multicenter prospective observational study initiated by the European Helicobacter and Microbiota Study Group. **Materials and methods.** The data of 813 patients infected with *H. pylori* and entered in the Hp-EuReg register by the Russian centers in 2013—2015 were analyzed. **Results.** The most common methods for the primary diagnosis of *H. pylori* infection are histology (40.3%), rapid urease test (35.7%), and serology (17.2%). The duration of *H. pylori* eradication therapy was 7, 10, and 14 days in 18.0, 49.3, and 25.1%, respectively. To monitor the effectiveness of treatment, the investigators used a histological examination (34%), a urea breath test (27.3%), *H. pylori* stool antigen (22.8%), and a rapid urease test (16.3%). A serological test was carried out in 2.5% of the cases. No monitoring was done in 13.5% of the patients. The average eradication efficiency was 82.6%. If the therapy was ineffective, 80% of physicians did not intend to prescribe a new cycle of treatment. **Conclusion.** Significant differences were found between clinical practice and the current guidelines.

Keywords: *Helicobacter pylori*, Hp-EuReg, patient register, clinical practice.

АХБТ — антихеликобактерная терапия
БУТ — быстрый уреазный тест
ДПК — двенадцатиперстная кишка
ЖКТ — желудочно-кишечный тракт
ИПН — ингибиторы протонного насоса

РЖ — рак желудка
УДТ — уреазный дыхательный тест
ЭГДС — эзофагогастроудоденоскопия
ЯБ — язвенная болезнь
ЯБЖ — ЯБ желудка

Диагностика и устранение (эрадикация) *Helicobacter pylori* строго рекомендованы при язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК), MALT-оме желудка, атрофическом гастрите, после резекции желудка по поводу рака,

при первой степени родства с больным раком желудка (РЖ), при желании инфицированного пациента после консультации с врачом [1]. Атрофический гастрит рассматривается в качестве первой степени каскада изменений слизистой оболочки желудка, приводящей к раку (каскад Корреа) [2]. Риск развития РЖ повышается по мере нарастания тяжести атрофического гастрита, поэтому наилучшие результаты профилактики онкологического заболевания достигнуты при эрадикации *H. pylori* до появления первых признаков атрофии [3].

Современные международные (консенсус «Маастрихт-4» [1]) и отечественные (5-е Московское соглашение [4], Рекомендации РГА [5]) рекомендации экспертов подробно регламентируют использование методов диагностики *H. pylori* как для первичного выявления инфекции, так и контроля эффективности проведенного лечения [6]. Предложен ряд схем терапии, эффективность которой во многом определяется резистентностью *H. pylori* к антибиотикам. При этом вопрос о правильности использования рекомендаций экспертов в повседневной работе врачей становится крайне важным и привлекает внимание исследователей. Инструментом изуче-

Сведения об авторах:

Янова Оксана Борисовна — к.м.н., зав. отд-нием патологии верхних отделов пищеварительного тракта ГБУЗ МКНЦ ДЗМ; e-mail: o.yanova@mknc.ru

Абдулхаков Рустем Аббасович — д.м.н., проф. каф. госпитальной терапии КазГМУ; e-mail: rustemabdul@mail.ru

Цуканов Владислав Владимирович — д.м.н., проф., НИИ медицинских проблем Севера; e-mail: gastro@imprn.ru

Ливзан Мария Анатольевна — д.м.н., проф., зав. каф. факультетской терапии ГБОУ ВПО ОмГМУ; e-mail: mlivzan@yandex.ru

Бурков Сергей Геннадьевич — д.м.н., консультант отд-ния гастроэнтерологии, ультразвуковых и эндоскопических исследований ФГБУ «Поликлиника №3»; e-mail: bourk@mail.ru

Захарова Наталья Валерьевна — д.м.н., проф. каф. терапии и клинической фармакологии ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова; e-mail: nvzakharova@mail.ru

Плотникова Екатерина Юрьевна — д.м.н., проф. каф. ВППЗ КемГМА; e-mail: eka-pl@ Rambler.ru

Осипенко Марина Федоровна — д.м.н., проф., зав. каф. пропедевтики внутренних болезней Новосибирского ГМУ; e-mail: ngma@bk.ru

Тарасова Лариса Владимировна — д.м.н., зав. Республиканским гастроэнтерологическим центром Республиканской клинической больницы Минздрава Чувашии, главный гастроэнтеролог Минздрава Чувашии, зав. каф. факультетской терапии ФГБОУ ВПО ЧГУ им. И.Н. Ульянова; e-mail: tlarisagast18@mail.ru

Маев Игорь Вениаминович — д.м.н., проф., чл.-корр. РАН, проректор по учебной работе, зав. каф. пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова; e-mail: igormaev@ Rambler.ru

Контактная информация:

Бордин Дмитрий Станиславович — д.м.н., зав. отд. патологии поджелудочной железы, желчных путей и верхних отделов пищеварительного тракта МКНЦ ДЗМ; 111123 Москва, ш. Энтузиастов, 86; тел.: +7(495)304-9551; доц. каф. общеврачебной практики (семейной медицины) ФПДО ГБОУ ВПО ТверГМУ; e-mail: d.bordin@mknc.ru

ния клинической практики во многих областях медицины являются неинтервенционные наблюдательные программы (регистры). Данные регистров служат ценным источником информации о реальной практике ведения пациентов и могут быть использованы для дальнейшего совершенствования клинических рекомендаций и алгоритмов, а также создания образовательных программ и материалов [7]. В России для решения этой задачи в 2011—2014 гг. проводилось многоцентровое наблюдательное исследование ПАРАД [8].

Сведения об авторах (окончание):

Кучерявый Юрий Александрович — к.м.н., доц. каф. пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, главный гастроэнтеролог ОАО РЖД; e-mail: proped@mail.ru

Бутов Михаил Александрович — д.м.н., проф., зав. каф. пропедевтики внутренних болезней РГМУ им. акад. И.П. Павлова; e-mail: butov-m@yandex.ru

Саблин Олег Александрович — д.м.н., проф., зав. отд. терапии и профессиональной патологии ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова»; e-mail: gastroleg@yandex.ru

Колбасников Сергей Васильевич — д.м.н., проф., зав. каф. общеврачебной практики (семейной медицины) ФПДО ГБОУ ВПО ТверГМУ; e-mail: kabinet208@mail.ru

Войнован Ирина Николаевна — врач-гастроэнтеролог отделения патологии поджелудочной железы ГБУЗ МКНЦ ДЗМ; e-mail: irinavmngd@mail.ru

Абдулхаков Сайяр Рустамович — к.м.н., с.н.с. OpenLab Генные и клеточные технологии ИФМиБ, Казанский (Приволжский) федеральный университет; доц. КазГМУ; e-mail: sayarabdul@yandex.ru

Васютин Александр Викторович — с.н.с. ФГБНУ «НИИ медицинских проблем Севера»

Лялюкова Елена Александровна — к.м.н., доц. каф. терапии и общей врачебной практики ПДО ГБОУ ВПО ОмГМУ

Голубев Николай Николаевич — к.м.н., врач-гастроэнтеролог ФГБУ «Поликлиника №3»; e-mail: nngolubev@mail.ru

Савилова Инна Викторовна — аспирант каф. терапии и клинической фармакологии ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова; e-mail: inna.savilova@gmail.com

Григорьева Людмила Валерьевна — врач-гастроэнтеролог Республиканского гастроэнтерологического центра Республиканской клинической больницы Минздрава Чувашии; e-mail: van.mish@mail.ru

Кононова Алла Геннадьевна — к.м.н., доц. каф. общеврачебной практики (семейной медицины) ФПДО ГБОУ ВПО ТверГМУ; e-mail: allakononova@mail.ru

Colm O'Morain — UEG President 2011—2013, Emeritus Professor of Medicine, Department of Gastroenterology, Tallaght Hospital/Trinity College Dublin, Dublin, Ireland

Mercedes Ramas — Department of Gastroenterology, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, Spain; Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREND), Madrid, Spain

Adrian G. McNicholl — Department of Gastroenterology, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, Spain; Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREND), Madrid, Spain; e-mail: adrian.mcn@gmail.com

Javier Perez-Gisbert — Department of Gastroenterology, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, Spain; Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREND), Madrid, Spain

В настоящее время по инициативе Европейской группы по изучению *H. pylori* и микробиоты (EHMSG, <http://www.helicobacter.org>) проводится крупное многоцентровое проспективное наблюдательное исследование — Европейский регистр ведения инфекции *Helicobacter pylori* (European Registry on the management of *Helicobacter pylori* infection), протокол «Hp-EuReg». В этом исследовании принимают участие 30 стран, в каждой из которых задействовано не менее 10 центров (медицинских учреждений). В России действуют центры в Москве, Санкт-Петербурге, Казани, Красноярске, Омске, Кемерове, Новосибирске, Чебоксарах, Рязани, Твери. Задачей центров исследования является сбор и внесение в электронную базу данных структурированной информации о клинической практике гастроэнтерологов и врачей общей практики, которые занимаются ведением больных, инфицированных *H. pylori*. Цель создания регистра — получение ответов на ряд ключевых вопросов диагностики и лечения больных с инфекцией *H. pylori*. В первую очередь регистр позволяет оценить соответствие повседневной практики клиническим рекомендациям по диагностике и лечению больных с инфекцией *H. pylori*. Крайне важны данные об эффективности и безопасности используемых схем эрадикации *H. pylori*, доступности и адекватности применения диагностических тестов.

Материалы и методы

В ходе исследования информация собирается и управляется с помощью электронной базы данных, размещенной на серверах Ассоциации гастроэнтерологии Испании (Asociación Española de Gastroenterología — AEG; www.aegastro.es). AEG — некоммерческое научно-медицинское общество гастроэнтерологов, цель которого — содействие проведению независимых исследований, поэтому поддержка базы данных проводится бесплатно. REDCap (Research Electronic Data Capture, Научно-исследовательская электронная база сбора данных) является безопасным веб-приложением, предназначенным для поддержки сбора данных научных исследований, которое обеспечивает: 1) интуитивно понятный интерфейс для ввода верифицированных данных; 2) возможность аудита для отслеживания манипулирования данными и экспортных процедур; 3) автоматизацию экспорта данных для их обработки в основных статистических программах; 4) процедуры для импорта данных из внешних источников [9].

В онлайн-базу данных на платформе AEG-REDCap вносятся основные сведения: пол, возраст, этническая принадлежность, диагноз и симптомы,

которые обусловили показания к эрадикации, сведения о ранее проводившихся курсах терапии, способ диагностики *H. pylori*, выбор схемы и длительности антихеликобактерной терапии (АХБТ), способ, применяемый для оценки эрадикации, эффективность и нежелательные эффекты терапии.

Опубликованы данные о включении в регистр 11 272 больных, 9181 из которых закончили наблюдение. Анализ свидетельствует, что тактика ведения пациентов с инфекцией *H. pylori* в Европе чрезвычайно разнообразна и в большинстве случаев неоптимальна [10]. Россия находится на 4-м месте по набору пациентов в базу данных регистра.

Результаты

В настоящей статье представлен анализ данных 813 пациентов, инфицированных *H. pylori* и внесенных в регистр Российскими центрами. Данные, представленные в **таблице**, демонстрируют, что среди больных практически равное число мужчин и женщин, средний возраст которых составляет $45,8 \pm 13,2$ года. Показанием к диагностике и лечению у 94,7% служила различная патология верхних отделов ЖКТ, ассоциированная с *H. pylori*. Преобладают ЯБЖ и ЯБ ДПК (39,8%) и пациенты с симптомами функциональной диспепсии (28,1%).

При анализе данных о терапии, получаемой больными на момент обращения к гастроэнтерологу (в период диагностики), отмечено, что 2,6% пациентов принимали ингибиторы протонного насоса (ИПН).

У всех больных, включенных в регистр, проводилась первичная диагностика *H. pylori* (**рис. 1**). При этом доминировали методы инвазивной диагностики, обусловившие необходимость эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС): гистологическое исследование (40,3%) и быстрый уреазный тест — БУТ (35,7%). Из неинвазивных методов наиболее часто использовался серологический (17,2%), выполнению которого не препятствует прием ИПН. Значительно реже в России применяли 13С-уреазный дыхательный тест — УДТ (9,2%), 14С-УДТ (0,7%), определение антигена в кале (2,1%) и культуральный метод (6%).

Базовыми препаратами схем эрадикации являются ИПН. Наиболее часто назначались омепразол (34,5%), пантопразол (32,6%) и рабепразол (17,7%); в 10% случаев назначался эзомепразол, в 5,2% — лансопразол. В 98,3% случаев применялся двукратный прием терапевтических доз ИПН. Один раз в день ИПН прописаны врачом в 1,7% случаев.

Распределение больных по длительности АХБТ оказалось следующим: 49,3% больных назначен 10-дневный курс эрадикации *H. pylori*, 14-дневный курс проводился у 25,1% пациентов, 7-дневный — у

Общие сведения о 813 пациентах Российского регистра

Параметр	Значение
Мужчины	44,6%
Женщины	55,4%
Средний возраст, годы	$45,8 \pm 13,2$
Патология ЖКТ:	
ЯБ ДПК	29,8%
функциональная диспепсия	28,1%
хронический гастрит	14,2%
ЯБЖ	10%
хронический гастродуоденит	5,3%
гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	4,1%
атрофический гастрит	3,2%

18%. Длительность лечения в 7,6% наблюдений была иной (в основном это больные, у которых терапия прервана из-за возникновения нежелательных явлений).

Контроль эффективности лечения выполнен у 86,5% пациентов (**рис. 2**). У 50% больных использовались неинвазивные методики контроля эрадикации — 13С-УДТ (27,3%) или определение антигена в кале (22,8%). Гистологическое исследование и БУТ, которые требуют выполнения повторной эндоскопии, применены у 34 и 16,3% пациентов соответственно. Серологический метод с целью контроля эрадикации назначен в 2,5% случаев.

Контрольное исследование не выявило *H. pylori* в 82,6% случаев. Регистрационная форма предусматривает ответ на вопрос: «если в результате лечения эрадикация *H. pylori* не достигнута, назначен ли новый курс эрадикационной терапии?» При этом 80% врачей ответили «нет» и только 20% намеревались назначить новую схему АХБТ.

Обсуждение

Представленные данные Российских центров регистра Hp-EuReg, включающего 813 больных, отражают результаты повседневной работы основных гастроэнтерологических центров, поэтому они, очевидно, более оптимистичны, чем клиническая практика амбулаторного поликлинического звена Российской Федерации.

В нашей стране наиболее распространены инвазивные способы первичной диагностики *H. pylori*: гистологический (40,3%), БУТ (35,7%) и серологический (17,2%). Подобные данные получены в ходе исследования ПАРАД: для первичной диагностики инфекции *H. pylori* у 69,84% пациентов применялись инвазивные методы: БУТ (34,95%), гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки желудка (18,55%) и цитологическое исследование

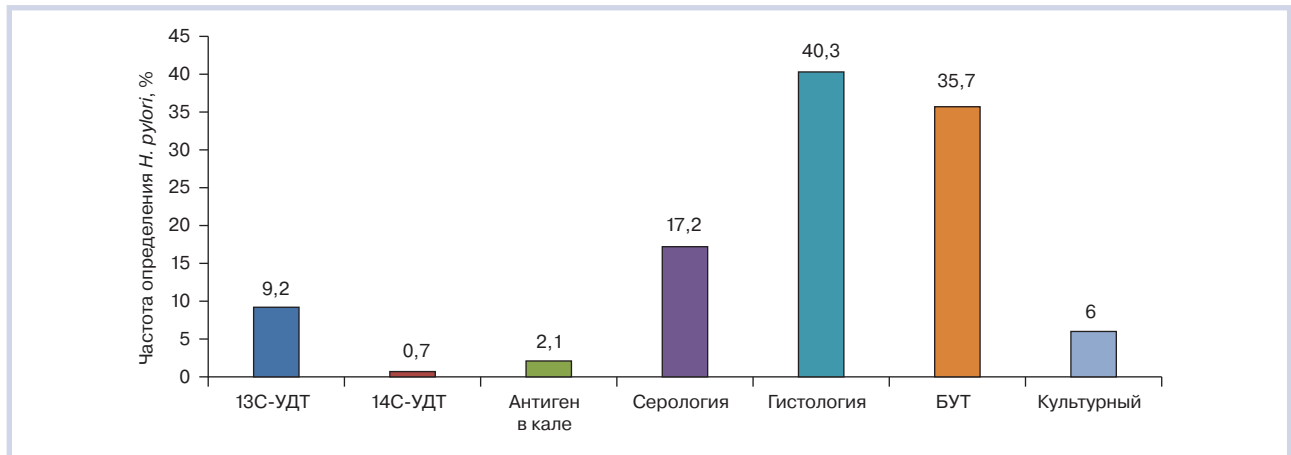


Рис. 1. Диагностические тесты определения *H. pylori*.

Здесь и на рис. 2: сумма превышает 100%, поскольку у некоторых больных выполнялось более одного диагностического теста.

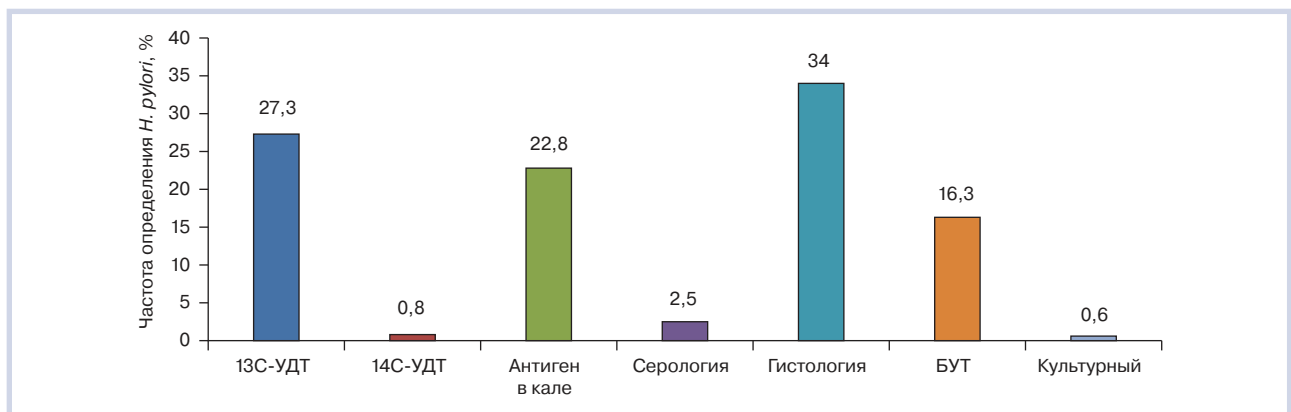


Рис. 2. Метод контроля эффективности эрадикации *H. pylori*.

мазков-отпечатков (6,34%). Неинвазивные тесты использованы у 46,04% пациентов: УДТ (19,64%), определение антител к *H. pylori* (23,82%), определение антигена в кале *H. pylori* (2,58%). В 15,52% случаях применены 2 метода диагностики и более [8].

Следует обратить внимание, что 2,6% пациентов на момент проведения первичной диагностики принимали ИПН. Известно, что прием ИПН ограничивает диагностическую ценность большинства тестов: снижается обсемененность *H. pylori*, что повышает вероятность получения ложноотрицательных результатов. Это одна из типичных ошибок. Остается лишь предполагать, у какого числа больных, получавших на момент диагностики ИПН, по этой причине не выявлен *H. pylori* и не назначена АХБТ.

Консенсус «Маастрихт-4» рекомендует проведение диагностических тестов не ранее чем через 2 нед после отмены ИПН и не ранее чем через 30 дней после отмены антибактериального препарата [1]. За это время плотность обсемененности *H. pylori* слизистой оболочки желудка увеличивается, что вос-

становливает чувствительность методов диагностики. Исключением из этого правила является серологический метод (определение антител *H. pylori* класса IgG в крови), однако он может применяться только у ранее не леченных больных.

Для контроля эффективности лечения согласно данным Европейского регистра неинвазивные (13С-УДТ в 27,3%, определение антигена *H. pylori* в кале — в 22,8%) и инвазивные методы (гистологический метод — в 34%, БУТ — в 16,3%) использовались одинаково часто. По данным исследования ПАРАД, преобладала неинвазивная оценка эффективности терапии, которая проводилась в 73,85% случаев: УДТ у 38,3%, определение антигена *H. pylori* в кале у 18,71% пациентов [8].

Согласно рекомендациям экспертов, контроль эффективности АХБТ, независимо от используемых тестов, следует проводить не ранее чем через 30 дней после завершения приема всех препаратов схемы. Несоблюдение этого правила ведет к ложному заключению об эффективности терапии. Предпочтение следует отдавать неинвазивным методам:

13С-УДТ, чувствительность которого достигает 93—96% [11], и определению антигена *H. pylori* в кале, чувствительность и специфичность которого достигают 92,1 и 94,1% соответственно [12]. Исключение могут составлять случаи, требующие проведения повторной ЭГДС, например при ЯБЖ и ЯБ ДПК, когда применяют гистологическое исследование, БУТ и их сочетание. Вместе с тем обычно контрольная ЭГДС у больных с обострением ЯБ проводится на фоне продолжающегося приема ИПН, что делает невозможным диагностику *H. pylori*. Проведение ЭГДС через 1 мес после завершения лечения только с целью выявления инфекции может быть оправдано лишь при недоступности и невозможности применения неинвазивных методов. При этом важно иметь в виду, что чувствительность БУТ существенно ниже, чем у неинвазивных методов, и в зависимости от количества биоптатов колеблется от 61 до 74% [13, 14].

Одной из распространенных ошибок является применение для контроля эффективности эрадикации серологического метода. После успешного устранения *H. pylori* в крови еще долго остаются антитела, поэтому данный метод не должен использоваться. Анализ данных регистра свидетельствует, что серологический метод с целью контроля эрадикации использовался реже — в 2,5% случаев, чем показало исследование ПАРАД — 16,84%.

Следует особо отметить, что у 13,5% пациентов контроль эрадикации вовсе не выполнялся. Ошибочность такого подхода очевидна, поскольку целью назначения терапии является избавление от инфекции. Отсутствие оценки эффективности лечения, с одной стороны, не позволяет документировать достижения цели лечения у конкретного больного, с другой стороны, лишает врача возможности получить информацию об эффективности назначаемых схем лечения в данном регионе (популяции). Последнее принципиально важно для критического переосмысления практики и своевременного перехода на более эффективные схемы.

Согласно последним рекомендациям длительность АХБТ должна быть не менее 10—14 дней, однако в клинической практике 7-дневную АХБТ специалисты рекомендуют в 18% случаев. Используемые схемы антибактериальной терапии — это отдельная серьезная проблема, анализ которой будет

проведен в следующей статье. Здесь отметим, что в схемах эрадикации доминируют омепразол (34,5%) и пантопразол (32,6%), в то время как эзомепразол (10%) и рабепразол (17,7%), значительно повышающие эффективность эрадикации [15], назначаются реже. Кроме того, следует обратить внимание и на назначение ИПН 1 раз в день в 1,7% случаев, что является грубым отклонением от рекомендаций экспертов, отметивших важность назначения ИПН 2 раза в день [1].

По данным регистра, после курса терапии *H. pylori* не выявлялся в 82,6% случаев. Данный показатель несколько превышает ранее рекомендованный уровень эффективности 80%. Вместе с тем в экспертном сообществе активно обсуждается предложение D. Graham [16] о повышении целевого уровня эффективности рекомендованных схем до 90%. Возможно, в 5-м пересмотре Маастрихтского консенсуса это положение будет принято.

В завершение следует обратить внимание на нежелание 80% врачей проводить повторный курс эрадикации *H. pylori* в случае неэффективности лечения при применении первой схемы. При наличии абсолютных показаний к проведению АХБТ такой подход недопустим и лишь способствует накоплению в популяции резистентных в антибиотиках штаммов *H. pylori*.

Заключение

Таким образом, многоцентровое наблюдательное исследование Hp-EuReg позволяет оценить соответствие клинической практики рекомендациям международных и отечественных консенсусов. Представленные данные свидетельствуют, что подходы к ведению больных, инфицированных *H. pylori*, далеки от оптимальных.

Регистр оказался успешным проектом, получившим поддержку и награды ряда международных медицинских обществ, поэтому организаторы приняли решение о его продлении на ближайшие 10 лет, а также о готовности к включению в регистр новых центров. Продолжение набора большого массива данных и длительный срок наблюдения позволят проследить и стимулировать изменения в клинической практике ведения больных с заболеваниями, ассоциированными с *H. pylori*.

ЛИТЕРАТУРА

1. Malfetheriner P, Megraud F, O'Morain CA et al. Management of Helicobacter pylori infection Maastricht IV/ Florence Consensus Report. *Gut*. 2012;61:646-664. doi:10.1136/gutjnl-2012-302084.
2. Correa P. The biological model of gastric carcinogenesis. *IARC Sci Publ*. 2004;157:301-310.
3. Бордин Д.С., Машарова А.А., Хомерики С.Г. Хронический гастрит: современный взгляд на старую проблему. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2012;5:99-106.

4. Лазебник Л.Б., Ткаченко Е.И., Абдулхаков Р.А., Бордин Д.С., Гриневич В.Б., Ливзан М.А., Мишушкин О.Н., Осипенко М.Ф., Пасечников В.Д., Радченко В.Г., Рустамов М.Н., Сайфутдинов Р.Г., Самсонов А.А., Сарсенбаева А.С., Ситкин С.И., Симаненков В.И., Старостин Б.Д., Яковенко Э.П. Стандарты диагностики и лечения кислото-зависимых и ассоциированных с *Helicobacter pylori* заболеваний (пятое Московское соглашение). *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2013;5:3-11.
5. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.Л., Шептулин А.А. Рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2012;22(1):87-89.
6. Дехнич Н.Н., Захарова Н.В., Кузьмин-Крутецкий М.И., Лапина Т.Л., Пирогов С.С., Саблин О.А., Самсонов А.А., Симаненков В.И. Резолюция экспертного совещания «Тактика ведения пациента с инфекцией *Helicobacter pylori*. От простого к сложному». *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия*. 2014;16(3):176-180.
7. Ягудина Р.И., Литвиненко М.М., Сороковиков И.В. Регистры пациентов: структура, функции, возможности использования. *Фармакоэкономика*. 2011;4(4):3-7.
8. Лазебник Л.Б., Бордин Д.С. Диагностика и лечение заболеваний, ассоциированных с *Helicobacter pylori*, в условиях реальной клинической практики: результаты наблюдательной программы «ПАРАД». *Вестник практического врача*. 2014;3(3):31-42.
9. Paul A. Harris, Robert Taylor, Robert Thielke, Jonathon Payne, Nathaniel Gonzalez, Jose G. Conde, Research electronic data capture (REDCap) — A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *J Biomed Inform*. 2009;42(2):377-381.
10. McNicholl AG, Gasbarrini A, Tepes B, Bordin DS et al. European Registry on *H. pylori* Management (Hp-EuReg): First-Line Treatments And Interim Analysis of 11,272 Patients. *United Eur Gastroenterol J*. 2015;3(5S):A64.
11. Ferwana M, Abdulmajeed I, Alhajiahmed A et al. Accuracy of urea breath test in *Helicobacter pylori* infection: meta-analysis. *World J Gastroenterol*. 2015;21:1305-1314. doi:10.3748/wjg.v21.i4.1305.
12. Zhou X, Su J, Xu G et al. Accuracy of stool antigen test for the diagnosis of *Helicobacter pylori* infection in children; a meta-analysis. *Clin Res Hepatol Gastroenterol*. 2014;38:629-638. doi:10.1016/j.clinre.2014.02.001.
13. Lee TH, Lin CC, Chung CS et al. Increasing biopsy number and sampling from gastric body improve the sensitivity of rapid urease test in patients with peptic ulcer bleeding. *Dig Dis Sci*. 2015;60:454-457. doi:10.1007/s10620-014-3351-8.
14. Seo JH, Park JS, Yeom JS et al. Correlation between positive rate and number of biopsy samples on urease test in childhood *Helicobacter pylori* infection. *J Korean Med Sci*. 2014;29:106-109. doi:10.3346/jkms.2014.29.1.106.
15. McNicholl AG, Linares PM, Nyssen OP, Calvet X, Gisbert JP. Meta-analysis: esomeprazole or rabeprazole vs. first-generation pump inhibitors in the treatment of *Helicobacter pylori* infection. *Aliment Pharmacol Ther*. 2012;36(5):414-425. doi:10.1111/j.1365-2036.2012.05211.x.
16. Graham DY. Efficient identification and evaluation of effective *Helicobacter pylori* therapies. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2009;7(2):145-148. doi:10.1016/j.cgh.2008.10.024.

Поступила 29.10.2015

doi: 10.17116/dokgastro20165116-20

Ожирение: новый взгляд на старую проблему

Е.В. РОГОЗНАЯ¹, Н.Г. ИГНАТОВ¹, К.А. МАТОСЯН^{2*}, к.м.н. А.Н. ОРАНСКАЯ², д.м.н. К.Г. ГУРЕВИЧ²

¹Учебно-методический полигон внедрения новых образовательных технологий ЧУПОО «Фармацевтический колледж «Новые знания»; ²ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва

В статье представлен современный взгляд на этиологию и лечение ожирения. Учитывая мультифакторность и количество осложнений, данная патология должна быть изучена врачами различных специализаций. Своевременно начатое обоснованное лечение позволяет сохранить здоровье и предотвратить инвалидизацию пациента.

Ключевые слова: ожирение, микробиом, адипокины, диета.

Obesity: the new view of the old problem

E.V. ROGOZNAYA¹, N.G. IGNATOV¹, K.A. MATOSYAN², A.N. ORANSKAYA², K.G. GUREVICH²

¹Training and methodological site for the introduction of new educational technologies, Pharmaceutical College «New knowledge»; ²A.I. Evdokimov Moscow State Medical Stomatological University, Moscow

This article presents a contemporary view of the etiology and treatment of obesity. Bearing in mind the multifactorial character of this pathology and the large number of its complications, it needs to be addressed by specialties representing various fields of medicine. The early beginning of the treatment is a major prerequisite for saving the patient's health and preventing the disability.

Keywords: obesity, microbiome, adipokines, diet.

Ожирение как нозологическая единица имеет колоссальное распространение. По данным ВОЗ, количество людей, страдающих избыточной массой тела, в мире приближается к отметке 2 млрд [1]. Стремительные темпы распространения этой неинфекционной эпидемии повлияли на ее освещаемость в медицинской прессе (табл. 1, 2).

В современном медицинском мире ожирение является междисциплинарной нозологией. Как предиктор многих хронических заболеваний (ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет 2-го типа, атеросклероз, желчнокаменная болезнь и др.) нарушение массы тела — это вопрос, изучаемый в равной степени кардиологами, эндокринологами и гастроэнтерологами [2]. В США, по данным национального института здоровья, ишемическая болезнь сердца является ведущей причиной смерти. Подобная картина типична для развитых стран и большинства развивающихся [3].

Данные исследования Nurses Health Study продемонстрировали, что женщины, страдающие ожирением I степени имеют двукратный риск, а женщины с морбидным ожирением — семикратный риск появ-

ления камней в желчном пузыре по сравнению с женщинами, имеющими нормальную массу тела. Ежегодная заболеваемость составляет 1% среди женщин с индексом массы тела (ИМТ) более 30 кг/м² и 2% среди женщин с ИМТ более 45 кг/м². Одно из частых осложнений ожирения, усугубляющее метаболические нарушения, — неалкогольная болезнь печени (НАБП) [4].

Ретроспективный анализ образцов печеночной ткани, взятых на исследование у пациентов с избыточной массой тела или ожирением, показал, что у 30% пациентов имелся фиброз печеночной соединительной ткани, причем у трети из них (10% из всей группы) был обнаружен скрытый цирроз печени. Кроме того, ожирением страдают многие пациенты, у которых обнаруживаются признаки жирового перерождения печени неалкогольного происхождения. От 40 до 100% больных неалкогольным стеатогепатитом (НСГ), по совокупным данным нескольких исследований, имеют ожирение [5]. По данным аутопсии (посмертного вскрытия) у пациентов, страдавших ожирением, приблизительно в 75% случаев встречается стеатоз, в 20% — стеатогепатит и в 2% — цирроз печени.

Таблица 1. Среднее количество публикаций по теме ожирения в год (по данным Pubmed)

Запрос	Годы				
	1880—1945	1945—1974	1974—1994	1994—2006	2012—2013
Obesity (ожирение)	0—5	50—970	1500	5600	Более 10 000
Children obesity (детское ожирение)	0—4 (с 1921 г.)	0—140	170—240	240—1500	1500—3060
Teen obesity (подростковое ожирение)	0	0—207	207—300	300—1440	1440—2539

Таблица 2. Сравнительные данные о количестве упоминаний по разным источникам (2015 г)

Запрос	Pubmed	Medline	The Lancet J.
Obesity (ожирение)	190 291	100 135	2465
Atherosclerosis (атеросклероз)	97 689	59 984	1311
Coronary artery disease (ИБС)	252 339	69 927	1735
Diabetes mellitus (СД2)	342 096	195 562	2103

Среди причин ожирения первое место закономерно занимает избыточное поступление питательных веществ. Выделяются также редкие генетические заболевания, приводящие к патологическому ожирению (гипоталамический синдром, синдром Прадера—Вилли и пр.). Исследователей всегда волновали более тонкие механизмы, отвечающие за предрасположенность к увеличению массы тела. Переломным моментом в изучении нарушения массы тела можно считать середину 90-х годов XX в., когда практически вдвое увеличилось ежегодное количество исследований на тему избыточной массы тела, стали активно проводиться и публиковаться результаты исследований на тему детско-подросткового ожирения (см. табл. 1, 2), а главное, были открыты многие из известных в настоящее время адипокинов. Тем не менее, попытки фармакологов воздействовать на рецепторы некоторых из них, например, нейропептида Y и лептина, не принесли ожидаемого эффекта. В настоящее время фокус внимания исследователей сосредоточен не только на гормональной активности жировой ткани и действии анорексигенных молекул, но и на органе, где происходит переваривание и усвоение питательных веществ. В 2004 г. впервые была озвучена гипотеза о влиянии микрофлоры кишечника на формирование ожирения. Позднее эта теория была успешно доказана в исследовании Медицинской школы Вашингтонского университета под руководством Джеффри Гордона. Данные, опубликованные в Nature, свидетельствовали о значимых различиях микробиоты у людей с ИМТ более 30 кг/м² и менее 25 кг/м² [6]. У людей, имеющих избыточную массу тела, обитает на 20% больше фирмикут (*Firmicutes* — грамположительные бактерии) и почти на 90% меньше бактери-

идов (*Bacteroides* — грамотрицательные бактерии) по сравнению со здоровыми людьми.

Позднее эти данные были подтверждены в опытах на мышах. Лабораторным животным, выросшим в стерильных условиях и не имевшим собственной микробиоты, искусственно вводили кишечную микрофлору обычных мышей. Индивидуумы, получившие бактерии от страдающих ожирением собратьев, набирали массу тела в среднем в 2 раза быстрее, чем животные, получившие кишечную флору, характерную для мышей с обычной массой тела. В последующих экспериментах была установлена связь микробиоты с поведенческими особенностями, подверженностью стрессу и иммунитетом [7].

В швейцарском исследовании детей с нормальной массой тела и ожирением, проведенном Институтом питания Цюриха, достоверных различий в микрофлоре кишечника выявлено не было [8]. Тем не менее ученые выявили значительные различия уровня промежуточных метаболитов (бутират, короткоцепочечные жирные кислоты), способных менять ферментативную активность в кишечнике, способствовать выживанию или потере отдельных микробных сообществ, ведущих к изменению популяции бактериоидов и фирмикут, ранее выявленной у взрослого населения. Однако ожирение у детей и подростков, согласно полученным данным, не связано с нарушением микробиоценоза кишечника.

Современные методы лечения ожирения

Для лечения ожирения с учетом его степени, возраста и анамнеза больного существуют Национальные рекомендации для врачей разных специальностей, главным образом эндокринологов и гастроэнтерологов.

Самым распространенным, простым и оправданным методом является диета. Принципы рационального питания пациент может изучать с помощью специалистов или самостоятельно благодаря многочисленным печатным и электронным изданиям. Современные представления о правильном питании опираются на пищевую пирамиду (**рисунок**) и следующие пункты:

- частое дробное питание;
- преобладание сложных углеводов и белковых продуктов;
- исключение или резкое ограничение легкоусвояемых углеводов и насыщенных жиров;
- минимальная термическая и химическая обработка пищи;
- ограничение потребление соли до 3 г в сутки.

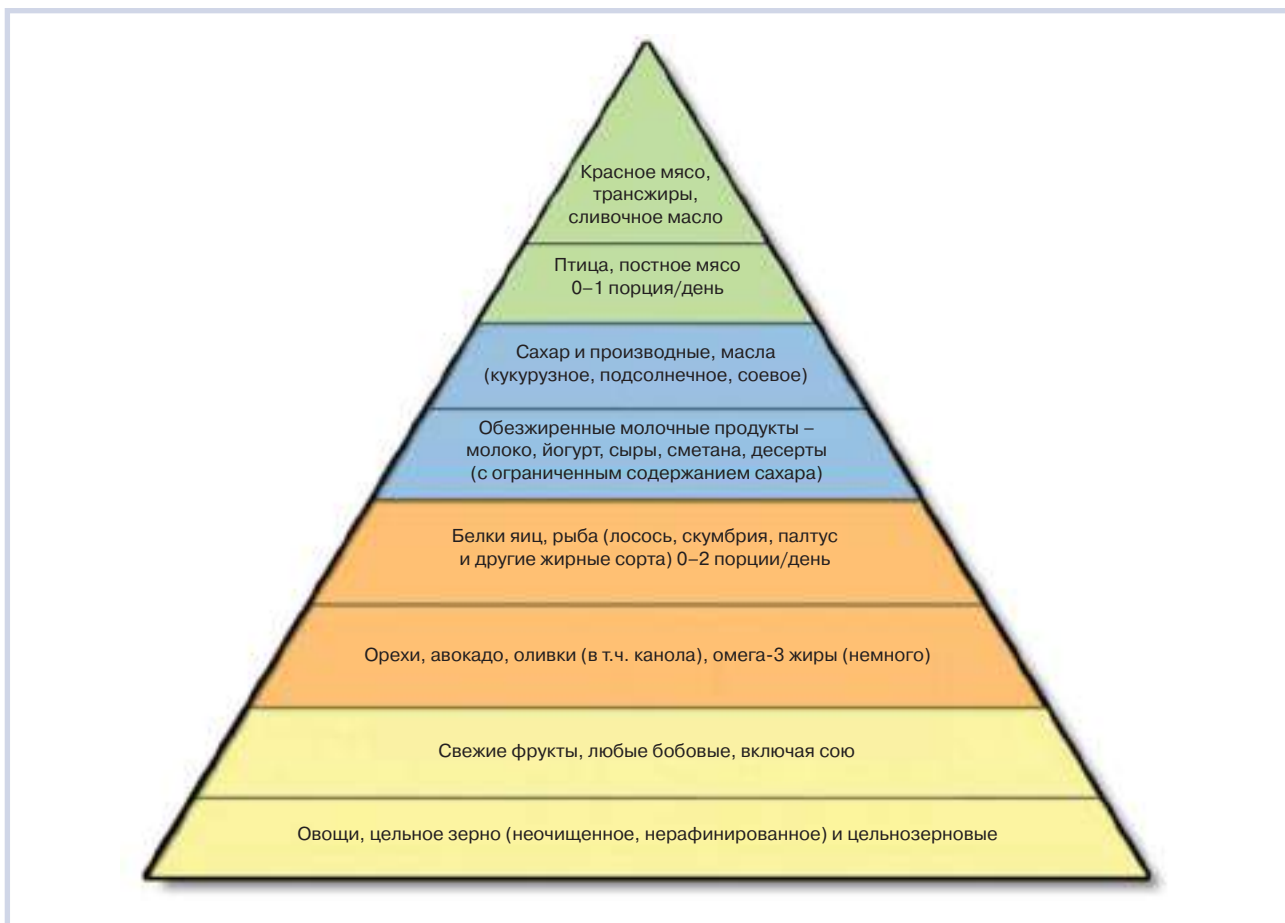
Первая пищевая пирамида была опубликована Министерством сельского хозяйства США в 1992 г., затем она была несколько раз переработана с учетом новых знаний диетологов. В России пока не разработана собственная пищевая пирамида, однако специалисты НИИ питания РАМН одобряют амери-

канский проект MyPyramid с учетом национальных особенностей.

Соблюдение диеты — единственный метод лечения ожирения, не имеющий ограничений по возрасту. К недостаткам этого метода относится малая приверженность пациентов. Как правило, люди, обратившиеся за помощью, страдают ожирением не менее 10 лет, у них сформированы привычки питания, поменять которые невозможно без изменения психосоциальной ориентированности больных. Они ждут быстрого и долговременного результата и отчаиваются, когда их ожидания не оправдываются. Зависимость ожирения и психоэмоциональных расстройств не один раз была освещена в литературе. Признавая главной проблемой в соблюдении диеты быструю потерю мотивации, медицинское сообщество занялось поиском препаратов, способных существенно аппетит снизить.

Препараты, влияющие на аппетит

Первыми в этой гонке оказались немецкие фармакологи, выпустившие препарат сибутрамин



Пищевая пирамида.

Продукты, составляющие основание пирамиды, должны употребляться в пищу как можно чаще, а находящиеся на вершине пирамиды — реже.

Таблица 3. Методы хирургического лечения ожирения

Метод	Показания	Противопоказания	Преимущества
Внутрижелудочное баллонирование	ИМТ >35	Операции на желудке в анамнезе, острые язвы и эрозии. Аллергия на силикон	Малая инвазивность, невысокая стоимость
Вертикальная гастропластика	ИМТ 35—40, молодой возраст, противопоказания к установке баллона	Применение ГКС. Гормонально-активные опухоли гипофиза, эрозии и язвы желудка	Физиологичная операция
Бандажирование желудка	ИМТ 35—40, молодой возраст, противопоказания к установке баллона	Операции на желудке в анамнезе, острые язвы и эрозии	Невысокая стоимость
Комбинированные операции	ИМТ >45	Тяжелые соматические заболевания	Наиболее выраженный эффект

Примечание. ГКС — глюкокортикостероиды.

(торговое название «Меридиа»), но вскоре препарат был отозван в силу сообщений о частых фатальных сердечно-сосудистых осложнениях у пациентов. С 2010 г. поставки «Меридиа» в Россию прекращены. Более 10 лет назад на рынок вышел отечественный препарат сибутрамина — редуксин. Благодаря измененной форме, обеспечивающей медленное высвобождение в течение суток, и строгому соблюдению ограничений в назначении препарата количество сердечно-сосудистых рисков заметно снизилось. В настоящее время препарат рекомендован лицам старше 18 лет, имеющих ИМТ не менее 30 кг/м².

Еще одной попыткой фармакологов было создание препарата, способного ограничить объем желудка (как правило, используется прессованная клетчатка, способная разбухать в желудке и, благодаря вагусному влиянию, ускорять чувство насыщения). Данный метод не может рассматриваться как основной, так как зачастую пациентами движет не чувство голода, а желание поесть.

Для снижения всасываемости питательных продуктов существуют препараты акарбоза и орлистат. Первый блокирует фермент альфа-глюкозидазу, тормозя переваривание и всасывание углеводов в тонком кишечнике. Однако в связи с выраженными диспептическими явлениями (метеоризм, вздутие) широкого применения не нашел. Орлистат — специфический ингибитор желудочно-кишечных липаз, благодаря чему всасываемость жиров снижается на 20%. Значительного снижения массы тела эти препараты не дают, а потому могут рассматриваться только как вспомогательные.

Национальные рекомендации в настоящее время четко указывают на то, что консервативные ме-

тоды лечения оказываются бесперспективными при ИМТ более 40 кг/м². В таком случае оправдано хирургическое вмешательство. В таблице 3 представлены современные методы хирургического лечения ожирения.

Из методов, не описанных в национальных рекомендациях, стоит отметить два, набирающих популярность. После вышеописанного исследования J. Gordon в США появилась фекальная трансплантация, там же и был создан первый подобный банк в 2014 г. [9]. Доступных публикаций о результатах подобного лечения пока нет, но они могут быть впечатляющими. Не стоит забывать, что подобный метод лечения колита оказался весьма успешным [10].

Вторым направлением этой же теории являются курсы пробиотиков — искусственного заселения микрофлоры кишечника. Подобная терапия дает надежду на скорую революцию в области лечения ожирения, но требуется время для оценки ее эффективности и безопасности.

Вывод

Ожирение — непростое в лечении хроническое заболевание. Как правило, такие пациенты обращаются за медицинской помощью уже при наличии осложнений. Естественно, что чаще больные оказываются в поле зрения эндокринологов и гастроэнтерологов. Учитывая все особенности ожирения и возможный урон для здоровья, специалистам необходимо своевременно корректировать массу тела пациента, убедив и мотивировав его. Выбор преобладающего метода в каждом случае строится индивидуально, исходя из стратификации рисков, особенностей и возможностей пациента и врача.

ЛИТЕРАТУРА

1. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/key facts>
2. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, McQueen M, Budaj A, Pais P, Varigos J, Lisheng L. INTERHEART Study Investigators. «Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study». *Lancet*. 2005;364(9438):937-952.
doi:10.1016/S0140-6736(04)17018-9
3. Donna LH, Jiaquan X. Deaths: Preliminary Data for 2011 National Vital Statistics Reports, 2012: 61, Number 6.
doi:10.1542/peds.2012-3769
4. Rinella ME. Nonalcoholic fatty liver disease: a systematic review. *JAMA*. 2015;313(22):2263-2273. PMID 26057287.
doi:10.1001/jama.2015.5370
5. Shehab M, Eman M. Non-alcoholic fatty liver disease: The diagnosis and management. *World J Hepatol*. 2015;7(6):846-858.
doi:10.4254/wjh.v7.i6.846
6. Turnbaugh PJ, Ley RE, Mahowald MA, Vincent Magrini, Mardis ER, Gordon JI. An obesity-associated gut microbiome with increased capacity for energy harvest. *Nature*. 2006;444:1027-1031
doi:10.1038/nature05414
7. Cryan JF, O'Mahony SM. The microbiome-gut-brain axis: from bowel to behavior. *Neurogastroenterol Motil*. 2011;23(3):187-192. [June L. Round & Sarkis K. Mazmanian. The gut microbiota shapes intestinal immune responses during health and disease. *Nature Reviews Immunology*. 2009;9:313-323.
doi:10.1111/j.1365-2982.2010.01664.x
8. Payne AN, Chassard C, Zimmermann M, Müller P, Stinca S, Lacroix C. The metabolic activity of gut microbiota in obese children is increased compared with normal-weight children and exhibits more exhaustive substrate utilization. *Nutrition and Diabetes*. 2011;1(7):e12.
doi:10.1038/nutd.2011.8
9. Floch MH. Fecal Bacteriotherapy, Fecal Transplant and the Microbiome. *J Clin Gastroenterol*. 2010;44(8):529-530.
doi:10.1097/MCG.0b013e3181e1d6e2
10. Bakken JS, Borody T, Brandt LJ, Brill JV, Demarco DC, Franzos MA, Kelly C, Khoruts A, Louie T, Martinelli LP, Moore TA, Russell G, Surawicz C. Treating Clostridium difficile Infection With Fecal Microbiota Transplantation. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2011;9(12):1044-1049.
doi:10.1016/j.cgh.2011.08.014

Иберогаст®



СИЛА РАСТЕНИЙ В ДЕЙСТВИИ

Уникальный¹ растительный нормокинетик с клинически доказанной эффективностью (класс 1A)² для многоцелевой терапии функциональной диспепсии³ и СРК⁴



- Расслабляет и/или тонизирует участки ЖКТ с нарушенной моторикой
- Уменьшает основные симптомы СРК (спастические боли, чередование запоров и диареи)⁵ и функциональной диспепсии (боль и дискомфорт в эпигастрии)⁶
- Снижает висцеральную гиперчувствительность⁷
- Начинает действовать уже через 15 минут⁸



L.RU.MKT.CC.07.2015.0857

1. Единственный лекарственный препарат, содержащий данные растительные экстракты. По данным Государственного реестра лекарственных средств по состоянию на 6 июля 2015 года.
2. ЖКТ – Telek. 60. Издание DGVS 2005 – Фитофармакология в гастроэнтерологии: что является валидным? Симпозиум 15 сентября 2005 года, газета «Гастроэнтерология» – 12: 2005
3. Melzer J., Rusch W., Reichling J., et al. Мета-анализ: фитотерапия функциональной диспепсии с применением растительного препарата STW 5 (Иберогаст)
4. Klein-Galczinsky C., Sassini I. Наблюдательное исследование переносимости и эффективности Иберогаста в лечении синдрома раздраженного кишечника. Фитотерапия в преддверии нового тысячелетия (абстракт) 1999, 125: (с. 25)
5. Holtmann G., Adam B., Vinson B. Доказательная медицина и фитотерапия при функциональной диспепсии и синдроме раздраженного кишечника. Систематический анализ проведенных исследований препарата Иберогаст. Венская медицинская газета 2004, N. 154, с. 21-22
6. Maltnerthiner, M.D., Ph.D. Американский журнал гастроэнтерологии 2007 ISSN 0002-9270, стр. 1268.
7. Шелупин А.А. Синдром раздраженного кишечника: что мы видим «внутри хрустального шара»? РМЖ: гастроэнтерология, 2014, с. 3-7
8. Vinson B. R., Holtmann G. Начало действия и эффективность STW 5 (Иберогаст) в клинических условиях у пациентов с функциональной диспепсией и синдромом раздраженного кишечника. Гастроэнтерология. N. 144, с. 682 MO 1881

Торговое название Иберогаст® (Iberogast®). **МНН или группировочное название:** – Лекарственная форма: капсулы для приема внутрь. **Фармакологические свойства** Фармакодинамика. Препарат обладает выраженным противовоспалительным действием, а также нормализует тонус гладкой мускулатуры желудочно-кишечного тракта: способствует устранению спазма без влияния на нормальную перистальтику, а при пониженном тоне моторике оказывает тонизирующее, прокинетиическое действие. В эксперименте in vitro ингибирует рост в подвиде Helicobacter pylori. Иберогаст® снижает интенсивность изъязвления слизистой оболочки желудка, секреции соляной кислоты, уменьшает концентрацию лейкотриенов, усиливает продукцию муцинов, повышает концентрацию мукопротеинового простагландина E2 в слизистой оболочке желудка. **Показания к применению.** Препарат применяется для лечения функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта (в том числе синдрома раздраженного кишечника), проявляющихся тяжестью в эпигастриальной области, спазмами желудка или кишечника, отрыжкой, тошнотой, метеоризмом, запором, диареей или их чередованием, а так же в составе комплексной терапии гастрита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. **Противопоказания.** Повышенная чувствительность к компонентам препарата, калькулезный холецистит. Детский возраст (до 18 лет) – (из-за недостаточности клинических данных). **Способ применения и дозы.** Внутрь, по 20 капель 3 раза в день, перед или во время еды, с небольшим количеством воды. Длительность терапии составляет 4 недели. Увеличение продолжительности и проведение повторных курсов лечения возможно по рекомендации врача. **Побочное действие.** Возможны аллергические кожные реакции, одышка, а также тошнота, рвота, диарея. При появлении побочных реакций необходимо отменить препарат и обратиться к врачу.

АО «БАЙЕР» 107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., дом 18, стр. 2. Тел.: 8 (495) 231-12-00, факс 8 (495) 231-12-02
ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ.

doi: 10.17116/dokgastro20165122-25

Необычная эндоскопическая находка у пациентки с хронической язвой луковицы двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением

К.м.н. Г.В. КОНЮХОВ^{2*}, д.м.н., проф. Е.Д. ФЕДОРОВ¹, к.м.н., с.н.с. С.А. БУДЗИНСКИЙ^{1, 2}, к.м.н. П.А. ЧЕРНЯКЕВИЧ²

¹Кафедра госпитальной хирургии №2 с научно-исследовательской лабораторией хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова»; ²ГБУЗ «Городская клиническая больница №31» Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Проблема лечения острых язвенных кровотечений в наши дни сохраняет свою актуальность прежде всего в связи с высокой частотой встречаемости и стабильно высоким уровнем общей летальности, достигающим 10%. Комбинированное использование эндоскопического гемостаза в сочетании с современной противоязвенной терапией является «золотым стандартом» в лечении язвенных кровотечений. Этот метод позволяет избежать неотложных операций, перенести их на плановый этап, а у ряда больных вовсе отказаться от хирургического лечения. Одним из редких осложнений хронических язв двенадцатиперстной кишки (ДПК) является формирование патологической фистулы с рядом расположенными органами (желчный пузырь, общий желчный проток, ободочная кишка, правая почка, аорта, нижняя полая вена). Приобретенные дуоденальные фистулы — крайне редкое наблюдение в исходе пенетрации язвы. В то же время существующая язва луковицы ДПК может стать причиной желудочно-кишечного кровотечения. При этом лечебная тактика не отличается от общепринятой при любой первично выявленной кровоточащей язве. Представлен клинический случай успешного комбинированного эндоскопического гемостаза у больной с хронической язвой ДПК и впервые диагностированной бульбодуоденальной фистулой.

Ключевые слова: язвенная болезнь, желудочно-кишечное кровотечение, эндоскопический гемостаз, дуоденальная фистула.

The unusual endoscopic finding in a patient presenting with the chronic duodenal bulb ulcer complicated by hemorrhage

G.V. KONYUKHOV², E.D. FEDOROV¹, S.A. BUDZINSKY^{1, 2}, P.L. CHERNYAKEVICH²

¹Department of Hospital Surgery №2 with the research laboratory of surgical gastroenterology and endoscopy, N.I.Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow; ²City Clinical Hospital №31, Moscow Health Department, Moscow

The problem of treatment of acute bleeding ulcers remains a most serious challenge, in the first place because of the frequent occurrence of this condition and the invariably high lethality rate associated with it that amounts up to 10%. The combined application of endoscopic hemostasis and modern antiulcer therapy is considered to be the «golden standard» for the management of ulcer bleeding. The use of these methods allows either to avoid the urgent surgical interventions and carry them out on the pre-planned basis or even to prescribe the conservative treatment for certain patients. One of the rare complications of chronic duodenal ulcers (CDU) is the formation of a pathological fistula into some adjacent organs, such as gallbladder, the common bile duct, segmented intestine, right kidney, aorta, and inferior vena cava. The acquired duodenal fistulas are the extremely rare phenomena resulting from ulcer penetration. At the same time, the duodenal bulb ulcer may be a cause of gastrointestinal hemorrhage that should be treated by the traditional methods generally employed to arrest bleeding associated with any newly detected ulcer. This article describes the clinical case of the successful combined endoscopic hemostasis in the patients presenting with a chronic duodenal bulb ulcer and the newly diagnosed bulbo-duodenal fistula.

Keywords: ulcer disease, gastrointestinal bleeding, endoscopic hemostasis, duodenal fistula.

Проблема лечения острых язвенных кровотечений в наши дни сохраняет свою актуальность в связи с высокой частотой встречаемости и стабильно высоким уровнем общей летальности, достигающим 10%. При этом последние десятилетия ознаменовались бурным развитием эндоскопии и терапии

язвенной болезни, имеющим важное значение в современном комплексном лечении гастродуоденальных язвенных кровотечений [1]. Комбинированное использование эндоскопического гемостаза в сочетании с современной противоязвенной терапией является «золотым стандартом» в лечении язвенных

кровотечений. Это позволяет избежать неотложных операций, перенести хирургическое лечение на плановый этап, а у ряда больных совсем отказаться от оперативного вмешательства [2].

Одним из редких осложнений хронических язв двенадцатиперстной кишки (ДПК) является формирование патологической фистулы с рядом расположенными органами (желчный пузырь, общий желчный проток, ободочная кишка, правая почка, аорта, нижняя полая вена).

Холедохо-дуоденальная фистула вследствие пептизации язвы ДПК формируется в 3,5—10% случаев, а как осложнение желчнокаменной болезни — в 0,06—0,14%. Среди других причин возникновения подобных соустьев следует отметить опухоли печени и холедоха, миграцию клипс после лапароскопической холецистэктомии, синдром Мирризи. Методом выбора лечения данной категории больных при сохраненной проходимости ДПК являются ретроградные транспапиллярные вмешательства в объеме эндоскопической папиллосфинктеротомии и билиарного стентирования [3].

Нефродуоденальная фистула впервые описана Campaignas в 1839 г. В настоящее время в мировой литературе имеется описание лишь около 100 подобных наблюдений. Наиболее частыми причинами формирования фистул являются мочекаменная болезнь (МКБ) с развитием пиелонефрита, паранефрита, туберкулез, язва ДПК, киста почки, опухоли желудочно-кишечного тракта, травма (падение с высоты, автотравма, катетеризации мочеточника, инородные тела, оперативные вмешательства, огнестрельные ранения). В то же время следует отметить, что около 65% спонтанных фистул развивается вследствие обструктивного пиелонефрита [4].

Одним из возможных источников кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются фистулы ДПК с магистральными сосудами (чаще всего с аортой и нижней полой веной). Аортодуоденальная фистула (АДФ) наиболее часто встречается из всех патологических соустьев ДПК с сосудистыми структурами — ее удельный вес при подобных патологических состояниях достигает 80% [5]. Лишь 33—50% АДФ диагностируют до операции, при этом летальность у данной категории пациентов составляет 35% [6]. Классическим признаком АДФ служит так называемое «herald bleed» (кратковременное, самостоятельно останавливающееся активное кровотечение с последующим массивным рецидивом). Следует отметить, что фистула в большинстве случаев эндоскопически не визуализируется [7].

Мы хотим представить наблюдение успешного комбинированного эндоскопического гемостаза у больной с кровотечением из хронической язвы лу-

ковицы ДПК и впервые выявленной дуоденальной фистулой.

Больная К., 87 лет, страдающая МКБ, поступила в экстренном порядке в урологическое отделение 19.06.2013.

Из анамнеза известно, что больная страдает МКБ в течение 20 лет. Ухудшение возникло 14.06.2013, когда женщина отметила боли в поясничной области справа, гипертермию до 38,5 °С. По результатам лабораторных методов исследования (мочевина 20 ммоль/л, креатинин 247 мкмоль/л, гемоглобин 105 г/л), ультразвукового исследования почек (справа чашечки резко расширены до 2 см, в лоханке определяется гиперэхогенное включение размером до 6 см), обзорной рентгенографии почек и мочевыводящих путей (тень конкремента в проекции лоханки правой почки размером 6 см, в проекции верхней трети левого мочеточника размером 15 мм), ретроградной уретеропиелогрфии (расширение до 1,2 см в средней трети левого мочеточника и округлой формы, неоднородного контрастирования «полость» на уровне L_{III}), клинический диагноз был сформулирован следующим образом: «МКБ, коралловидный камень правой почки, камень левого мочеточника, хронический пиелонефрит, хроническая почечная недостаточность». При этом у пациентки были выражены сопутствующие заболевания: остеоартроз крупных суставов, остеопороз, В₁₂- и фолиевыедефицитная анемия тяжелой степени, ишемическая болезнь сердца и атеросклеротический кардиосклероз.

В связи с суставным болевым синдромом и атеросклерозом сосудов пациентка постоянно принимала нестероидные противовоспалительные средства (кетонал, диклофенак, индометацин), а также антиагрегантные препараты (аспирин, пентоксифиллин, курантил).

21.06.2013 выполнена двусторонняя чрескожная пункционная нефростомия с последующей антибактериальной и противовоспалительной терапией с положительной динамикой: была купирована лихорадка, нормализовались биохимические показатели и маркеры острой воспалительной реакции.

Однако через 10 сут у больной отметили клиническую картину желудочно-кишечного кровотечения, проявившуюся гипотонией (АД 90/60 мм рт.ст.), тахикардией до 120 ударов в 1 мин, меленой, снижением уровня гемоглобина со 105 г/л до 66 г/л.

Пациентке была выполнена экстренная эзофагогастродуоденоскопия, при которой выявлена выраженная деформация луковицы ДПК, эрозивный бульбит и язвенный дефект, занимающий практически всю переднюю стенку луковицы, размерами 2,5×2 см, с неровными, подрытыми краями, глубиной до 5 мм, дно язвы было прикрыто густым кро-



Рис 1. Эндоскопическая картина крупной язвы луковицы ДПК, послужившей источником гастроудоденального кровотечения.

Пунктирная стрелка — тромбированный сосуд, сплошная — тромб-сгусток.

ви, после отмывания которого визуализировался тромбированный сосуд в виде бугорка до 2 мм в диаметре перламутрового цвета без активного подтекания крови (рис. 1). Эндоскопический диагноз был сформулирован следующим образом: «Хроническая язва луковицы ДПК — источник аррозивного гастроудоденального кровотечения, остановившегося на момент осмотра (Forrest IIa + IIb)». В процессе детального осмотра была выявлена необычная находка: два выхода из луковицы ДПК (рис. 2). Проведен дифференцированный диагноз с удвоением ДПК, с аортоудоденальной, холедоудоденальной и нефроудоденальной фистулами, причем первоначально мы склонялись именно к последнему варианту диагноза, учитывая характер основного заболевания. Однако при проведении аппарата через «дополнительный» выход из желудка, визуализировалась вертикальная ветвь ДПК. Таким образом, у больной с хронической язвой луковицы ДПК и кровотечением из нее сформировалась «бульбодуденальная» фистула. Согласно принятой в нашей клинике тактике ведения больных с острыми язвенными гастроудоденальными кровотечениями был выполнен превентивный комбинированный эндоскопический гемостаз в объеме паравазального введения раствора адреналина (1 мл адреналина на 20 мл стерильного физиологического раствора) (рис. 3), дополненное аргоноплазменной коагуляцией видимого сосуда (рис. 4).

Учитывая высокий клинко-эндоскопический риск рецидива кровотечения, больная была госпитализирована в реанимационное отделение, где



Рис. 2. Эндоскопическая картина «двойного» выхода из луковицы ДПК.

Сплошная стрелка — тромб-сгусток, крупная пунктирная линия — бульбодуденальный переход, мелкая пунктирная линия — «второй» выход из луковицы ДПК.



Рис. 3. Паравазальное введение в дно язвы раствора адреналина.

Сплошная стрелка — тромб-сгусток, точечная пунктирная линия — игла-инъектор.



Рис. 4. Обработка сосуда в дне язвы с помощью аргоноплазменной коагуляции.

Сплошная стрелка — тромб-сгусток, точечная пунктирная линия — зонд для аргоноплазменной коагуляции.



Рис. 5. Контрольная эзофагогастродуоденоскопия на 2-е сутки после эндоскопического гемостаза.

Сплошная стрелка — мелкие тромбированные сосуды, мелкая пунктирная линия — «бульбодуоденальная» фистула, крупная пунктирная линия — бульбодуоденальный переход.

проводилась антисекреторная терапия путем внутривенного введения блокаторов протонной помпы (160 мг в сутки), инфузионная терапия, коррекция анемии. На фоне проводимой интенсивной терапии была отмечена отчетливая клиническая и эндоскопическая положительная динамика: гемодинамика стабилизировалась в течение суток, рецидивы кровотечения отсутствовали.

При контрольной эзофагогастродуоденоскопии через 2 сут визуализировалась бульбодуоденальная фистула на фоне отсутствия сгустков и видимых сосудов в дне язвы (рис. 5).

Больная выписана без осложнений в относительно удовлетворительном состоянии через 18 дней после первичного эндоскопического гемостаза с умеренно выраженной анемией (гемоглобин — 101 г/л) и компенсированными показателями уремии (мочевина 4,3 ммоль/л, креатинин 123 мкмоль/л).

Приобретенные «бульбодуоденальные» фистулы — крайне редкое наблюдение в исходе пенетрации язвы. Провоцирующими факторами их развития могут стать сопутствующие заболевания и прием ulcerогенных лекарственных препаратов. Бульбодуоденальная фистула обычно является случайной находкой и не требует в дальнейшем специального лечения. В то же время существующая при подобных нетипичных изменениях выходного отдела желудка язва луковицы ДПК, безусловно, может стать причиной желудочно-кишечного кровотечения. При этом лечебная тактика не отличается от общепринятой при любой первично выявленной кровоточащей язве. Практикующим эндоскопистам следует знать и помнить о возможности подобного редкого состояния, что особенно важно при проведении в ДПК эндоскопа с боковой или полубоковой оптикой (дуоденоскопы или эхоэндоскопы).

ЛИТЕРАТУРА

1. Панцырев Ю.М., Михалев А.И. *Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии*. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. Под ред. Савельева В.С., Кириенко А.И. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009;Т.П:317-341.
2. Михалев А.И. Панцырев Ю.М., Шаповальянц С.Г., Юдин О.И. и др. Хирургическое лечение осложненной язвенной болезни (старые положения и targeted aspects намечающиеся перспективы). Материалы V Всероссийской конференции общих хирургов объединенной с пленумом проблемных комиссий РАМН «Неотложная хирургия» и «Инфекция в хирургии» межведомственного научного совета по хирургии. 2008:23-24.
3. Marsdin EL, Kreckler S, Alzein A, D'Costa H. Choledochal-duodenal fistula presenting as an upper GI bleed. *BMJ Case Rep*. 2011;2011. doi:10.1136/bcr.05.2011.4275
4. Kyung Nam Lee. Pyeloduodenal Fistula Successfully Treated By Endoscopic Ligation without Surgical Nephrectomy: Case Report. *J Korean Med Sci*. 2014;29(1):141-144. doi:10.3346/jkms.2014.29.1.141
5. Wijeyaratne SM, Ubayasiri R, Weerasinghe C. Haematemesis due to primary aortic aneurysm-duodenal fistula — clinical suspicion is the cornerstone of diagnosis: a case report. *Cases J*. 2009;2:7803. doi:10.4076/1757-1626-2-7803
6. Alzobydi AH. Primary aortoduodenal fistula: A case report *World J Gastroenterol*. 2013;19(3):415-417. doi:10.3748/wjg.v19.i3.415
7. Shehzad KN, Riaz A, Meyrick-Thomas J. Primary aortoduodenal fistula — a rare clinical entity. *JRSM Short Rep*. 2010;1(1):7. doi:10.1258/shorts.2009.090430

doi: 10.17116/dokgastro20165126-30

Комплексное малоинвазивное лечение гемобилии, возникшей после чрескожно-чреспеченочного дренирования билиарного тракта у пациента с механической желтухой бластоматозного генеза

К.м.н., с.н.с. С.А. БУДЗИНСКИЙ^{1,2*}, асс. каф. Е.В. ГОРБАЧЕВ^{1,2}, к.м.н. Д.А. ФРЕЙДОВИЧ², д.м.н., проф. С.А. КАПРАНОВ², к.м.н. А.Г. ЗЛАТОВРАТСКИЙ², д.м.н., проф. Е.Д. ФЕДОРОВ¹, д.м.н., проф., зав. каф. С.Г. ШАПОВАЛЬЯНЦ¹

¹Кафедра госпитальной хирургии №2 с научно-исследовательской лабораторией хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова»; ²ГБУЗ «Городская клиническая больница №31» Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Одной из причин механической желтухи является опухолевая обструкция желчных протоков. При этом наиболее эффективным методом желчеотведения можно считать транспапиллярное стентирование внепеченочных желчных протоков, являющееся в настоящее время «золотым стандартом» лечения данной патологии. При невозможности осуществления ретроградного доступа альтернативой служат чрескожные дренирующие вмешательства под ультразвуковым или рентгенологическим контролем, а также хирургические методы лечения. Все эти подходы сопряжены с потенциальным риском серьезных осложнений, одним из которых является кровотечение. Так, при чрескожных чреспеченочных дренирующих вмешательствах геморрагии развиваются в 2—3% случаев, а при ретроградных — в 1,2—1,5% клинических ситуаций. В статье представлен опыт успешного комплексного малоинвазивного лечения гемобилии, возникшей после чрескожно-чреспеченочного дренирования билиарного тракта у пациента с механической желтухой бластоматозного генеза.

Ключевые слова: опухоль головки поджелудочной железы, механическая желтуха, ангиография, эндоскопическое билиодуоденальное протезирование.

The combined minimally invasive treatment of hemobilia developing after percutaneous drainage of the biliary tract in the patients presenting with mechanical jaundice of blastomatous genesis

S.A. BUDZINSKY^{1,2}, E.V. GORBACHEV^{1,2}, D.A. FREIDOVICH², S.A. KAPRANOV², A.G. ZLATOVRAATSKY², E.D. FEDOROV¹, S.G. SHAPOVAL'YANTS¹

¹Department of Hospital Surgery №2 with the research laboratory of surgical gastroenterology and endoscopy, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow; ²City Clinical Hospital №31, Moscow Health Department, Moscow

One of the causes of mechanical jaundice is the blockade of the bile ducts by a tumour. The most efficient method for the drainage of the obstructed biliary tract is transpapillary stenting of the extrahepatic bile ducts that is currently considered to be the «golden standard» in the treatment of this pathology. Whenever the retrograde access is impracticable, the alternative methods can be used including either percutaneous drainage under ultrasound or X-ray control or the surgical intervention. All these approaches are associated with the serious risk of hemorrhage. For example, percutaneous transhepatic drainage is known to cause bleeding in 2—3% of the cases while retrograde interventions result in hemorrhage in 1.2—1.5% of the clinical situations. The present article reports the experience with the combined minimally invasive treatment of hemobilia known to develop after percutaneous transcatheter drainage of the biliary tract as exemplified by the management of a patient presenting with mechanical jaundice of blastomatous genesis.

Keywords: tumour of the head of the pancreas, mechanical jaundice, angiography, endoscopic bilio-duodenal prosthetics.

При механической желтухе, обусловленной опухолевой обструкцией желчных протоков, наиболее эффективным методом желчеотведения признано транспапиллярное стентирование внепеченочных желчных протоков, являющееся в настоящее время «золотым стандартом» помощи данной категории пациентов [1]. Однако при невозможности осуществ-

ления ретроградного доступа альтернативой служат чрескожные дренирующие вмешательства под ультразвуковым или рентгенологическим контролем, а также хирургическое лечение [2]. Все эти подходы сопряжены с потенциальным риском серьезных осложнений, одним из которых является кровотечение. Так, при чрескожных чреспеченочных дрениру-



Рис. 1. Антеградное дренирование билиарного тракта посредством установки наружно-внутреннего дренажа (холангиограмма).

ющих вмешательствах геморрагия возникает в 2—3% случаев, а при ретроградных — в 1,2—1,5% [3, 4].

Представляем клинический пример успешного комплексного малоинвазивного лечения гемобилии, возникшей после чрескожно-чреспеченочного дренирования билиарного тракта у пациента с механической желтухой бластоматозного генеза.

Пациент П. поступил в клинику 02.01.2016 с жалобами на сухость во рту, пожелтение кожных покровов и склер, потемнение мочи, слабость в течение последних 2 нед. По данным биохимического анализа крови было отмечено повышение уровней общего билирубина до 191,4 мкмоль/л, аспартатаминотрансферазы (АСТ) — до 275,5 ЕД/л, аланинаминотрансферазы (АЛТ) — до 450,4 ЕД/л, щелочной фосфатазы (ЩФ) — до 662,7 ЕД/л. В общем анализе крови: гемоглобин 131 г/л, эритроциты $4,52 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты $11,6 \cdot 10^9$ /л. При УЗИ брюшной полости была выявлена дилатация общего желчного протока до 18 мм, а также объемное образование головки поджелудочной железы со сдавлением дистального отдела холедоха, множественные метастазы в печени и парапанкреатическая лимфаденопатия.

Учитывая данные предоперационного обследования, пациенту с целью разрешения механической желтухи было выполнено антеградное дренирование желчных протоков с установкой наружно-внутреннего дренажа (рис. 1). Ближайший послеоперационный период протекал гладко, механическая желтуха имела явную тенденцию к разрешению, о

чем свидетельствовало снижение уровня общего билирубина до 95 мкмоль/л.

Однако через 10 сут после первичного вмешательства вновь появились признаки нарастания механической желтухи: уровень общего билирубина повысился с 95 до 130 мкмоль/л. Помимо этого снизилось содержание гемоглобина с 131 до 107 г/л, а по наружно-внутреннему дренажу было отмечено поступление желчи с примесью геморрагического содержимого. При этом ежедневный дебит желчи составлял лишь 100—150 мл.

Было принято решение о выполнении повторного сочетанного антеградного и ретроградного вмешательства в срочном порядке. Первым этапом была выполнена фистулография, позволившая обнаружить расширение общего желчного протока до 15 мм и неомогенное содержимое в просвете холедоха — сгустки крови (рис. 2). Выполнена замена наружно-внутреннего дренажа, санация холедоха с отмыванием от сгустков крови. Вторым этапом произведено эндоскопическое ретроградное вмешательство: канюляция папиллотомия, санация холедоха и транспапиллярное билиарное стентирование пластиковым стентом диаметром 10 Фр и длиной 9 см (Boston Scientific) (рис. 3). Во время вмешательства выявлено периодическое поступление из устья холедоха желчи с геморрагическим компонентом и сгустками крови. По завершению вмешательства была оставлена контрольная наружная холангиостома.



Рис. 2. Наличие в просвете внепеченочных желчных протоков массивных сгустков крови (указаны стрелкой) (холангиограмма).



Рис. 3. Ретроградная установка пластикового билиарного стента (указан стрелкой) при оставленной контрольной наружной холангиостоме (рентгенологическая картина).



Рис. 4. Наличие в просвете внепеченочных желчных протоков (указаны стрелкой) сгустков крови (холангиограмма).

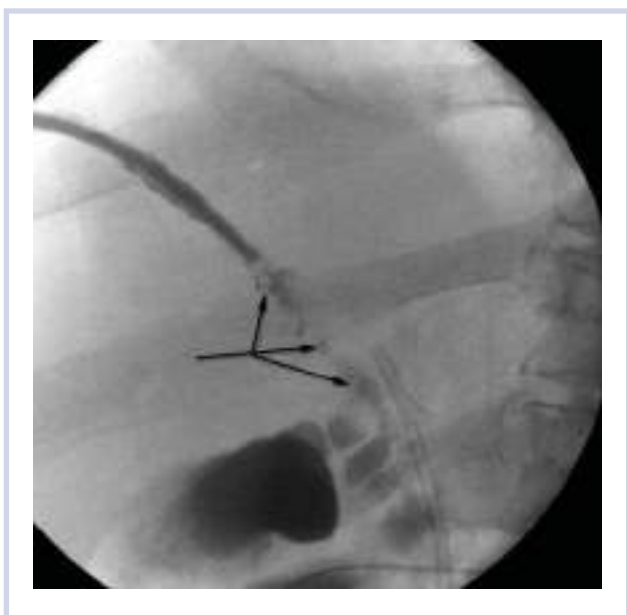


Рис. 5. Попытка чрескожно-чреспеченочной пломбировки дренажного канала (фрагменты устанавливаемой гемостатической губки указаны стрелками), рентгенологическая картина.



Рис. 6. Заполнение контрастным веществом артериального сосуда (указан стрелкой) при попытке выполнения антеградной холангиографии.

Однако в течение 2 сут отмечено дальнейшее снижение гемоглобина со 107 до 87 г/л, а по наружной холангиостоме продолжала поступать желчь с геморрагическим содержанием, в связи с чем было высказано предположение о травме крупной сосудистой структуры.

В срочном порядке была выполнена фистулография, при которой в просвете холедоха вновь визуализировались сгустки крови (рис. 4). Произведе-

на антеградная санация желчного дерева и попытка пломбировки дренажного хода с повторной установкой наружного дренажа (рис. 5), однако при постепенном извлечении дренажной трубки и проведении пломбировки дренажного канала в средних его отделах отмечено активное поступление крови. При контрастировании выявлено сообщение с артериальным сосудом диаметром около 0,5–0,7 мм (рис. 6).



Рис. 7. Узурация контуров сегментарной ветви правой печеночной артерии (указана стрелкой) без явных признаков экстравазации (артериография).



Рис. 8. Отсутствие контрастирования поврежденной сегментарной ветви правой печеночной артерии (артериография).

Учитывая повреждение артериальной ветви, от пломбировки дренажного хода консилиумом было принято решение отказаться в пользу ангиографии ветвей общей печеночной артерии с целью выполнения селективной эмболизации поврежденной артерии.

Под местной анестезией была пунктирована правая общая бедренная артерия. В нее по проводнику установлен интродьюсер диаметром 5 Фр. Диагностический катетер диаметром 5 Фр был проведен в устье чревного ствола, затем в правую печеночную артерию с последующим выполнением артериографии. При этом в области сегментарной ветви правой печеночной артерии, локализующейся в проекции стояния чреспеченочного дренажа, визуализировалась узурация контуров без явных признаков экстравазации контрастного вещества (рис. 7). Выполнена суперселективная катетеризация данной ветви с последующей ее эмболизацией спиралью. При контрольной артериографии данная сегментарная ветвь не контрастировалась (рис. 8).

Ближайший послеоперационный период протекал гладко. Отмечено некоторое повышение уровня гемоглобина с 87 до 91 г/л в течение первых суток и отсутствие поступления геморрагического содержимого через страховочную холангиостому.

В качестве заключительного этапа лечения через 1 сут от предыдущего вмешательства была выполнена повторная транспапиллярная процедура. Произведено билиодуodenальное репротезирование посредством удаления частично инкрустированного старыми сгустками крови пластикового билиарного протеза и его замены на частично покрытый саморасширяющийся стент длиной 8 см и диаметром

10 мм (Boston Scientific) (рис. 9, 10). После извлечения проводящего комплекса по стенту отмечено поступление обильного количества неизменной желчи без патологических примесей.

Послеоперационный период протекал гладко. В общем анализе крови отмечено повышение уровня гемоглобина до 97 г/л и явная тенденция к разрешению механической желтухи: в биохимическом



Рис. 9. Ретроградная установка билиарного частично покрытого металлического стента (холангиограмма).



Рис. 10. Ретроградная установка билиарного частично покрытого металлического стента (эндофото).

анализе крови отмечено снижение общего билирубина до 76 мкмоль/л, АСТ до 53 ЕД/л, АЛТ до 34 ЕД/л, а ЩФ до 197 ЕД/л. Пациент был выписан из стационара на 5-е сутки после последнего ретроградного вмешательства в удовлетворительном состоянии под наблюдение онкологом по месту жительства.

Таким образом, ретроградное и антеградное дренирование билиарного тракта, являясь базовыми и наиболее широко применяемыми методами разрешения острой механической желтухи blastomatozного генеза, в то же время обладают целым рядом серьезных, опасных, а зачастую и фатальных осложнений. Комплексный подход к диагностике и лечению подобных осложнений, в том числе при повреждении ветвей печеночных артерий при чрескожно-чреспеченочном доступе, позволяет ликвидировать неблагоприятные последствия первичного вмешательства и избежать открытых хирургических операций и неблагоприятных исходов малоинвазивного лечения пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

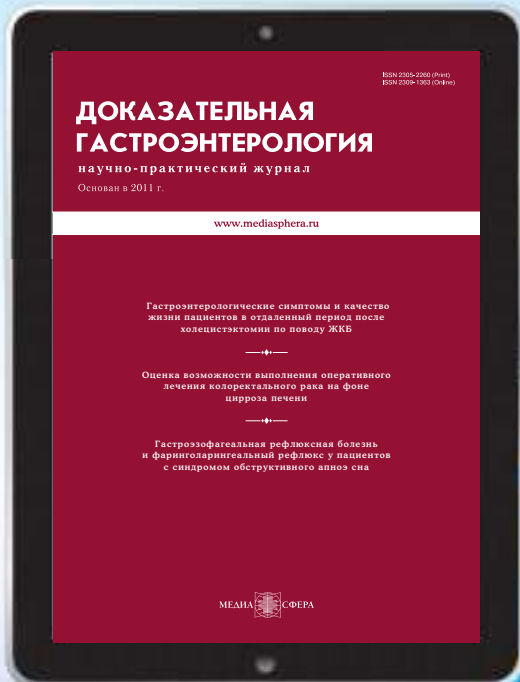
1. Artifon EL, Chaves DM, Ishioka S, Souza TF, Matuguma SE, Sakai P. Echoguided hepatico-gastrostomy: a case report. *Clinics (Sao Paulo)*. 2007;62(6):799-802. doi:10.1590/s1807-59322007000600023
2. Beissert M, Wittenberg G, Sandstede J, Beer M, Tschammler A, Burghardt W, Jahns R, Hahn D. Metallic Stents and Plastic Endoprotheses in Percutaneous Treatment of Biliary Obstruction. *Journal Zeitschrift für Gastroenterologie*. 2002;40(7):503-510. doi:10.1055/s-2002-32806
3. Irisawa A, Hikichi T, Shibukawa G, Takagi T, Wakatsuki T, Takahashi Y, Imamura H, Sato A, Sato M, Ikeda T, Suzuki R, Obara K, Ohira H. Pancreatobiliary drainage using the EUS-FNA technique: EUS-BD and EUS-PD. *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery*. 2009;16:598-604. doi:10.1007/s00534-009-0131-5
4. Saad WE, Davies MG, Darcy MD. Management of bleeding after percutaneous transhepatic cholangiography or transhepatic biliary drain placement. *J Tech Vasc Interv Radiol*. 2008;11(1):60-71. doi:10.1053/j.tvir.2008.05.007
5. ASGE Standards of Practice Committee, Anderson MA, Fisher L, Jain R, Evans JA, Appalaneni V, Ben-Menachem T, Cash BD, Decker GA, Early DS, Fanelli RD, Fisher DA, Fukami N, Hwang JH, Ikenberry SO, Jue TL, Khan KM, Krinsky ML, Malpas PM, Maple JT, Sharaf RN, Shergill AK, Dominitz JA. Complications of ERCP (ASGE Guideline). *Gastrointestinal Endoscopy*. 2012;75(3):467-473. doi:10.1016/s0016-5107(12)00049-1

ВПЕРВЫЕ В РОССИИ

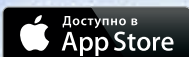
Приложения

для iPad от издательства

Медиа Сфера



Реклама



Синдромы и болезни в гастроэнтерологии и эндоскопии¹

А.Н. ЗАБЛОДСКИЙ, А.А. БУДЗИНСКИЙ* (ВИТЕБСК—МОСКВА)

Syndromes and diseases in gastroenterology and endoscopy

A.N. ZABLODSKY, A.A. BUDZINSKY

Вашему вниманию предложена первая глава, описывающая неоднозначный эффект от воздействия на трубчатые структуры пищеварительного тракта казалось бы такого известного вещества, как этиловый спирт. Книга состоит из введения, предисловия и 128 глав, посвященных клиническому и эндоскопическому описанию редких и не очень редких синдромов, встречающихся в лечебной практике.

Алкоголизм

Алкоголь — вещество, широко применяемое в промышленности. Название его происходит от арабского слова «al-kuhl», что означает «порошок для окрашивания глаз». Позднее оно было применено для всех препаратов, содержащих спирт. В данном разделе освещаются вопросы непосредственного влияния алкоголя на слизистую оболочку (СО) верхних отделов пищеварительного тракта и опосредованное действие в плане процессов онкогенеза в этих структурах.

Воздействие этанола на пищевод

Нарушение перистальтики органа. У здоровых людей нанесение этилового спирта на СО пищевода приводит к транзиторному уменьшению давления нижнего пищеводного сфинктера (НПС) и снижению исходной перистальтики его дистального отдела, что вызывает нарушение клиренса (M. Mincis и соавт., 1995). Эффекту острого воздействия этанола на работу обоих сфинктеров и моторику нижней трети пищевода может, по крайней мере, частично способствовать нарушение функции автономной нервной системы (W. Hogan и соавт., 1972), поскольку его внутривенное введение также нарушает нормальную перистальтику органа. Исходя из этого, можно предположить, что по крайней мере часть

последствий влияния алкоголя вызваны системным действием. Указанные функциональные изменения приводят к гастроэзофагеальному рефлюксу (ГЭР), а удлинение каждого эпизода последнего — к снижению клиренса пищевода (**рис. 1, таблица**).

Инстилляцией 180 мл 50° этанола в дистальный отдел пищевода у 90% здоровых людей приводит к возникновению эпизодов кислотного рефлюкса (A. Keshavarzian и соавт., 1990). Такие непосредственные эффекты этилового спирта зависят от дозы и начинаются с порога 45—60 мл и концентрации его в крови 70—90 мг/л (E. Mauger и соавт., 1978).

Хроническое употребление этанола вызывает вторичные расстройства моторики. Воздействие на НПС противоположно острому применению алкоголя. У пьющих людей со средним употреблением 300 г ежедневно за 18 лет (без каких либо признаков нейропатии) давление в этом сфинктере было значительно выше, чем у здоровых людей (A. Keshavarzian и соавт., 1992). В то же время у пациентов с алкогольной периферической нейропатией давление НПС было нормальным (**см. таблицу**).

Эзофагит. Употребление алкоголя часто вызывает симптомы изжоги. Клинический опыт позволяет предположить, что у лиц, чрезмерно использующих этиловый спирт в качестве напитка, повышается показатель обнаружения хронического эзофагита. Однако научных исследований указанной связи между частым приемом этанола и воспалительным процессом в пищеводе все еще недостаточно, хотя приведенные выше данные о расстройствах моторики данного органа у пьющих людей показывают, что эти нарушения могут способствовать развитию эзофагита. Имеется только несколько давних эпидемиологических исследований, демонстрирующих частоту патологических гистологических изменений СО пищевода у алкоголиков (J. Zeus и соавт., 1970).

¹Готовится к печати.

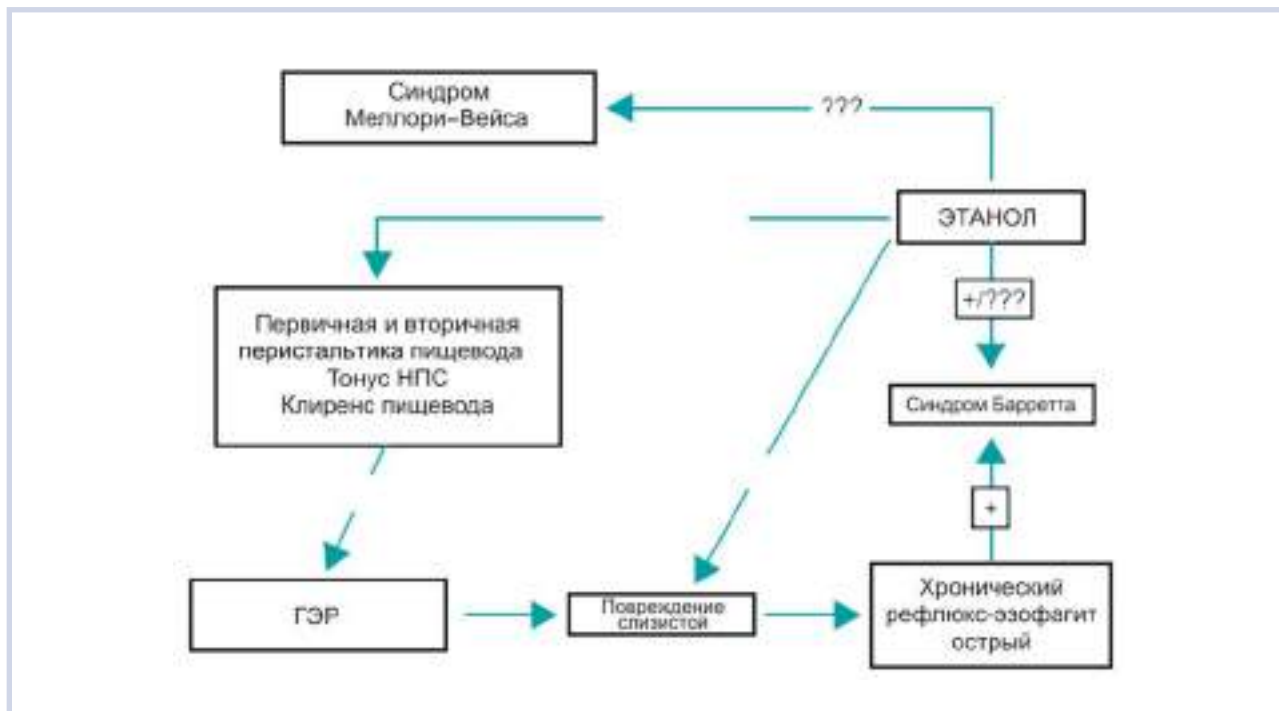


Рис. 1. Эффект этанола на функцию пищевода, его слизистую оболочку и НПС.

Вызванные ГЭР и расстройства моторики последнего, связанные с острым употреблением этанола, могут способствовать развитию повреждений СО (см. рис. 1). Такие изменения усугубляются воздействием соляной кислоты. Перфузия алкоголя при гистологическом исследовании вызывает отек и подслизистую вазодилатацию. Добавление к этому воздействия HCl приводит к прогрессированию признаков повреждения СО, таких как отек, геморагии, лейкоцитарная инфильтрация и диффузные изъязвления (R. Chung и соавт., 1977).

Рак пищевода. Чрезмерное употребление алкоголя является одним из самых существенных факторов риска рака верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Кроме того, оно также увеличивает опасность возникновения аденокарциномы других отделов ЖКТ.

Уже в 1962 г. было замечено, что у мужчин, которые потребляют большое количество этанола, развитие рака более вероятно (D. Schwartz и соавт.). Было показано, что 25–68% аденокарцином верхнего отдела ЖКТ вызвано алкоголем, а до 80% таких опухолей можно предотвратить отказом от его приема и курения (С. La Vecchia и соавт., 1997).

Лучшим доказательством связи между алкоголизмом и раком являются результаты контролируемых исследований. Метаанализ всех доступных эпидемиологических работ подтвердил связь между ежедневным употреблением крепких напитков и развитием злокачественных опухолей (S. Teysse, M. Singer, 2003). Прием алкоголя в любом количестве увеличивает риск аденокарцином. При ежедневном использовании 10 г этанола он составляет от 5 до 30%. Выше всего данный показатель характе-

Эффект однократного и хронического воздействия этанола на моторику пищевода

Параметр	Однократный эффект (здоровые лица)	Хронический эффект (алкоголики)
Тонус НПС	Уменьшен	Повышен, нормализуется при отвыкании
Сокращения тела пищевода	Уменьшены амплитуда и распространение перистальтики	Повышены высокие амплитуды и сочетанные, повторяющиеся сокращения, удлинение длительности каждого сокращения; нет нормализации во время отвыкания
Клиренс пищевода	Уменьшен	Угнетен; нормализуется после отвыкания
Число рефлюксов	Повышено	Нет данных



Рис. 2. Потенциальные факторы, влияющие на возникновение рака пищевода у пьющих лиц.

рен для локализации онкопроцесса в полости рта, глотке, гипотаринксе и пищеводе. Важно отметить, что не существует количественного или временного порога употребления алкоголя, при котором нет возрастания заболеваемости вышеуказанными формами карцином.

Точный механизм развития раковых опухолей, ассоциированных с алкоголем, остается неясным, поскольку этанол сам по себе не является канцерогеном. В то же время первый метаболит окисления этанола — ацетальдегид, — согласно результатам исследований на культурах клеток и опытов на животных, имеет множество канцерогенных эффектов. Согласно большинству современных доказательных данных, ацетальдегид образуется под влиянием нормальной микрофлоры ЖКТ или слюны и является местным канцерогеном (M. Salaspuro, 2003). Однако и само злоупотребление алкоголем может сочетаться с тяжелым непрямым опухолевым эффектом крепких алкогольных напитков.

Курение повышает влияние этанола на абсолютный риск развития рака пищевода, в то время как потребление фруктов и овощей это воздействие уменьшает (M. Longnecker, S. Enger, 1996). Низкий уровень гигиены полости рта, дефицит питания и папилломавирус человека являются другими независимыми факторами опасности возникновения подобных аденокарцином (C. La Vecchia и соавт., 1997).

На рис. 2 показаны возможные причины, которые приводят к развитию рака пищевода у алкоголиков.

В полости рта и пищевода этанол вызывает хроническое воспаление, которое вместе с ГЭР ведет к развитию злокачественных опухолей. СО становится более чувствительной к канцерогенам, таким как ароматические углеводороды и нитрозамины, которые, в зависимости от вида употребляемых алкогольных напитков, обнаруживаются в организме в различных концентрациях. С другой стороны, эти вещества могут быть продуцированы в печени из проканцерогенов. Следовательно, содержание таких опасных веществ в системе кровообращения увеличивается, и они длительное время поражают ранимую СО. Кроме этого, этанол метаболизируется микробами в полости рта в ацетальдегид — токсический и ключевой фактор в канцерогенезе. Все эти патогенные продукты вместе с другими веществами, вызывающими рак, повреждают СО пищевода.

Воздействие этанола на желудок

Несмотря на широкий интерес к заболеваниям органов пищеварительного тракта, индуцированным алкоголем, эффект его острого и хронического воздействия на желудок недостаточно изучен. Обзор публикаций дает противоречивые результаты. В исследованиях прошлых лет предположено, что этиловый спирт оказывает стимулирующее влияние на желудочную секрецию (J. Beazell, A. Ivy, 1940).

Действие этанола и алкогольных напитков на СО желудка у здоровых лиц, по большому счету, не известно. Кроме того, патофизиологические механизмы повреждения СО данного органа чистым спиртом и наиболее распространенными содержащими его жидкостями все еще до конца не понятны. Хотя детальных эпидемиологических сведений о частоте пептической язвенной болезни в сочетании с алкоголизмом недостаточно, таким лицам часто рекомендуют избегать спиртных напитков. S. Charl и соавт. (1993 г.) показали, что повышение продукции желудочной кислоты и гастрин в ответ на прием этанола способствует развитию пептической язвенной болезни. В последующем это утверждение оказалось неточным (см ниже).

Действие этилового спирта на моторику желудка. Эффект этанола на эвакуацию из желудка, вероятно, зависит от вида напитков: низкие дозы алкоголя (вино или пиво), по-видимому, усиливают моторику этого органа, в то время как высокие концентрации алкоголя замедляют эвакуацию (A. Pfeiffer и соавт., 1992). Последний факт может вызывать чувство тяжести или даже тошноты.

Острый гастрит. В некоторых исследованиях показано, что местная инстилляция чистого этанола высокой концентрации (40—80%) повреждает СО желудка в первые 30 мин после применения (D. Piper и соавт., 1982). В зависимости от крепости и количе-

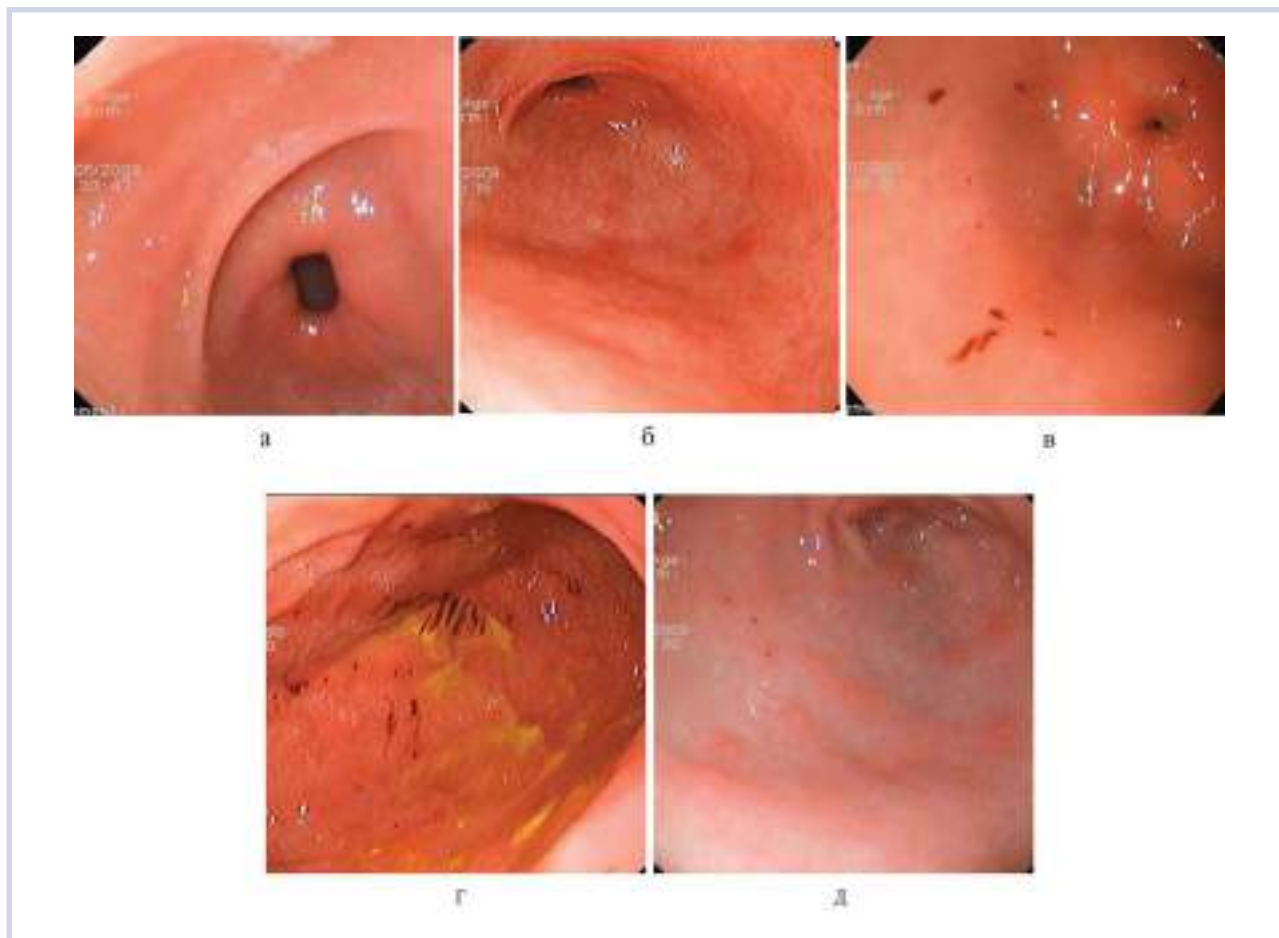


Рис. 3. Действие 100 мл водки на антральную слизистую у здорового человека: до применения (а); через 30 мин после эндоскопического орошения слизистой оболочки желудка 40% спиртным напитком (б); через 60 мин (в); через 4 ч (г); через 1 сут (д).

ства спирта возникают и соответствующие ее изменения, вплоть до геморрагического гастрита. Макроскопически они появляются через 30 мин и достигают максимума через 1 ч. Пиво, вино и виски также индуцируют повреждение СО желудка, но меньшей протяженности по сравнению с растворами «чистого» этанола (рис. 3).

Повреждения в ответ на действие пива и вина были значительно менее выражены, чем те, которые возникали в результате применения этанола в соответствующих концентрациях. Меньшие изменения после приема указанных спиртных напитков объяснимы защитным действием неизвестных неалкогольных ингредиентов (М. Knoll и соавт., 1997). В случаях использования этанола в концентрации выше, чем 10%, нарушения на СО сохраняются на 24 ч. Макроскопически или при световой микроскопии повреждений в двенадцатиперстной кишке не отмечают, но при электронной микроскопии может наблюдаться некоторая степень фиброза ворсинок (А. Casini и соавт., 1999).

Эффект этилового спирта потенцируется нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС). Другим важным фактором риска для развития эрозивно-геморрагического гастрита после острого применения этанола является наличие цирроза печени в сочетании с портальной гипертензией и застойной гастропатией.

Хронический гастрит. Эндоскопических, гистологических или эпидемиологических данных, демонстрирующих увеличение частоты хронического атрофического гастрита в ответ на хроническое употребление алкоголя по сравнению с нормальной популяцией, не существует. Хроническая инфекция с *Helicobacter pylori*, а не этанол сам по себе, видимо, служит главной причиной хронического гастрита у пьющих лиц (R. Uppal и соавт., 1991).

Инфекция *H. pylori*. Н. Brenner и соавт. (1997 г.) показали протективный эффект так называемого умеренного потребления алкоголя (менее 75 г в неделю) против инфекции *H. pylori*. Прием небольшого количества вина и пива (примерно 2,8 л в не-

делю) также имеет защитное действие за счет эрадикации микроорганизмов (L. Muggau и соавт., 2001).

Пептическая язвенная болезнь. В ретроспективных эпидемиологических исследованиях показано, что как острое, так и хроническое употребление алкоголя, а также его тип (пиво, вино и крепкие напитки), не связаны с повышенным риском возникновения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (R. Johnson и соавт., 1994).

Рак желудка. В эпидемиологических исследованиях не обнаружено связи между карциномой желудка и хроническим использованием этанола. Тип напитка не играет роли, будь то пиво, вино или более крепкие их виды (J. Falcao и соавт., 1994). Доказательства риска возникновения рака кардии неубедительны. В одном проспективном исследовании, которое включало пять наиболее частых локализаций карцином (желудок, толстая и прямая кишки, легкие и простата) у 8006 японских мужчин, не было обнаружено определенной связи между употреблением алкоголя (в том числе количества и вида напитков) и частотой возникновения рака желудка (E. Duell и соавт., 2011).

Действие этанола на тонкую кишку

Моторика тонкой кишки у алкоголиков снижается, что, вероятно, вызвано токсическим эффектом на блуждающий нерв или непосредственным воздействием на мышечную оболочку данного органа (G. Addolorato и соавт., 1997).

Повышенную частоту диареи у хронически пьющих лиц можно объяснить уменьшенной активностью дисахаридаз тонкой кишки и ранимостью СО (I. Vjarnason и соавт., 1984). Стеаторея отмечается реже и в определенной степени потенциально связана с панкреатической недостаточностью (S. Schenker и соавт., 1998). Всасывание некоторых нутриентов у больных алкоголизмом может измениться, например таких, как витамин В₁₂, фолиевая кислота, тиамин, аминокислоты, кальций и магний.

Рак толстой кишки

По данным эпидемиологических исследований, связь между употреблением этанола и раком толстой кишки противоречива, но согласно современному Консенсусному заключению, в большей части работ показано, что применение алкогольных напитков, даже в малых количествах, приводит к увеличению риска развития колоректальных аденом и рака (W. Scheppach и соавт., 1994). Такое сочетание выглядит убедительным так же для пива и карциномы прямой кишки.

Заключение

Алкоголь оказывает разнообразное воздействие на пищевод и желудок, а изменения в этих двух органах приводят к значительной заболеваемости. Наиболее важным результатом является развитие рака пищевода. Этанол вызывает нарушение его моторики, что предрасполагает к возникновению эзофагита и/или пищевода Барретта, таким образом, увеличивая вероятность развития карциномы данного органа. Этот эффект усиливается, если вместе употребляются алкоголь и табак.

Воздействие спирта не способствует увеличению количества язв желудка. Умеренное употребление алкоголя, по-видимому, имеет протективный эффект против инфекции *H. pylori*. Данных о связи между приемом этанола и развитием рака желудка нет.

Примерно 80% случаев опухолей ЖКТ могут быть предупреждены при отказе от алкоголя и курения. Риск развития карцином органов ЖКТ, связанный с приемом этанола, зависит от дозы. Употребление алкоголя и табака имеет синергический эффект. Дефицит алкогольдегидрогеназы увеличивает риск возникновения раков ЖКТ. Ацетальдегид, продуцируемый микробами нормальной флоры пищеварительного тракта, слюнными железами или СО, представляет собой местный канцероген.

Меры профилактики: гигиена полости рта, устранение курения и употребления крепких напитков вообще и, тем более, до состояния интоксикации.

Правила для авторов

При направлении статьи в редакцию необходимо строго соблюдать следующие правила:

1. Статья должна сопровождаться официальным направлением от учреждения, в котором выполнена работа, иметь визу научного руководителя. В направлении можно указать, является ли статья диссертационной.

Кроме того, необходимы копии авторского свидетельства, удостоверения на рационализаторское предложение или разрешения на публикацию, если эти документы упомянуты в тексте статьи или экспертном заключении.

2. В редакцию необходимо присылать электронную версию статьи на диске или по электронной почте gastro@mediasphera.ru.

3. Вначале указываются инициалы и фамилии авторов, затем ученая степень, звание и должность, название статьи, учреждения, из которого она вышла. Указание официального названия организации и ведомства, на базе которых выполнена работа, приводится на русском и английском языках.

4. Статью должны подписать все авторы. Обязательно нужно указать фамилию, имя, отчество автора, с которым редакция будет вести переписку, его адрес (с почтовым индексом), электронный адрес и телефон. Если авторы статьи из разных организаций, то контактная информация (e-mail) должна быть о каждой организации. Плата за публикацию статей не взимается.

5. Объем оригинальной статьи не должен превышать 15 страниц (1800 знаков с пробелами на странице), число рисунков — не более 5–6. Текст статьи набирается в Microsoft Word, параметры страницы: лист формата А4 (210×297 мм), через два интервала, размер шрифта 12.

6. К статье необходимо приложить резюме размером от 100 до 200 слов, в начале которого полностью повторить фамилии авторов и название. Резюме должно быть структурированным и содержать следующие подразделы: цель, материал и методы, результаты, заключение. В конце резюме нужно написать 3–5 ключевых слов статьи и сокращенное название статьи (до 5 слов).

7. Статья должна быть тщательно отредактирована и выверена автором. Изложение должно быть ясным, без длинных введений и повторов.

8. Цитаты, приводимые в статье, должны быть тщательно выверены; в сноске необходимо указать источник, его название, год, выпуск, страницы.

9. Сокращение слов не допускается, кроме общепринятых сокращений химических и математических величин, терминов. В статьях должна быть использована система единиц СИ.

10. Специальные термины следует приводить в русском переводе и использовать только общепринятые в научной литературе слова. Ни в коем случае не применять иностранные слова в русском варианте в «собственной» транскрипции. Химические формулы, дозы визируются автором на полях.

11. В статьях для характеристики собственного клинического материала следует использовать только международную классификацию СЕАР.

12. Таблицы должны быть построены наглядно, иметь название, их заголовки — точно соответствовать содержанию граф. Все цифры, итоги и проценты в таблицах должны быть тщательно выверены автором и соответствовать цифрам в тексте. В тексте необходимо указать место таблицы и ее порядковый номер.

13. Количество иллюстраций (фотографии, рисунки, чертежи, диаграммы) должно быть безусловно необходимым.

Фотографии должны быть контрастными, рисунки — четкими. На обороте каждой иллюстрации ставятся номер рисунка, фамилия автора и пометка «верх» и «низ». Графики

и схемы не должны быть перегружены текстовыми надписями. Для получения цветного изображения необходимо присылать также электронную версию иллюстраций.

14. Подписи к рисункам даются на отдельном листе с указанием номера рисунка и к какой странице рукописи каждый из них относится; в тексте необходимо указать место рисунка.

В подписях приводится объяснение значения всех крик, букв, цифр и других условных обозначений.

15. В списке литературы каждый источник дается с новой строки под порядковым номером. В списке перечисляются все авторы, которые приводятся в тексте, **по мере цитирования**, не в алфавитном порядке.

В списке должны быть обязательно приведены: по книгам — фамилия автора и его инициалы, полное название книги, место и год издания; по журналам, сборникам — фамилия автора и его инициалы, полное название статьи, название журнала, сборника, год, номер и страницы от — до. Для учета в базе SCOPUS всех авторов публикации, в списке литературы необходимо приводить фамилии **всех авторов статьи**.

В список литературы не включаются ссылки на диссертационные работы.

За правильность приведенных в литературных списках данных ответственность несут авторы.

Библиографические ссылки в тексте статьи даются в квадратных скобках номерами в соответствии с пристатейным списком литературы.

Упомянутые в статье авторы должны быть приведены обязательно в инициалами, при этом необходимо указать их в списке литературы. Фамилии иностранных авторов даются в оригинальной транскрипции.

С 2015 г. в издательстве Медиа Сфера изменяются правила оформления пристатейных библиографических описаний. Изменения вызваны необходимостью гармонизировать отечественные публикационные стандарты с международными, чтобы повысить цитируемость российских авторов и востребованность их работ. Библиографическое описание пристатейных источников литературы — важнейшая часть мета-данных научной статьи (наряду с названием, списком авторов, их местом работы и рефератом статьи), которые загружаются в различные международные базы данных. Одна из этих баз — DOI-CrossRef — хранит уникальные идентификаторы электронных версий научных публикаций. С 2015 г. каждой научной публикации, выходящей в издательстве Медиа Сфера, присваивается уникальный цифровой код DOI, который позволяет легко отыскать электронную версию статьи в Интернете. Согласно международной конвенции DOI-CrossRef, все авторы и издатели берут на себя взаимные обязательства каждую процитированную статью проверять на наличие DOI и приводить его в библиографическом описании (если он есть). Подавляющее число зарубежных статей, опубликованных за последние 20 лет, имеют DOI. Участие в системе DOI-CrossRef позволяет существенно повысить видимость и цитируемость научных публикаций.

Теперь библиографические описания должны оформляться в виде трехколоночной таблицы. В первом столбце — порядковый номер источника в порядке его упоминания в тексте статьи. Во втором столбце — библиографическое описание источников для публикации в печатной русскоязычной версии журнала, в третьем — библиографическое описание, предназначенное для загрузки в международные индексы цитирования и размещения на англоязычной части сайта журнала (вместе с английским названием статьи и резюме). Ссылки на зарубежные источники выглядят в обоих случаях одинаково. Пример таблицы:

Литература

References

- | | | |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Белая Ж.Е., Рожинская Л.Я., Мельниченко Г.А., Ситкин И.И., Дзеранова Л.К., Марова Е.И., Вакс В.В., Воронцов А.В., Ильин А.В., Колесникова Г.С., Дедов И.И. Роль градиента пролактина и АКТГ/пролактин-нормализованного отношения для повышения чувствительности и специфичности селективного забора крови из нижних каменных синусов для дифференциальной диагностики АКТГ-зависимого гиперкортицизма. <i>Проблемы эндокринологии</i> . 2013;59(4):3-10. doi:10.14341/probl20135943-10. | Belaia Z, Rozhinskaia L, Mel'nichenko G, Sitkin I, Dzeranova L, Marova E, Vaks V, Vorontsov A, Il'in A, Kolesnikova G, Dedov I. The role of prolactin gradient and normalized ACTH/prolactin ratio in the improvement of sensitivity and specificity of selective blood sampling from inferior petrosal sinuses for differential diagnostics of ACTH-dependent hypercorticism. <i>Problemy endokrinologii</i> . 2013;59(4):3-10. (In Russ.). doi:10.14341/probl20135943-10. |
| 2 | Matsumoto K, Nakamaru M, Obara H, Hayashi S, Harada H, Kitajima M, Shirasugi N, Nougа K. Surgical Strategy for Abdominal Aortic Aneurysm with Concurrent Symptomatic Malignancy. <i>World Journal of Surgery</i> . 1999;23(3):248-251. doi:10.1007/pl00013189. | Matsumoto K, Nakamaru M, Obara H, Hayashi S, Harada H, Kitajima M, Shirasugi N, Nougа K. Surgical Strategy for Abdominal Aortic Aneurysm with Concurrent Symptomatic Malignancy. <i>World Journal of Surgery</i> . 1999;23(3):248-251. doi:10.1007/pl00013189. |

Все ссылки на журнальные публикации должны содержать их DOI (Digital Object Identifier, уникальный цифровой идентификатор статьи в системе CrossRef). Проверять наличие DOI статьи следует на сайте <http://search.crossref.org/> или <https://www.citethisforme.com>. Для получения DOI нужно ввести в поисковую строку название статьи на английском языке. Последний сайт, помимо DOI, автоматически генерирует правильно оформленное библиографическое описание статьи на английском языке в стиле цитирования AMA. Подавляющее большинство зарубежных журнальных статей и многие русскоязычные статьи, опубликованные после 2013 г., зарегистрированы в системе CrossRef и имеют уникальный DOI.

Правила подготовки библиографических описаний русскоязычных источников для выгрузки в международные индексы цитирования

Журнальные статьи

Фамилии и инициалы всех авторов на латинице и название статьи на английском языке следует приводить так, как они даны в оригинальной публикации. Далее следует название русскоязычного журнала в транслитерации (транслитерация — передача русского слова буквами латинского алфавита) в стандарте BSI (автоматически транслитерация в стандарте BSI производится на страничке <http://ru.translit.net/?account=bsi>), далее следуют выходные данные — год, том, номер, страницы. В круглые скобки помещают язык публикации (In Russ.). В конце библиографического

описания помещают DOI статьи, если таковой имеется. Например:

Belaia Z, Rozhinskaia L, Mel'nichenko G, Sitkin I, Dzeranova L, Marova E, Vaks V, Vorontsov A, Il'in A, Kolesnikova G, Dedov I. The role of prolactin gradient and normalized ACTH/prolactin ratio in the improvement of sensitivity and specificity of selective blood sampling from inferior petrosal sinuses for differential diagnostics of ACTH-dependent hypercorticism. *Problemy endokrinologii*. 2013;59(4):3-10. (In Russ.). doi:10.14341/probl20135943-10.

Не следует ссылаться на журнальные статьи, публикации которых не содержат перевода названия на английский язык.

2. Все остальные источники приводятся на латинице с использованием транслитерации в стандарте BSI с сохранением стилового оформления русскоязычного источника. В круглые скобки помещают язык публикации (In Russ.). Например: Gilyarevskii S.R. Miokardity: sovremennye podkhody k diagnostike i lecheniyu. M.: Media Sfera; 2008. (In Russ.).

3. Ссылки на авторефераты диссертаций, материалы конференций, патенты и юридические документы можно приводить только в случае, если они имеются в открытом доступе в Интернете.

4. Примеры оформления разных вариантов библиографических описаний приводятся ниже.

Для удобства авторов и стилистического единообразия оформления библиографии как российских, так и зарубежных источников, должно быть основано на Ванкуверском стиле в версии AMA (AMA style, <http://www.amamanualofstyle.com>). Этим стилем пользуются более половины зарубежных медицинских изданий. Ниже приведены примеры оформления разных вариантов библиографических описаний:

Вид источника	Русскоязычный	Зарубежный
Стандартная журнальная статья	Белая Ж.Е., Рожинская Л.Я., Мельниченко Г.А., Ситкин И.И., Дзеранова Л.К., Марова Е.И., Вакс В.В., Воронцов А.В., Ильин А.В., Колесникова Г.С., Дедов И.И. Роль градиента пролактина и АКТГ/пролактин-нормализованного отношения для повышения чувствительности и специфичности селективного забора крови из нижних каменных синусов для дифференциальной диагностики АКТГ-зависимого гиперкортицизма. <i>Проблемы эндокринологии</i> . 2013;59(4):3-10. doi:10.14341/probl20135943-10	Vega K. Heart Transplantation Is Associated with an Increased Risk for Pancreaticobiliary Disease. <i>Annals of Internal Medicine</i> . 1996;124(11):980. doi:10.7326/0003-4819-124-11-199606010-00005.
Организация в качестве автора	Научно-организационный комитет проекта ЭССЕ-РФ. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах России (ЭССЕ-РФ). Обоснование и дизайн исследования. <i>Профилактическая медицина</i> . 2013;16(6):25-34.	JCS Joint Working Group. Guidelines for Treatment of Acute Heart Failure (JCS 2011). <i>Circ J</i> . 2013;77(8):2157-2201. doi:10.1253/circj.cj-66-0068.

Окончание на след. стр.

Вид источника	Русскоязычный	Зарубежный
Статья в номере с приложением	Самсонов С.Н., Петрова П.Г., Соколов В.Д., Стрекаловская А.А., Макаров Г.А., Иванов К.И. Гелиогеофизическая возмущенность и обострения сердечно-сосудистых заболеваний. <i>Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова</i> . 2005;(14)(прил. Инсульт):18-22.	Crinò L, Cappuzzo F. Present and future treatment of advanced non-small cell lung cancer. <i>Seminars in Oncology</i> . 2002;29(3)(suppl 9):9-16. doi:10.1053/sonc.2002.34266.
Газетная статья	Мешковский А., Быков А. Оригинал или дженерик? <i>Российская газета. Спецвыпуск «Фармацевтика»</i> . 4 июля, 2011:5518(142).	Connolly C. A small win for proponents of drug importation. <i>Washington Post</i> . April 23, 2004:EO1.
Книга (авторы)	Гиляревский С.Р. <i>Миокардиты: современные подходы к диагностике и лечению</i> . М.: Медиа Сфера; 2008.	Ringsven MK, Bond D. <i>Gerontology and leadership skills for nurses</i> . 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.
Книга (под ред.)	На всю книгу: <i>Инфекции, передаваемые половым путем</i> . Под ред. Аковбяна В.А., Прохоренкова В.И., Соколовского Е.В. М.: Издательство Медиа Сфера; 2007. На часть в книге: <i>Инфекции, передаваемые половым путем</i> . Под ред. Аковбяна В.А., Прохоренкова В.И., Соколовского Е.В. М.: Издательство Медиа Сфера; 2007:11-33.	На всю книгу: Norman IJ, Redfern SJ, eds. <i>Mental health care for elderly people</i> . New York: Churchill Livingstone; 1996. На часть в книге: Lewinsohn P. Depression in adolescents. In: Gottlib IH, Hammen CL, eds. <i>Handbook of Depression</i> . New York, NY: Guilford Press; 2002:541-553.
Материалы конференции (Допускается цитирование только при наличии в открытом доступе в Интернете)	Пархоменко А.А., Дейханова В.М. Оказание медицинской помощи больным, перенесшим инфаркт головного мозга, на амбулаторно-поликлиническом этапе. Всероссийская научно-практическая конференция «Пути развития первичной медико-санитарной помощи»; Ноябрь 13—14, 2014; Саратов. Доступно по: http://medconfer.com/node/4128 . Ссылка активна на 12.12.2014.	Chu H, Rosenthal M. Search engines for the World Wide Web: a comparative study and evaluation methodology. Paper presented at: American Society for Information Science 1996 Annual Conference; October 19—24, 1996; Baltimore, MD. Available at: http://www.asis.org/annual-96/electronicproceedings/chu.html . Accessed February 26, 2004.
Диссертация (Допускается цитирование только при наличии в открытом доступе в Интернете)	Бузаев И.В. <i>Прогнозирование изменений центральной гемодинамики и выбор метода пластики левого желудочка при хронических аневризмах сердца</i> : Дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск; 2006. Доступно по: http://www.buzaev.ru/downloads/disser.pdf . Ссылка активна на 12.12.2014.	Fenster SD. <i>Cloning and Characterization of Piccolo, a Novel Component of the Presynaptic Cytoskeletal Matrix</i> [dissertation]. Birmingham: University of Alabama; 2000.
Патент (Допускается цитирование только при наличии в открытом доступе в Интернете)	Патент РФ на изобретение №2193864/ 10.12.02. Бюл. №34. Газаян М.Г., Пономарева Н.А., Иванова О.Ю. Способ ранней диагностики вторичной плацентарной недостаточности. Доступно по: http://www.ntpo.com/patents_medicine/medicine_1/medicine_432.shtml . Ссылка активна на 12.12.2014.	Rabiner RA, Hare BA, inventors; OmniSonics Medical Technologies Inc, assignee. Apparatus for removing plaque from blood vessels using ultrasonic energy. US patent 6,866,670. March 15, 2005.
Медиа и электронные материалы	Протокол исследования больных с нарушениями сна [архив]. Доступно по: http://sleepmed.ru/protissl.zip . Ссылка активна на 12.12.2014.	Hormone replacement therapy [audio]. National Public Radio. August 5, 2002. Available at: http://www.npr.org/templates/story/story.php?storyId=1147833 . Accessed March 4, 2004.
Журнальная статья в электронном формате	Полужтков М.Г. Первичные и вторичные инсомнии и расстройства дыхания во сне. <i>Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова</i> . 2011;111(9)(2):10-18. Доступно по: http://www.mediasphera.ru/journals/korsakov/detail/782/12404/ . Ссылка активна на 12.12.2014.	Duchin JS. Can preparedness for biological terrorism save us from pertussis? <i>Arch Pediatr Adolesc Med</i> . 2004;158(2):106-107. Available at: http://archpedi.ama-assn.org/cgi/content/full/158/2/106 . Accessed June 1, 2004.
Юридические материалы (законопроекты, кодексы, постановления, приказы, федеральные стандарты, правила) (Допускается цитирование только при наличии в открытом доступе в Интернете)	Федеральный закон Российской Федерации №323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации». Доступно по: http://www.rosminzdrav.ru/documents/7025-federalnyy-zakon-323-fz-ot-21-noyabrya-2011-g . Ссылка активна на 12.12.2014.	—

16. Редакция оставляет за собой право сокращать и исправлять статьи.

17. Статьи, ранее опубликованные или направленные в другой журнал, присылать нельзя.

18. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, возвращаются авторам без рассмотрения.

19. Порядок рецензирования авторских материалов следующий:

Все статьи, поступающие для публикации в журнале, подвергаются рецензированию.

Рецензенты работают со статьей как с конфиденциальным материалом, строго соблюдая право автора на неразглашение до публикации содержащихся в статье сведений. Дополнительные эксперты могут привлекаться рецензентом к работе только с разрешения редакции и также на условиях конфиденциальности.

Замечания рецензентов направляются автору без указания имен рецензентов. Решение о публикации (или отклонении) статьи принимается редколлегией после получения рецензий и ответов автора.

В отдельных случаях редколлегия может направить статью на дополнительное рецензирование, в том числе на статистическое и методологическое рецензирование.

Редакция журнала проводит постоянную оценку качества рецензирования с помощью русской версии опросника Review Quality Instrument (Version 3.2), van Rooyen S., Black N., Godlee F. J Clin Epidemiol 1999; 52: 625–629.

20. В оригинальных статьях необходимо указать, в каком из этапов создания статьи принимал участие каждый из ее авторов:

- Концепция и дизайн исследования
- Сбор и обработка материала
- Статистическая обработка данных
- Написание текста
- Редактирование

Пример:

Авт. И.И. Иванов, П.П. Петров, С.С. Сидоров

Участие авторов:

Концепция и дизайн исследования — И.И., С.С.

Сбор и обработка материала — П.П.

Статистическая обработка — П.П.

Написание текста — С.С.

Редактирование — И.И.

21. Конфликт интересов

При представлении рукописи авторы несут ответственность за раскрытие своих финансовых и других конфликтных интересов, способных оказать влияние на их работу.

Все существенные конфликты интересов должны быть отражены в рукописи (в сноске на титульной странице).

При наличии спонсоров авторы должны указать их роль в определении структуры исследования, сборе, анализе и интерпретации данных, а также принятии решения опубликовать полученные результаты. Если источники финансирования не участвовали в подобных действиях, это также следует отметить.

Авторы должны представить заполненную анкету:

Каждый из авторов должен ответить на приведенные ниже вопросы, утвердительный ответ требует дополнительной информации.

Название рукописи (статьи) _____

Автор: _____

1. Получали ли Вы или Ваши близкие родственники деньги, подарки и иное вознаграждение от организации, учреждения или компании, на которой финансово может отразиться Ваша публикация, включая гонорары за выступления, консультации, подарки, финансирование поездок, средства на исследования.

Да/Нет

2. Есть ли у Вас близкие родственники, работающие на организацию, учреждение или компанию, на которой финансово может отразиться Ваша публикация?

Да/Нет

3. Есть ли у Вас близкие родственники, находящиеся на вышестоящей позиции, т.е. Руководитель/Директор организации, учреждения или компании, на которой финансово может отразиться Ваша публикация?

Да/Нет

4. Есть ли у Вас близкие родственники — держатели акций, имеющие инвестиции или иные финансовые интересы (за исключением паевых инвестиционных фондов) в организации, учреждении или компании, на которой финансово может отразиться Ваша публикация?

Да/Нет

5. Могут ли результаты этой публикации прямо или косвенно повлиять на Ваше вознаграждение?

Да/Нет

6. Есть ли другие потенциальные конфликты или существующие противоречия в интересах, которые необходимо знать редакции?

Да/Нет

22. Информированное согласие

Запрещается публиковать

— любую информацию, позволяющую идентифицировать больного (указывать его имя, инициалы, номера историй болезни на фотографиях, при составлении письменных описаний и родословных), за исключением тех случаев, когда она представляет большую научную ценность и больной (его родители или опекуны) дал на это информированное письменное согласие. При получении согласия об этом следует сообщать в публикуемой статье.

23. Права человека и животных

Если в статье имеется описание экспериментов на человеке, необходимо указать, соответствовали ли они этическим стандартам Комитета по экспериментам на человеке (входящего в состав учреждения, в котором выполнялась работа, или регионального) или Хельсинкской декларации 1975 г. и ее пересмотренного варианта 2000 г.

При изложении экспериментов на животных следует указать, соответствовало ли содержание и использование лабораторных животных правилам, принятым в учреждении, рекомендациям национального совета по исследованиям, национальным законам.

Статьи присылать по адресу: 127238 Москва, а/я 54, изд-во «Медиа Сфера», редакция журнала «Доказательная гастроэнтерология».

E-mail: gastro@mediasphera.ru

Редакция