

М.Б. Щербиніна, д.м.н., професор, ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Жовчнокам'яна хвороба в Україні: дискусійні та невирішені питання



М.Б. Щербиніна

Продовження. Початок у № 4/2010

У навчальних посібниках з діагностики захворювань біліарного тракту як фізіологічне дослідження зазвичай рекомендують динамічну гепатобілісцинтиграфію (ДГБСГ), яка забезпечує візуалізацію печінки та жовчовивідних шляхів та оцінку їх структурно-функціонального стану за допомогою сканування після внутрішньовенного введення імінодіацетилової кислоти, міченої ізотопом технецію. Метод показаний у разі підозри на порушення відтоку жовчі, проте неефективний для виявлення конкрементів і стенозів жовчовивідних шляхів. Необхідно зазначити, що внаслідок низки складних моментів у роботі ДГБСГ із застосуванням технецію рідко використовують у практичній медицині.

Слід звернути увагу, що такий класичний метод діагностики біліарної патології, як фракційне дуоденальне зондування, сьогодні також рідко застосовується. Метод дозволяє оцінити процес жовчовиділення та відображає секрецію жовчі після введення подразника, зміни тиску в біліарному тракті та послідовне відкриття сфінктерів жовчовивідної системи. Порівняно з УЗД цей метод дає можливість отримання жовчі для подальшого аналізу. Разом із цим фракційне дуоденальне зондування складно проводити в амбулаторних умовах через тривалість процедури (до 2 год), психологічне та фізичне навантаження пацієнта з огляду на її інвазивність, а також через деякі труднощі у виконанні (в низці випадків, зокрема в разі дуоденоспазму, результати дослідження не можуть бути отримані). Крім того, у більшості поліклінік відсутні спеціалізовані кабінети для проведення зондових досліджень.

ЖМ та жовчні шляхи дотепер залишаються малодоступними для прижиттєвого морфологічного дослідження. Єдиним субстратом для останнього упродовж тривалого часу був операційний або секційний матеріал. У зв'язку з цим багато захворювань біліарної системи, особливо на початковій стадії, залишаються недостатньо вивченими. Певні перспективи може дати запровадження в практику тонкогілкової пункційної біопсії стінки ЖМ під ультразвуковим контролем.

Сьогодні для визначення патології біліарної системи відсутні діагностичні комплекси з програмним забезпеченням; не розроблено методів безперервного спостереження та контролю відтоку жовчі, подібного до добового моніторингу рН стравоходу та шлунка. Крім того, існують діагностичні методи, які не виконуються в Україні, наприклад визначення генетичної схильності до ЖКХ за системою HLA-антигенів, ендоскопічна манометрія сфінктера Одді тощо.

Відомо, що загальнодержавна програма адаптації законодавства України до законодавства Євросоюзу (Закон України від 18.03.04 № 1629-IV) передбачає гармонізацію національної системи стандартизації з європейськими принципами. Нині для формування в Україні високоякісної клінічної практики оптимальним є шлях адаптації клінічних настанов, розроблених у провідних світових центрах з використанням принципів доказової медицини, та створенням на цій основі стандартів і протоколів медичної допомоги.

У 2009 р. МОЗ України були видані 2 накази, що стосуються розробки таких національних документів: наказ МОЗ України від 19.02.09 № 102/18 «Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина перша)»; наказ МОЗ України від 03.11.09 № 798/75 «Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина друга)».

Нами було проаналізовано відповідність діагностичних заходів, що проводяться, та тих, що рекомендовані в клінічному протоколі для встановлення діагнозу хронічного холециститу (наказ МОЗ України від 13.06.05 № 271 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія»). Встановлено, що обсяг виконання обов'язкових рекомендацій становить 57,6%, при цьому максимальний відсоток виконання діагностичних процедур досягає 63,6, мінімальний – 27,3. За нашими даними, у разі діагностування хронічного холециститу лікарі переважно спираються на критерії УЗД. Це діагностичне дослідження проведене у 99,0% пацієнтів. Інші дослідження відносяться до загальноклінічних (клінічний аналіз крові, загальний аналіз сечі, глюкоза крові) та виконуються зазвичай будь-якому пацієнту незалежно від наявності в нього того чи іншого захворювання. Таке становище, з одного боку, відображає сучасні уявлення лікарів про необхідність застосування того чи іншого дослідження, з іншого – можливості їх виконання в амбулаторних умовах. Однак слід підкреслити, що неналежне обстеження пацієнтів є однією з головних причин неповноцінного лікування.

Основним напрямом національного проекту у сфері охорони здоров'я є розвиток первинної медико-санітарної допомоги населенню, особливо її догоспітального етапу. При цьому фахівці з УЗД відіграють особливу роль в ефективному первинному виявленні різних захворювань, у тому числі й ЖКХ. Необхідно також підкреслити, що абсолютна більшість пацієнтів з біліарними захворюваннями повинна обстежуватися та лікуватися амбулаторно.

Існують різні за класом і призначенням ультразвукові діагностичні апарати. У структурі парку ультразвукової діагностичної апаратури лікувально-профілактичних закладів України з гастроентерологічним профілем сьогодні переважають ультразвукові системи з дещо обмеженими позиціями підсилення зображення і т. ін., що ускладнює отримання інформації та її інтерпретацію. Разом із цим європейські стандарти в галузі охорони здоров'я потребують наявності у лікаря-гастроентеролога навичок здійснення УЗД, оскільки саме йому за кваліфікаційною характеристикою делегується проведення цього діагностичного методу. Враховуючи обмеженість парку ультразвукової апаратури в лікувально-профілактичних

зкладах і проблеми з кадровим забезпеченням, виконати ці умови, особливо стосовно раннього виявлення ЖКХ у широких верств населення, нереально.

Своє місце в повсякденній лікарській практиці повинні знайти складні комплексні технології. Так, проведення високотехнологічних діагностичних видів досліджень на рівні амбулаторно-поліклінічної ланки можливе шляхом упровадження телемедичних технологій. Наприклад, у Росії на підставі наказу МОЗ РФ від 27.08.04 № 344/76 «Про затвердження Концепції розвитку телемедичних технологій в Російській Федерації і плану її реалізації» здійснюється комплекс відповідних заходів. Реалізація телемедичного проекту можлива шляхом створення територіальної мережі дистанційної служби функціональної діагностики в медичних установах країни. Комплекс територіальної мережі включає пункт передачі (кабінет дистанційної передачі – КДП) і прийому (дистанційно-діагностичний кабінет – ДДК) та консультативний пункт аналізу функціональних методів дослідження. Оснащення ДДК і КДП відповідними апаратно-програмними засобами для дистанційного прийому/передачі передбачає підключення будь-якого вигляду сучасних засобів телекомунікації: телефонного, мобільного каналу зв'язку або мережі Інтернет. (Для довідки: в медичних установах США лікар-сонолог (фахівець з вищою медичною освітою) аналізує і дає висновок щодо представлених ультразвукових зображень, які зазвичай виконуються сонографістом – спеціалістом із середньою освітою.) Залучення такого фахівця може значно покращити діагностику ЖКХ на передкам'яній стадії (густа неоднорідна жовч, біліарний сладж), а цілеспрямоване лікування вже сьогодні може дати суттєві результати в плані первинної та вторинної профілактики холелітазу, значно зменшити кількість оперативних втручань. Медико-економічний аналіз показує, що терапія на стадії біліарного сладжу не тільки більш ефективна, але й економічно обґрунтована.

Вважається, що виконання УЗД показано особам з підвищеним ризиком розвитку ЖКХ та раку ЖМ – пацієнтам з підвищеним індексом маси тіла, які ведуть малорухомий спосіб життя; пацієнтам, які пред'являють скарги на відчуття дискомфорту в правій підберній та епігастральній ділянках, а також усім пацієнтам, які мають чинники ризику утворення жовчних каменів, у першу чергу холестеринових, а саме:

- жіноча стать;
- вік (чим старший пацієнт, тим більша вірогідність ЖКХ);
- генетичні та етнічні особливості;
- характер харчування (надмірне вживання жирної їжі з високим вмістом холестерину, тваринних жирів, цукру, ласощів);
- вагітність (численні пологи в анамнезі);
- ожиріння;
- голодування;
- захворювання клубової кишки (синдром короткої кишки, хвороба Крона тощо);
- застосування деяких лікарських препаратів (клофібрату, естрогенів, соматостатину тощо).

Накопичений досвід із діагностики захворювань біліарного тракту дозволяє рекомендувати формування окремих груп пацієнтів для подальшого оперативного лікування (холестероз ЖМ, ЖКХ, перебіг яких ускладнено больовим синдромом) або диспансерного спостереження та консервативного лікування в терапевта/гастроентеролога (дисфункції біліарної системи, хронічний холецистит, безбольові форми холестерозу ЖМ та ЖКХ тощо).

Таким чином, перш за все лікарю необхідно вирішити питання структурно-функціонального стану жовчовивідних шляхів. З цією метою найбільш доцільно використовувати УЗД як стартовий скринінг-метод. Виявлені зміни стану біліарної системи за наявності певних клінічних проявів або без них дозволяють на початковому етапі діагностики передбачити певне захворювання та провести поглиблене обстеження в окремих медичних закладах. Оснащення великих діагностичних центрів апаратурою для проведення ендоскопічного УЗД, МРХПГ могло б повною мірою задовольнити потреби в разі виникнення труднощів діагностики біліарних захворювань. Саме такий підхід, на нашу думку, доцільно використовувати на практиці.

Враховуючи, що вдосконалення методів діагностики є динамічним процесом, необхідно постійно оцінювати результати застосування клінічних протоколів та своєчасно вносити відповідні корективи в чинні стандарти, основою яких повинні служити наукові докази ефективності та безпеки медичних втручань, отримані під час проведених за єдиною методикою клініко-епідеміологічних досліджень (доказова медицина); у разі відсутності подібної інформації – дані про найкращу медичну практику.

Безумовно, питаннями оснащеності, робочого стану та оновлення парку діагностичної апаратури, перш за все ультразвукової, аналізом забезпеченості кадрами та кількості проведених обстежень, організацією ефективної роботи медичного персоналу повинні займатися відповідні структури МОЗ України. Проте діяльність різних служб діагностики суттєво впливає на ефективність роботи всіх лікувальних установ і в перспективі повинна позначитися на показниках стану здоров'я населення країни.

ЖКХ у дитячому віці

ЖКХ можна вважати новим захворюванням у педіатрії. Раніше конкременти в ЖМ у плодів та немовлят розглядалися виключно як казуїстика випадкових секційних знахідок. Останніми роками камені в ЖМ та/або жовчних протоках у дітей стали виявляти частіше. Це пов'язано з покращенням діагностичних методів, зокрема широким застосуванням УЗД у педіатричній практиці. Проте також очевидним є кількісне зростання частоти захворювання в дітей різного віку. Розповсюдженість ЖКХ серед дітей зростає за останні декілька років з 0,1 до 1% [10],

що зумовлено низкою причинно-значимих чинників. Йдеться про кількісно-якісні порушення харчування, оскільки діти, як і дорослі, стали вживати забагато рафінованих продуктів, багатих на жири, та недостатню кількість продуктів, що містять вітаміни, макро- і мікроелементи, антиоксиданти. У школярів, особливо в підлітків, має місце нерегулярність прийому їжі, сухоїдіння, зловживання напоями, що містять тонізуючі компоненти та алкоголю. Негативний вплив на стан здоров'я дітей мають надмірне аудіовізуальне навантаження, перевантаженість шкільними заняттями, у деяких випадках – раннє залучення до виробничої діяльності. Не слід забувати й про погіршення екологічної ситуації, коли в організм дитини в надмірній кількості надходять солі важких металів (свинцю, кадмію та ін.), нерідко посилюючи або зумовлюючи дефіцит таких есенціальних мікроелементів, як цинк, селен та ін.

Накопичуються дані про генетичні аспекти ЖКХ у дітей. Так, за наявності HLA B12 вірогідність розвитку ЖКХ становить 40%. Прогностично несприятливою щодо холелітазу ознакою є виявлення у дітей з аномаліями розвитку біліарного тракту антигена B18 (ризик досягає 30%). У разі поєднання HLA B12 і HLA B18 у однієї дитини ризик збільшується до 70% [13].

ЖКХ – не просто одна з нових і актуальних проблем дитячої гастроентерології. Клінічні прояви ЖКХ у дітей не схожі з класичною картиною захворювання в дорослих. Є підстави припускати й особливості патогенезу ЖКХ у дитячому віці. У переважній більшості (87%) дітей раннього віку перебіг ЖКХ безсимптомний [13], у кожній 2-ї дитини захворювання розвивається на фоні різних аномалій розвитку ЖМ та жовчних проток. Показано, що за наявності біліарного сладжу у кожній 5-ї дитини (частіше в дівчаток) формуються конкременти в ЖМ. Встановлено, що діти з холестериновими каменями зазвичай народжуються в матерів, які для збереження вагітності приймали гормональні засоби; білірубіновий літаз є характерним для дітей, народжених після екстракорпорального запліднення. Дослідження в цьому напрямі здаються перспективними та вимагають принципово інших підходів з метою запобігання формуванню холелітазу у дітей раннього віку. Отже, діти з групи ризику розвитку ЖКХ потребують пильного спостереження; з огляду на специфіку контингенту необхідним є запровадження в педіатричну практику принципів нових лікувально-профілактичних програм.

Останніми роками зростає хірургічна активність стосовно пацієнтів дитячого віку з холелітазом. Це ставить перед педіатрами завдання вдосконалення етапного лікування, включаючи збереження якості життя хворого та його батьків. Проблема постхолестектомічного синдрому у дітей за механізмами формування та перебігу не подібна до такої в дорослій популяції. Клінічні прояви залежать від віку дитини, анатомічних та функціональних особливостей жовчовивідних шляхів. Після холецистектомії в дітей збільшується частота гастроєзофагеального та дуоденогастрального рефлюксів, недостатності або гіпертонусу сфінктера Одді (на 10-15%). Кожна 5-та дитина має загострення хронічного гастриту та гастродуоденіту. У багатьох дітей (43%) збільшується ескреція із сечею оксалатів, уратів, солей кальцію. Ці зміни найвиразніші у випадку дисметаболическої нефропатії. У деяких дітей відбувається формування синдрому надлишкового бактеріального росту в тонкій кишці та навіть проявів ендотоксемії.

ЖКХ у дітей має величезне медико-соціальне значення, оскільки може призводити до ранньої інвалідизації,

зниження якості життя та обмеження працездатності в дорослому віці.

Можливий зв'язок холецистектомії та раку товстої кишки

Зв'язок холецистектомії та раку товстої кишки обговорюється давно. Існує припущення про можливу канцерогенну дію жовчних кислот. Пояснюють цю дію тим, що після видалення ЖМ відбувається зміна темпу надходження жовчі в кишечник. Безперервне повільне надходження жовчних кислот у просвіт кишки призводить до порушення процесу їх декон'югації та ентерогепатичної циркуляції. Унаслідок цього жовчні кислоти залучаються до різних патологічних процесів, що ведуть до секреторної діареї та порушень у місцевій імунній системі [16]. Відома пряма кореляційна залежність між концентрацією жовчних кислот у калі та розвитком колоректальних карцином [17]. У разі експериментальної карциноми, викликаній азоксиметаном у щурів, у слизовій оболонці товстої кишки встановлено підвищення концентрації жовчних кислот [18].

Під впливом жовчних кислот суттєво змінюються морфологічні характеристики слизової оболонки товстої кишки. Гістологічне вивчення навіть макроскопічно незмінених ділянок свідчить про розвиток процесів атрофії. Це має прояви у вигляді дистрофії епітеліальних клітин, посилення десквамації епітелію з утворенням ерозій на поверхні кишечника, запальною інфільтрацією стріми, збільшенням кількості міжепітеліальних лімфоцитів. Такий стан супроводжується збільшенням проникності слизової оболонки та значним збільшенням проліферативної активності її епітеліальних клітин, що, як вважають, має провідне значення в механізмі канцерогенезу. Заслугує на увагу і той факт, що під час обстеження пацієнтів, яким проводили тривалу терапію холелітичними препаратами з приводу ЖКХ, подібних змін проліферативної активності товстокишкового епітелію не виявлено.

На оцінку проліферативної активності епітелію товстої кишки та клітин доброякісних і злоякісних епітеліальних пухлин товстої кишки покладалася велика надія як на об'єктивний маркер особливостей клінічного перебігу пухлинної патології або потенційного ризику розвитку раку. Проте в більшості робіт не встановлено достовірного кореляційного зв'язку між проліферативною активністю та різними клінічними параметрами, включаючи стать, вік, ступінь злоякісності та тип росту пухлини, наявність метастазів. Є дані, що проліферативна активність клітин слизової оболонки товстої кишки на різному віддаленні від пухлини не відрізняється. Це не дозволяє використовувати такий показник для визначення ризику розвитку раку. За даними різних авторів, індекси проліферативної активності мають певні розбіжності, проте більшість дослідників погоджується з припущенням про наростання проліферативної активності епітелію товстої кишки за типом «нормальна слизова оболонка – аденома – аденокарцинома» [19].

Є також дані, що в разі розвитку неопластичного процесу в товстій кишці у пацієнтів із збереженою функцією ЖМ на фоні посилення проліферації епітеліальних клітин не спостерігається посилення апоптозу, а злоякісний процес супроводжується повним пригніченням апоптозної активності клітин. У разі розвитку неопластичного процесу в осіб з видаленням ЖМ посилення проліферації епітеліальних клітин супроводжується посиленням апоптозу в клітинах доброякісних пухлин і збереженням апоптозної активності в клітинах аденокарцином [20]. Як відомо, експресія маркера апоптозу p53 в тканині злоякісної пухлини є сприятливою

прогностичною ознакою [21]. Збереження механізму апоптозу в новоутвореннях товстої кишки у пацієнтів, які перенесли холецистектомію, компенсує більш виражене посилення проліферативної активності та дозволяє розраховувати на порівняно сприятливий перебіг захворювання і кращий прогноз.

Отже, недостатньо чіткі відомості про можливість взаємозв'язку холецистектомії та колоректального раку, суперечливі дані щодо дії жовчних кислот на слизову оболонку товстої кишки вимагають проведення спеціальних досліджень.

Дані, засновані на доказовій медицині, взяті з ресурсу U.S. National Guideline Clearinghouse (www.guideline.gov – Національна база даних чинних клінічних рекомендацій США).

Література

1. Щербиніна М.Б., Бабєць М.І. Епідеміологічний аналіз поширеності та захворюваності на жовчнокам'яну хворобу в Україні // Охорона здоров'я України. – 2008. – № 1 (29). – С. 67-71.
2. Stinton L.M., Myers R.P., Shaffer E.A. Epidemiology of gallstones // Gastroenterol Clin North Am. – 2010. – Vol. 39 (2). – P. 157-169.
3. Галкин В.А. Современные представления о патогенезе холелитиаза как основа принципов профилактики билиарной патологии // Тер. арх. – 2003. – № 1. – С. 6-9.
4. Щербиніна М.Б., Скірда І.Ю., Буренко А.М. Біліарна патологія: камінь спотикання на рівній дорозі сучасної гастроентерології? // Здоров'я України. – 2010. – № 1 (тематичний номер). – С. 18-19.
5. Щербиніна М.Б., Глазун В.М., Буренко А.М. Аналіз динаміки розподілу пацієнтів з біліарною патологією за статтю та віком за даними госпіталізації в ДУ «Інститут гастроентерології АМНУ» у період з 1994 по 2009 рр. // Гастроентерологія. – Вип. 44. – Дніпропетровськ, 2010. – С. 57-63.
6. Sun H., Tang H., Jiang S., Zeng L. et al. Gender and metabolic difference of gallstone diseases // World J. Gastroenterol. – 2009. – Vol. 21 (15). – P. 1886-1891.
7. Дорофєєнков М.Е., Сухарева Г.В. Распространенность, факторы риска и значение клинических проявлений желчнокаменной болезни среди населения г. Москвы // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2006. – № 4. – С. 37-42.
8. Aerts R., Penninckx F. The burden of gallstone disease in Europe // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2003. – Vol. 18 (supplement 3). – P. 49-53.
9. Shaffer E.A. Epidemiology of gallbladder stone disease // Best Practice & Research Clinical Gastroenterology. – 2006. – Vol. 20, № 6. – P. 981-996.
10. Решетников О.В. Значение различных методов оценки распространенности желчнокаменной болезни в популяции: патологоанатомическая и прижизненная ультразвуковая диагностика / О.В. Решетников, А.Н. Рябиков, С.Г. Шахматов и др. // Тер. арх. – 2004. – № 1. – С. 45-48.
11. Максимов В.А. Распространенность холелитиаза по данным вскрытия / В.А. Максимов, В.И. Цицеров, А.Л. Чернышев, К.М. Тарасов // Практикующий врач. – 1997. – № 10 (3). – С. 12-13.
12. Щербиніна М.Б. Біліарна патологія: камінь спотикання на рівній дорозі сучасної гастроентерології? / М.Б. Щербиніна, І.Ю. Скірда, А.М. Буренко // Здоров'я України. – 2010. – № 1 (тематичний номер). – С. 18-19.
13. Запруднов А.М., Харитонов Л.А. Актуальные аспекты заболеваний билиарного тракта в детском возрасте // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2010. – № 1. – С. 3-7.
14. Hilska M., Collan Y.U., O'Laine V.J. et al. The significance of tumor markers for proliferation and apoptosis in predicting survival in colorectal cancer // Dis Colon Rectum. – 2005. – Vol. 48, № 12. – P. 2197-208.
15. Запруднов А.М., Харитонов Л.А. Актуальные аспекты заболеваний билиарного тракта в детском возрасте // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2010. – № 1. – С. 3-7.
16. Zimmer A., Gispach C. Bile acids and derivatives, their nuclear receptors FXR, PXR and ligands: role in health and disease and their therapeutic potential // Anticancer Agents Med. Chem. – 2008. – Vol. 8, № 5. – P. 540-563.
17. Mower H.F., Ray R.M., Shoff R. et al. Fecal bile acids in two Japanese populations with different colon cancer risk // Cancer Res. – 1979. – Vol. 39. – P. 328-331.
18. Nigro N.D., Sardesi V.M., Chomchai M. Bile acid content of intestinal tissue and feces during azoxymethane carcinogenesis in the rat // Fed Proc. – 1974. – Vol. 33. – P. 200.
19. Mills S.J., Shepherd N.A., Hall P.A. et al. Proliferative compartment deregulation in the non-neoplastic colonic epithelium of familial adenomatous polyposis // Gut. – 1995. – Vol. 36. – P. 391-394.
20. Галицкий М.В., Хомерики С.Г., Никифоров П.А. Экспрессия маркеров пролиферации и апоптоза в новообразованных слизистой оболочки толстой кишки после холецистектомии // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2006. – № 4. – С. 37-42.
21. Hilska M., Collan Y.U., O'Laine V.J. et al. The significance of tumor markers for proliferation and apoptosis in predicting survival in colorectal cancer // Dis Colon Rectum. – 2005. – Vol. 48, № 12. – P. 2197-208.

ДАЙДЖЕСТ

Італійські дослідники визначили нове антитіло, пов'язане з аутоімунним панкреатитом

Італійські дослідники визначили нове антитіло, пов'язане з аутоімунним панкреатитом, повідомляється в ноябрьському випуску The New England Journal of Medicine. Однак поскільки у деяких хворих раком піджелудочної залози також визначаються антитіла, то останні не можуть бути використані як єдиний тест для проведення дифференціальної діагностики.

Клінічно аутоімунний панкреатит може імітувати рак піджелудочної залози, що затруднює дифференціальну діагностику, відзначають Antonio Rusconi і соавт. з Giannina Gaslini Institute (г. Генуя, Італія).

Автори провели скрининг произвольної бібліотеки пептидів со смешанными IgG, полученными от 20 пациентов с аутоімунним панкреатитом. Один пептид, AIP1-7, был распознан IgG в образцах сыворотки крови у 18 из 20 пациентов аутоімунным панкреатитом и у 4 из 40 больных раком поджелудочной железы, но не в образцах сыворотки здоровых людей.

Этот пептид имеет высокую степень гомологии с плазмидогенсвязывающим белком (ПСБ) Helicobacter pylori, что представляется важным, отмечают исследователи, учитывая, что инфекция H pylori связана с патогенезом аутоімунного панкреатита.

Автори обнаружили антитела к пептиду ПСБ у 19 из 20 больных аутоімунным панкреатитом (95%) и у 4 из 40 больных с раком поджелудочной железы (10%).

«С клинической точки зрения, – отмечает доктор А. Rusconi, – важным выводом этого исследования является то, что тест на наличие таких антител имеет ценность в диагностике аутоімунного панкреатита».

www.gastro.ru

Статини зменшують ризик жовчнокам'яної хвороби

Як показало проведене в Данії дослідження, прийом препаратів, знижуючих рівень холестерину, в тече́нні як мінімум 1-2 лет знизив ризик утворення жовчних каменів і розвитку жовчнокам'яної хвороби (ЖКБ).

Среди участников, которым рецепт на статины выписывали хотя бы 5 раз, риск ЖКБ снизился на 11-24%, и чем больше рецептов получал человек, тем ниже становился риск. В то же время у людей, только начавших прием статинов, риск ЖКБ повышался.

«Высокий уровень холестерина связан с ожирением, неправильным питанием и другими факторами, которые сами по себе повышают риск ЖКБ», – объясняет доктор Rune Erichsen из больницы при Орхусском университете.

Доктор Erichsen с коллегами проанализировали данные 1,7 жителей Северной Дании. За период с 1996 по 2008 год ЖКБ развилась у 33 тыс. из них. Примерно 5% заболевших принимали статины. Среди тех, у кого ЖКБ не было, таковых оказалось несколько меньше.

Однако после корректировки на заболевания, связанные с ЖКБ (болезни печени, сердца, сосудов), пациенты, получившие 5 и больше рецептов на статины, имели более низкий риск ЖКБ, чем лица, не принимавшие статины вообще. Для тех же, кому было выписано 20 и больше рецептов, риск снижался на 24%.

Тем не менее, отмечает доктор Erichsen в American Journal of Epidemiology, дизайн исследования не позволяет сделать вывод, что риск снижается именно под действием статинов.

www.abbottgrowth.ru

ІНФОРМАЦІЯ

В промоційних матеріалах представительства компанії «Берлін-Хемі» в Україні було упомянуто імя одного із вуючих спеціалістів в області гастроентерології, доктора медичинських наук, професора Н.Б. Губергриц без її згоди. По цьому поводу представительство приносит извинения профессору Н.Б. Губергриц.