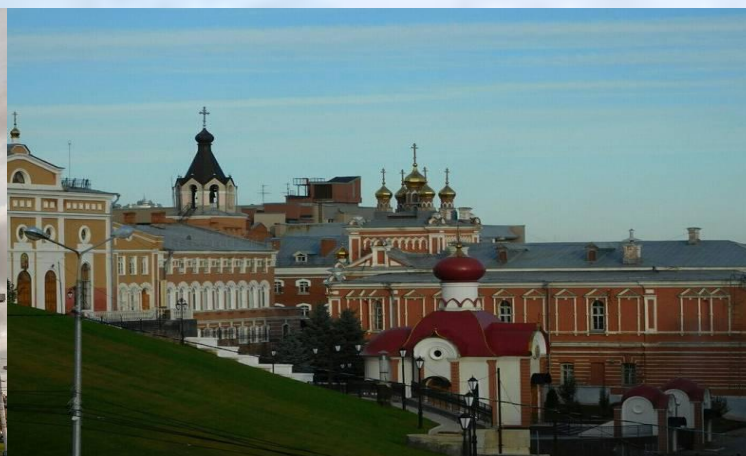
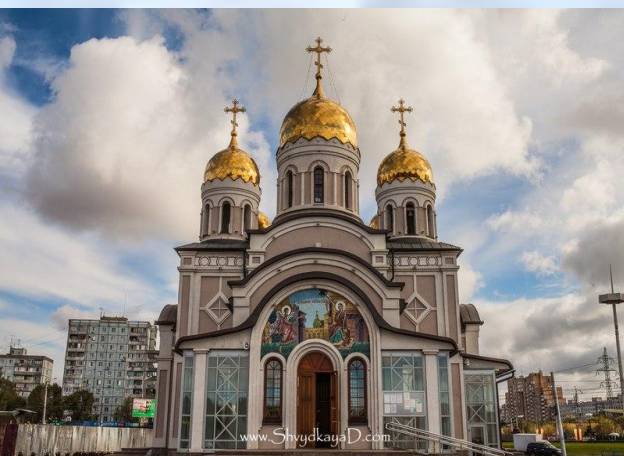


ГБОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия



Материалы VII всероссийского симпозиума эндокринологии с участием терапевтов-эндокринологов «Калининские чтения».

Количество кредитов - 10



Ижевск 2015



ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра хирургических болезней №1

**Диффузный токсический зоб, –
«казнить нельзя помиловать», –
спорных вопросов не осталось, все
определено?**

**Особенности клинического течения и
выбора тактики хирургического
лечения ДТЗ.**



**И.В. Макаров, Р.А. Галкин,
В.Я. Шибанов, А.Ю. Сидоров**



Радиологический метод лечения ДТЗ

В США и Канаде терапия I^{131} является методом выбора при впервые выявленном ДТЗ (простой, неинвазивный и эффективный метод). Также и во многих европейских странах все большее значение в лечении ДТЗ приобретает терапия радиоактивным йодом.

В Японии, напротив, наблюдается традиционно сдержанное отношение обывателя к применению радиоактивных изотопов.



В России после почти 20-летнего перерыва вновь начинает применяться радиоiodтерапия, чаще всего при рецидивах тиреотоксикоза после консервативной терапии и после хирургического лечения.



Терапия радиоактивным йодом

Согласно рекомендациям, РЙТ возможна только в специализированных центрах, обеспечивающих радиационную и экологическую безопасность для больных, сотрудников и окружающей среды.

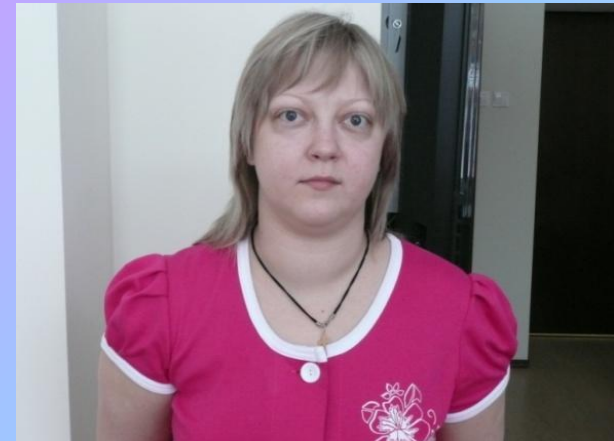
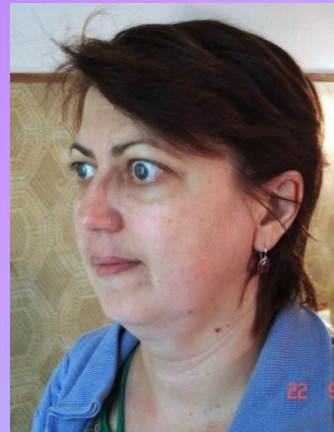
Целью РЙТ является ликвидация тиреотоксикоза путем разрушения гиперфункционирующей ткани ЩЖ и достижении стойкого **гипотиреоидного** состояния (уровень В). Существуют 2 подхода РЙТ: 1) *введение «стандартной активности»* или 2) *индивидуальный расчет терапевтической активности* (предмет дискуссий). При РЙТ точный расчет терапевтической активности не гарантирует достижения стойкого эутиреоза, не предотвращает развития гипотиреоза или тиреотоксикоза.



Оперативное лечение ДТЗ

Хирургическое лечение ДТЗ до настоящего момента в России является основным методом, обеспечивающим быструю и эффективную ликвидацию тиреотоксикоза. При этом большинство отечественных хирургов придерживаются тактики выполнения субтотальной резекции ЩЖ. За рубежом наоборот, большинство авторов выступают за проведение тиреоидэктомии, так как после этого не возникает рецидивов тиреотоксикоза.

Дискуссия о выборе объема оперативного лечения больных с ДТЗ продолжается.





Оперативное лечение ДТЗ

Согласно рекомендациям, оперативное лечение является радикальным методом и показано при нецелесообразности консервативной терапии и при рецидиве тиреотоксикоза после тиреостатической терапии. Конкурирует с РЙТ. И далее, **тотальная (?) тиреоидэктомия** является методом выбора хирургического лечения ДТЗ (уровень В). Перед операцией – достижение эутире-оидного состояния (нормальный уровень св.Т4 и св.Т3) на фоне лечения тиреостатиками (уровень А). Можно добавить: нормализация сна (ЦНС), пульса (ССС) и переход анаболической фазы в катаболическую, т.е. пациент перестает худеть и набирает вес (нормализация обмена веществ).



Оперативное лечение ДТЗ

Далее, рекомендовано определение уровня ионизированного кальция, при необходимости назначение препаратов кальция и вит. D (т.е., тиреоидэктомия подразумевает и удаление околощитовидных желез?). Рекомендовано, также сразу после операции назначение препаратов левотироксина из расчета 1,7 мкг/кг веса пациента (?). А как быть с пациентами, у которых высок риск возникновения аллергических реакций, а с больными с ССС осложнениями и пожилыми пациентами? Кроме того, пул собственных гормонов ЩЖ, циркулирующих в крови, сохраняется в течение от нескольких дней и до 2-х недель, а при выполнении субтотальной резекции ЩЖ?



На наш взгляд, согласно современным представлениям, оперативное вмешательство при ДТЗ

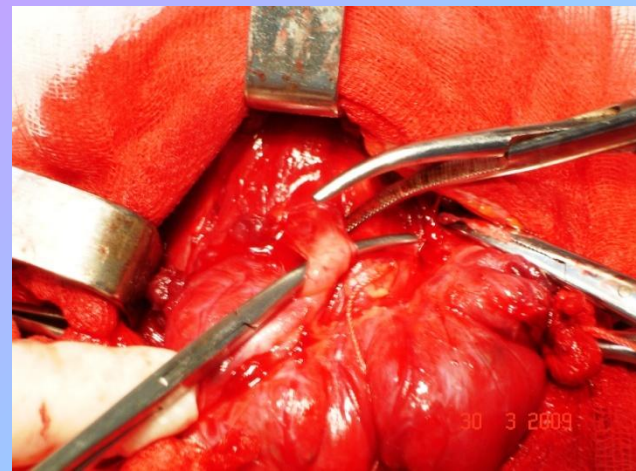
показано: 1) при безуспешности консервативной терапии; обычно после повторного рецидива или возникновении осложнений при ее проведении, аллергических реакциях (лейкопения, гранулоцитопения, кожные высыпания, лихорадка, конъюнктивит, суставные боли, др.);

2) при эндокринной офтальмопатии;

3) у больных зобом больших размеров, особенно

если ЩЖ увеличивается под влиянием тиреостатической терапии;

4) при компрессии органов шеи увеличенной ЩЖ





- 5) у больных при подозрении на неопластический процесс на фоне ДТЗ;
- 6) у больных молодого возраста, беременных или планирующих беременность на ближайший срок;
- 7) если больной в силу обстоятельств или особенностей характера не в состоянии выполнить схему консервативной терапии;
- 8) при необходимости устранения тиреотоксикоза в возможно кратчайший срок.





При ДТЗ мы выполняем либо субтотальную субфасциальную резекцию ЩЖ по О.В. Николаеву, либо субтотальную резекцию по Е.С. Драчинской, либо тиреоидэктомиию.

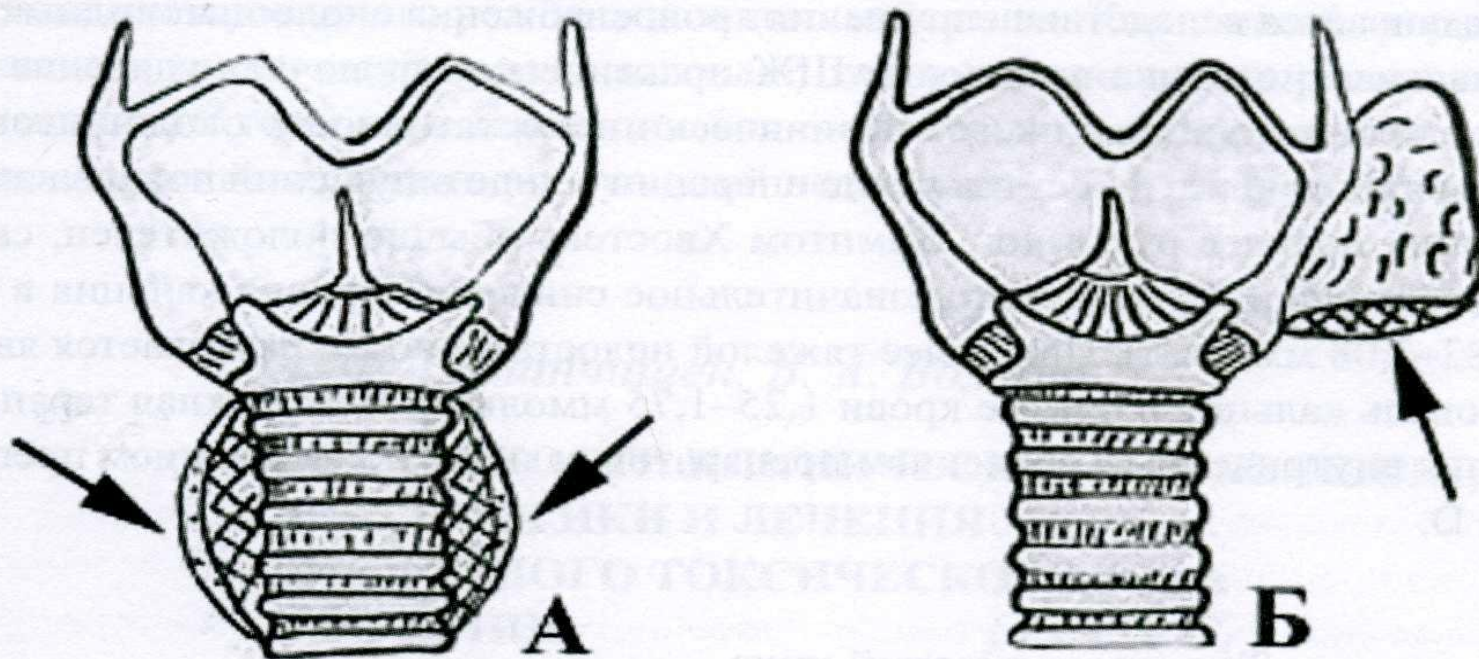
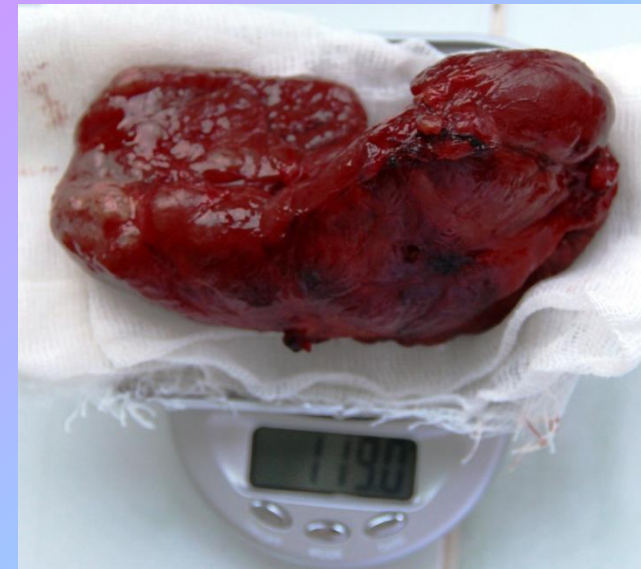


Рис. 3.1.1. Способы резекции щитовидной железы при диффузном токсическом зобе:

А – по J. Mikulich-Radecki (1886), W. S. Halsted (1906), О. В. Николаеву (1951);
Б – по Т. Р. Dunhill (1906), Е. С. Драчинской (1948) (стрелками указана оставленная ткань ЩЖ)

Конечно, гораздо проще, убрать всю ЩЖ, прикрываясь возможностью рецидива, но тиреоидные препараты не могут полностью заменить всю многогранную функцию ЩЖ, да не так уж они и безвредны. Кроме того, существует мировая тенденция органосохраняющих операций и, прежде всего, в онкологии. Целесообразно ли всех больных обречь на заместительную терапию? Известно, что длительный прием их приводит к остеопорозу и проблемам со стороны ССС, особенно у пожилого контингента больных. У больных с ПОГ смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и частота остеопороза на 13-15% выше, чем в общей популяции. Да и существуют научные школы, традиции и отработанные «подходы» к лечению ДТЗ... .

При тщательном выяснении причин рецидива гипертиреоза было выявлено, что в 100 % случаев это связано с оставлением ТО больше 6 г с каждой стороны. Кроме того, в данной группе оперирующими хирургами были общие хирурги, для которых операции на ЩЖ были «случайными» или немногочисленными. Большая часть рецидивов в отдаленные сроки после операции может быть связана и с регенерацией ткани щитовидной железы (Аристархов В.Г и соавт., 2011). Повторное оперативное вмешательство потребовались лишь в 1 случае. У остальных больных рецидив тиреотоксикоза купирован тиреостатики.





Полученные данные позволили выделить

прогностические критерии, послеоперационного тиреоидного статуса:

1) Объем ТО у больных старше 40 лет должен составлять суммарно 6 г, у пациентов моложе 40 лет – не более 4 г;

2) Продолжительность антитиреоидной терапии и, соответственно, длительность анамнеза заболевания не должны превышать 1-1,5 года, рецидив заболевания после отмены тиреостатиков является показанием к плановой операции;

3) Повышенный титр антител, а именно ат-ТПО ≥ 600 МЕ/мл и/или ат-ТГ ≥ 300 МЕ/мл должен быть определяющим в выборе объема ТО (не более 2 г с каждой стороны).



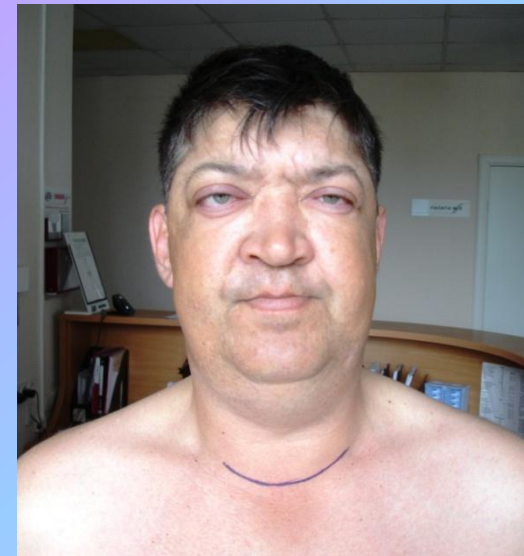
Прогностические факторы

| Послеоперационный гипотиреоз | Послеоперационный гипертиреоз |
|--|---|
| Тиреоидный остаток < 2 г | Тиреоидный остаток > 6 г |
| Сохранение в течение года высоких титров антител (ат-ТПО 150 - 400 МЕ/мл; ат-ТГ от 150 до 200 МЕ/мл) | Наличие высоких титров антител в течение года после операции (ат-ТПО \geq 600 МЕ/мл и ат-ТГ \geq 300 МЕ/мл) |
| Обнаружение при гистологическом исследовании выраженных признаков аутоиммунного воспаления | Развитие в отдаленном периоде субклинического гипертиреоза |
| Выявление при УЗИ диффузно-неоднородной эхоструктуры ТО | Регенерации тканей ТО при УЗИ в отдаленном п/о периоде |
| Возраст больных \geq 40 лет | Возраст больных 20-40 лет |



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

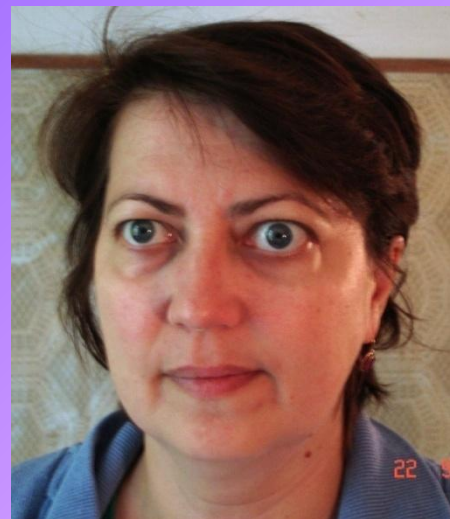
Изучение отдаленных результатов субтотальной субфасциальной резекции ЩЖ при болезни Грейв-са показало, что основная цель хирургического лечения – **устранение тиреотоксикоза** – достигнута у 123 (89,1%) из 138 пациентов. При этом 85,5% пациентов (118 человек) отметили качество жизни после операции как хорошее и удовлетворительное. Около половины оперированных больных (49,2% - эутиреоз), по нашим данным, не нуждаются в каком-либо медикаментозном лечении, а в сочетании с пациентами, находящимися с состоянием СПОГ, эта группа возрастает до 70,9 %.





ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Что касается тиреоидэктомии, то учитывая вышесказанное, на наш взгляд, показанием к **тиреоидэктомии** при болезни Грейвса является **тяжелое течение болезни, высокий уровень а/т к ТГ, а/т к ТПО и а/т к рТТГ и выраженная офтальмопатия.**



Макаров Игорь Валерьевич - заведующий кафедрой хирургических болезней №1 ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» министерства здравоохранения Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор, лауреат Губернской премии в области науки и техники. Автор более 300 научных трудов, в том числе 15 учебно-методических работ, 20 изобретений.



Галкин Рудольф Александрович – профессор кафедры хирургических болезней №1. Заслуженный врач России, дважды лауреат премии Правительства РФ, доктор медицинских наук, профессор. Автор более 550 научных трудов, в том числе 19 монографий, двух учебников для студентов высших учебных заведений. Под его руководством защищены 13 кандидатские и 9 докторских диссертаций. Является автором 14 изобретений.



Андреев Максим Михайлович - ассистент кафедры хирургических болезней №1 ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» министерства здравоохранения Российской Федерации, к.м.н., автор более 30 научных трудов, в том числе 2 изобретений.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Самарский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

И.В. Макаров, Р.А. Галкин, М.М. Андреев

**ДИФУЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ:
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ И ИХ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ**



**Диффузный токсический зоб, –
«казнить нельзя помиловать», –
спорных вопросов не осталось?
Все определено?**



Кафедра факультетской хирургии № 2 с курсом
гематологии и трансфузиологии факультета ДПО
ГБОУ ВПО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Росздрава

Хирургическое лечение гиперпаратиреоз



М.Ф. Заривчацкий,
С.А. Блинов,
С.А. Денисов,
А.П. Колеватов,
А.Б. Дильман,
Н.С. Теплых

Гиперпаратиреоз - эндокринно-метаболическое заболевание, обусловленное неадекватным усилением секреции паратгормона (ПТГ), и характеризующееся выраженным нарушением обмена кальция и фосфора, что ведет к хронической гиперкальциемии, остеодистрофии и ряду других расстройств.

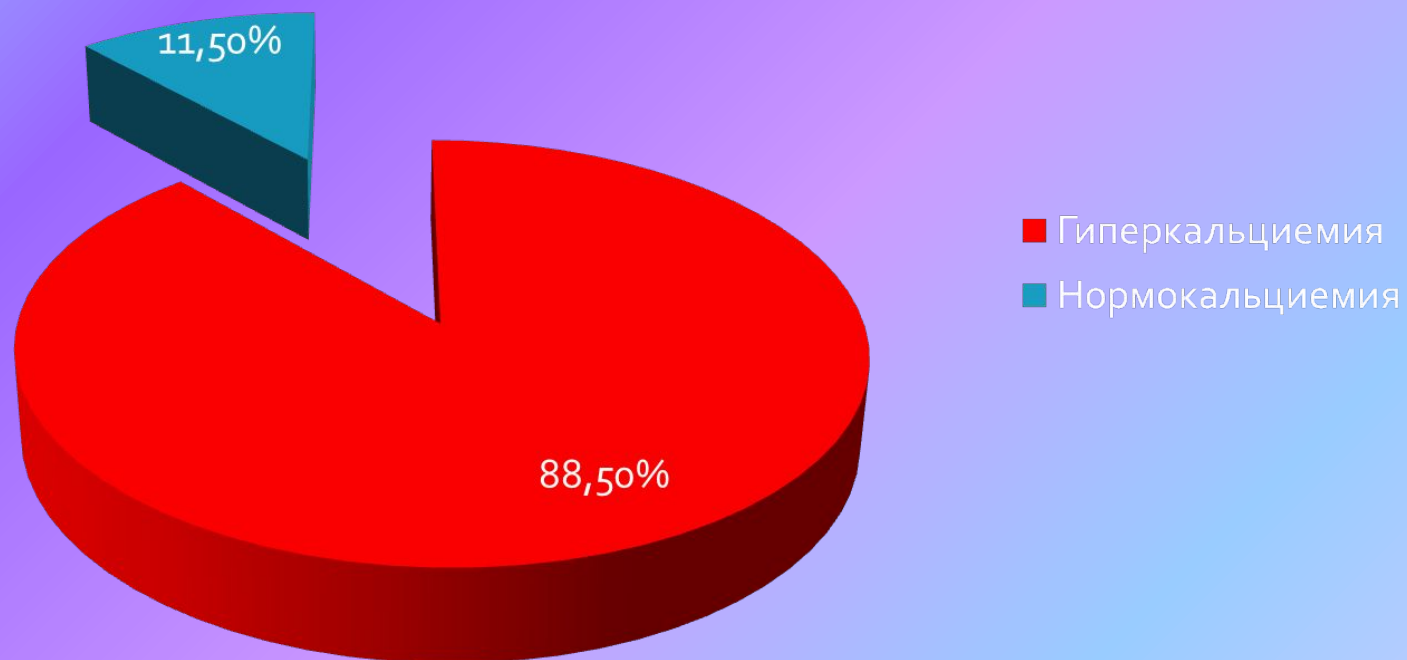
- **Диагностика**

Диагноз устанавливали на основании жалоб пациентов на боли в костях, мышцах, кожный зуд и по данным уровня иПТГ (норма от 12.00 до 88.00 пг/мл), гиперкальцемии, УЗИ, радиоизотопной сцинтиграфии, КТ щитовидных и ПЩЖ.

- Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) — одно из самых распространённых эндокринных заболеваний (занимает третье место после сахарного диабета и заболеваний щитовидной железы).
- Распространённость ПГПТ составляет 0,05-0,1% среди взрослого населения, его количество неуклонно растёт, причиной этого является старение населения.
- Риск возникновения заболевания превышает 2 % в возрасте старше 55 лет, женщины страдают этим заболеванием в 4 раза чаще мужчин (мужчины 1:2000, женщины постменопаузального возраста 1:500).

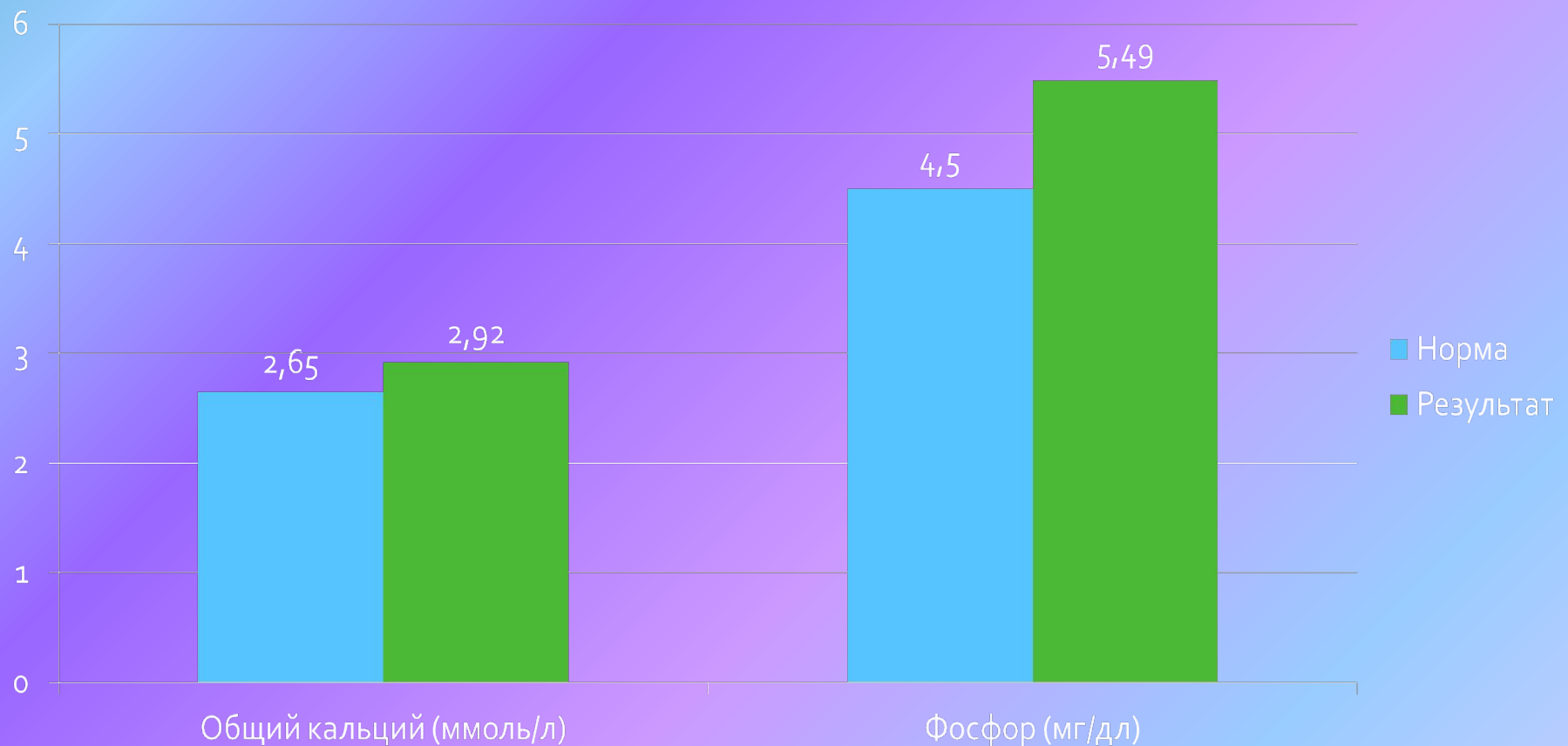
Ионизированный кальций 1,46

($\pm 0,1$ (норма 1,12-1,32) ммоль\л)



Общий кальций - $2,92 \pm 0,1$ (норма 2,2-2,65)
ммоль\л.

Гиперфосфатемия – 11 больных $5,49 \pm 1,8$ (норма
2,7-4,5) мг\дл.



Клиническое проявление ГПТ



Оперативное лечение

- Пальпаторно обследовать заднебоковые поверхности ЩЖ, где находятся типичные места локализации ОЦЖ.
- Тщательно ревизовать шею от подчелюстной области до средостения, ориентируясь на данные сцинтиграфии.
- Верификацию провести визуально и пальпаторно с дальнейшей мобилизацией и удалением желез
- Менее изменённая ОЦЖ резецировалась на 2/3 (14 операций)

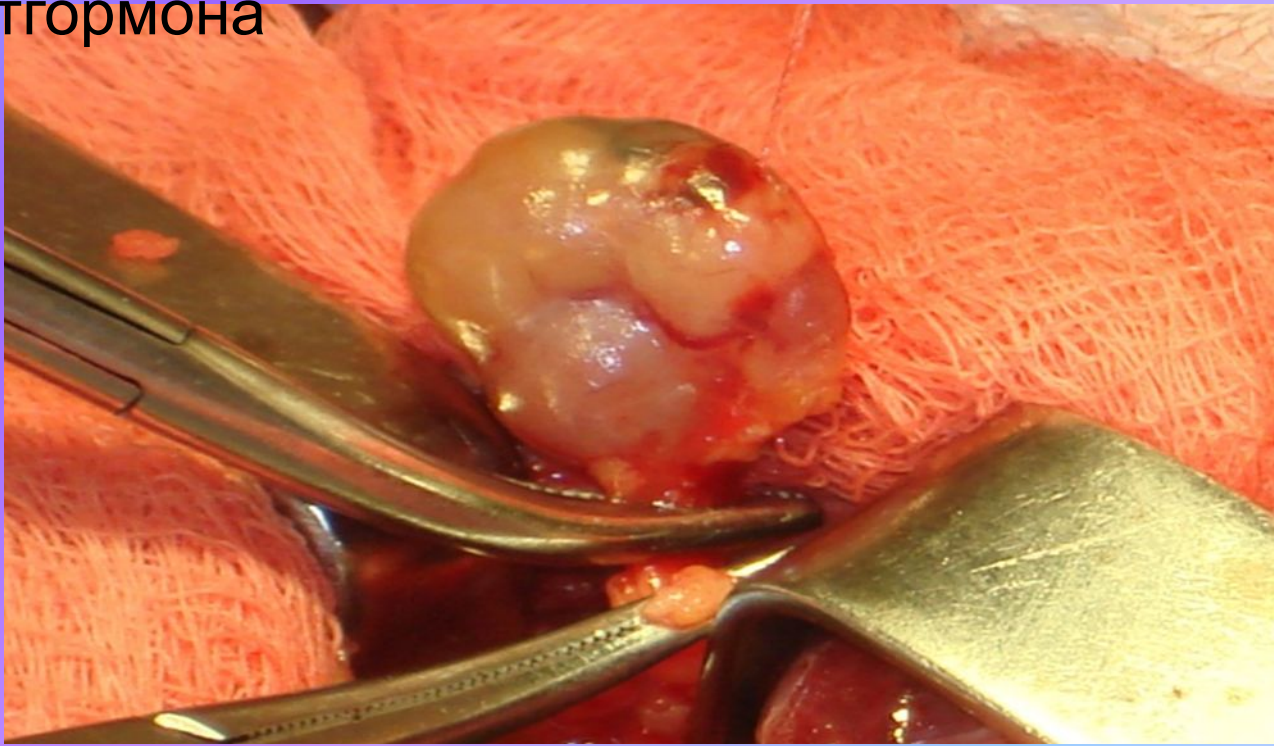


Оперировано 38 пациентов с ВГПТ, из них 21
женщина (80%) и 17 мужчин (20%).
Возраст от 32 до 68 лет

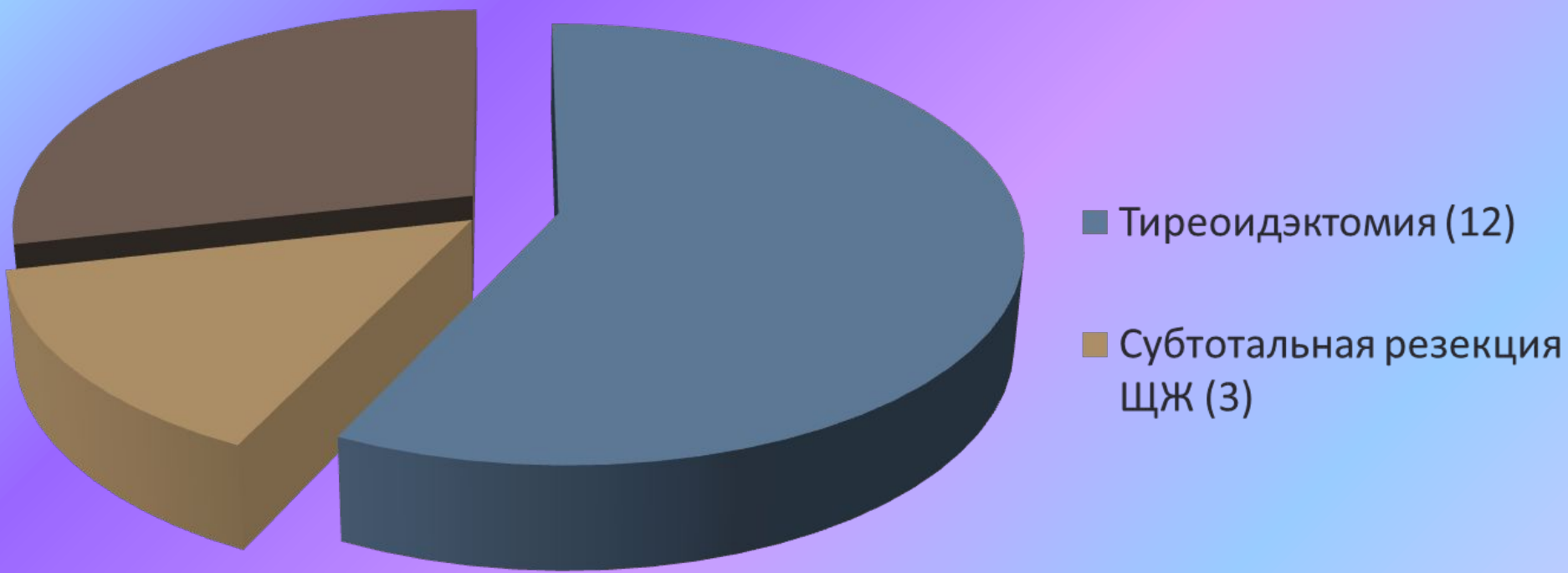


Минидоступная паратиреоидэктомия

- Маркировка проекции новообразования, под УЗИ.
- Разрез длиной 1,5-2 см с последующим удалением аденомы ОЩЖ.
- Контроль: достоверное снижение уровня паратгормона



21 пациент с первичным гиперпаратиреозом, удаление аденом ПЩЖ у 21, у 17 одиночная, у 4 – множественные (максимально 3)

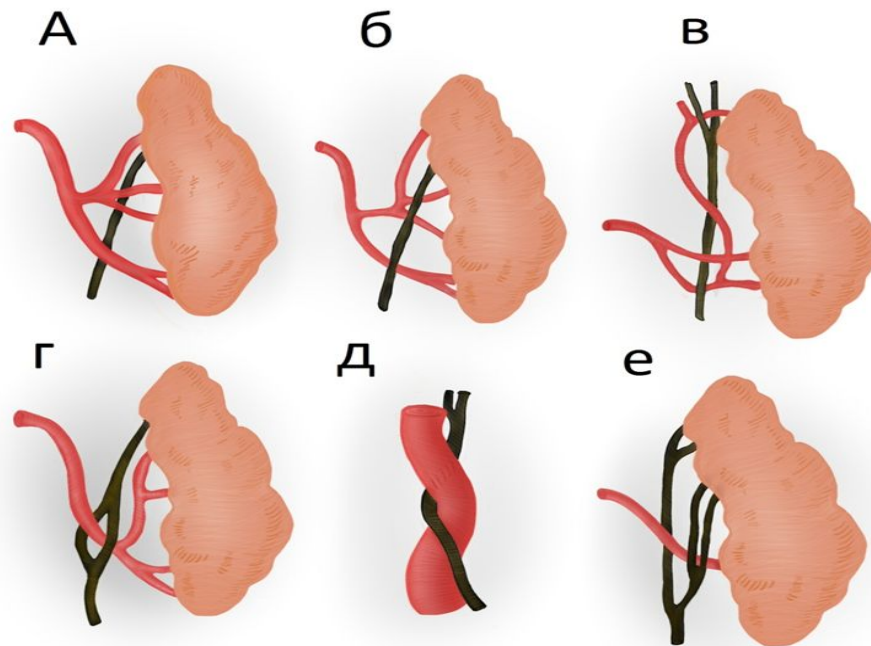


Объем операций
у больных с первичным и
третичным ГПТ
состоял из удаления
ПЩЖ и вмешательств на ЩЖ,
обусловленных

многоузловым эутиреоидным
зобом,
диффузным и смешанным
токсический зобом,
раком ЩЖ

трудностями поиска
ПЩЖ,
требующего
мобилизации
ЩЖ

**Технически удаление ПЩЖ и ЩЖ должно проводиться
под контролем хода возвратных гортанных нервов!**



А-нерв позади артерии

- Б-нерв впереди артерии
- В- нерв в перекрест с артерией
- Г- артерия в замкнутом кольце нерва
- Д- нерв спирально обвивает артерию
- Е-нерв разветвляется ниже артерии

Послеоперационный период

- В данный период осложнений не наблюдалось
- Проводился мониторинг состояния больного: предупреждение и своевременная терапия гипопаратиреоидной недостаточности.

Послеоперационный период

- Гипокальциемия наблюдалась у 23 из 38 пациентов и была компенсирована приёмом препаратов кальция в течение 2-3 недель.
- При ретроспективном исследовании стабилизация кальциевого обмена после операций достигалась в течение 3-4 недель.
- В сроке до одного года уровень кальция и ПТГ в сыворотке крови был в пределах

Выводы

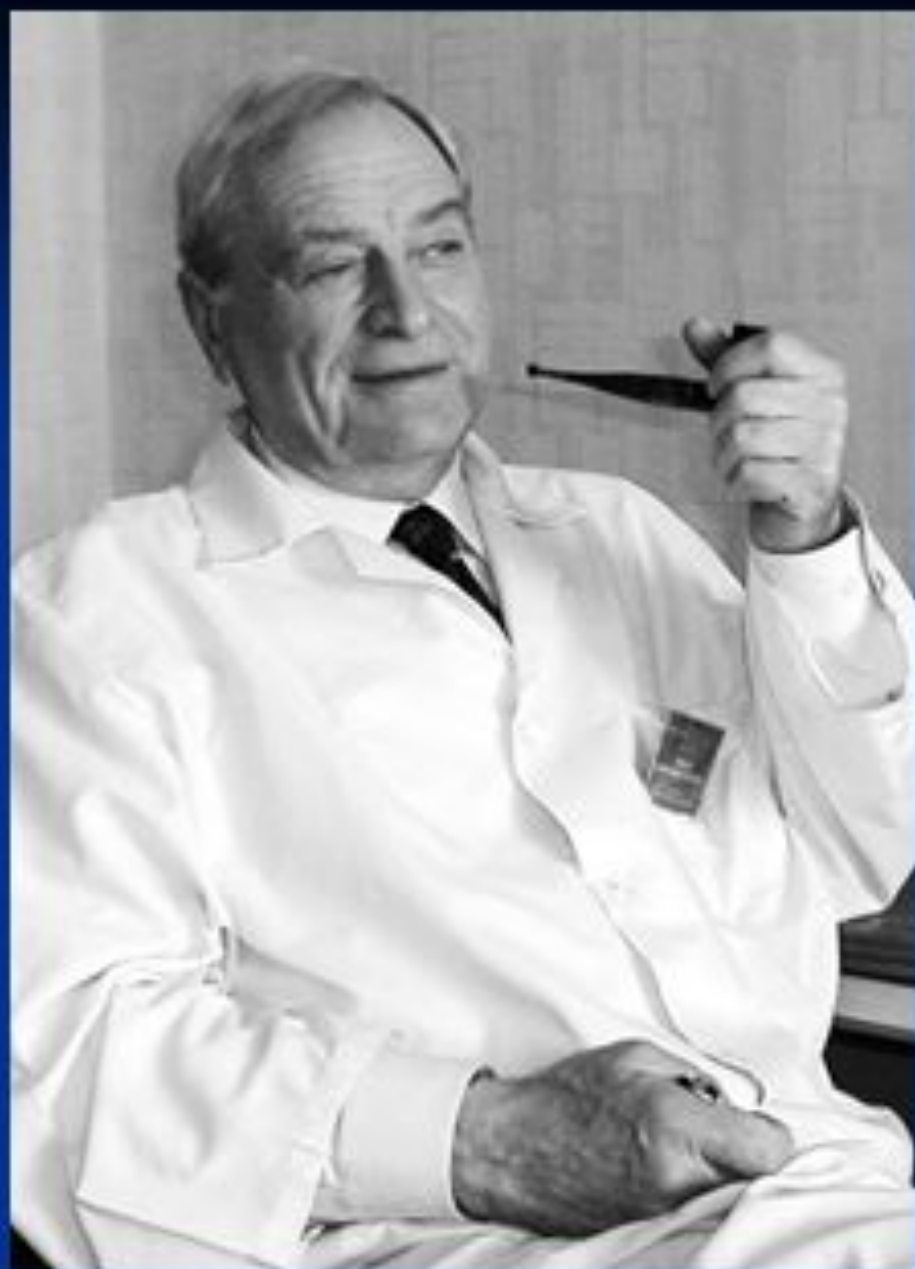
- 1. У больных с гиперпаратиреозом сочетание патологии паращитовидных желез с заболеваниями в щитовидной железе наблюдается у 55,7% пациентов, что требует выполнения тиреоидэктомии и удаления аденом ПЩЖ.
- 2. У 19,2% больных с гиперпаратиреозом особенность расположения аденом ПЩЖ требует выполнения мобилизации ЩЖ, которая завершается резекцией ЩЖ с удалением аденом ПЩЖ.
- 3. Интраоперационное обнаружение аденом ПЩЖ является сложной и до конца не решенной задачей, требующей дальнейшего поиска.



Малоинвазивные технологии в хирургии надпочечников

Ю.А. Привалов, Л.К. Куликов, А.К. Таевская
В.Ф. Собонович, А.А. Смирнов

2015 г.



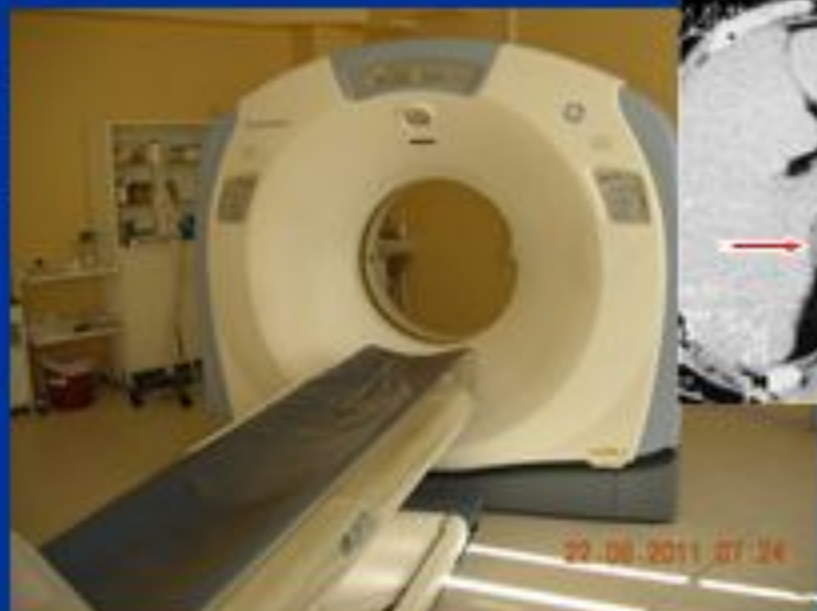
Профессор А.С. Коган



А.П. Калинин, Л.К. Куликов

Инциденталом

(от incidentally – случай, побочное обстоятельство)
предварительный радиологический диагноз,
указывающий на случайное обнаружение объемного
образования лучевым методом (УЗИ, КТ, МРТ).



Частота инциденталом надпочечников

при УЗИ – 0,4-1,9%, при абдоминальной КТ – 2-7%

(Kloos R.T., 1995; Gajraj H., Young A.E., 1993; Kievit J. et al., 2002)

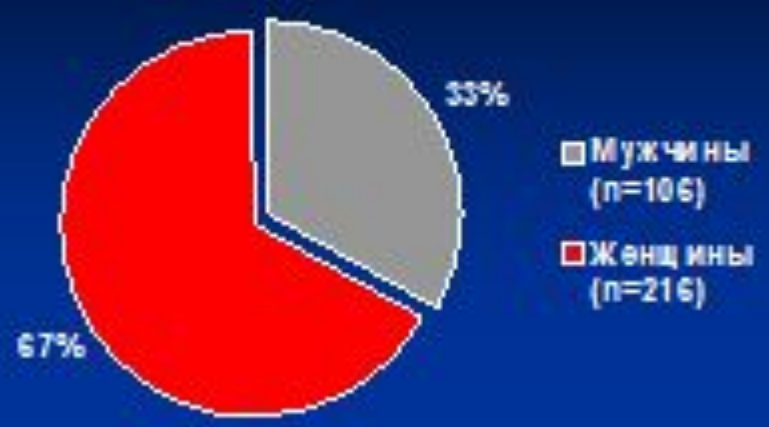
Основные этапы исследования

5

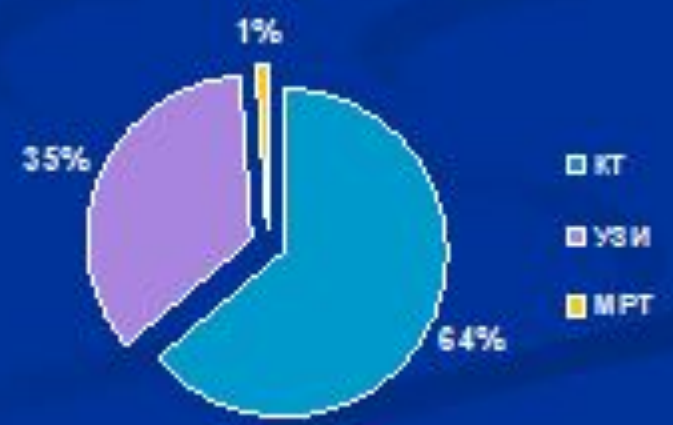
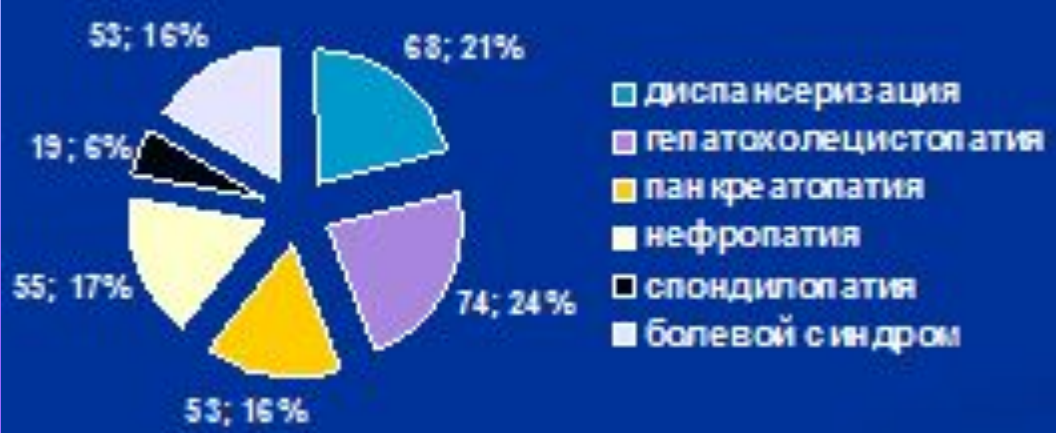


Характеристика пациентов

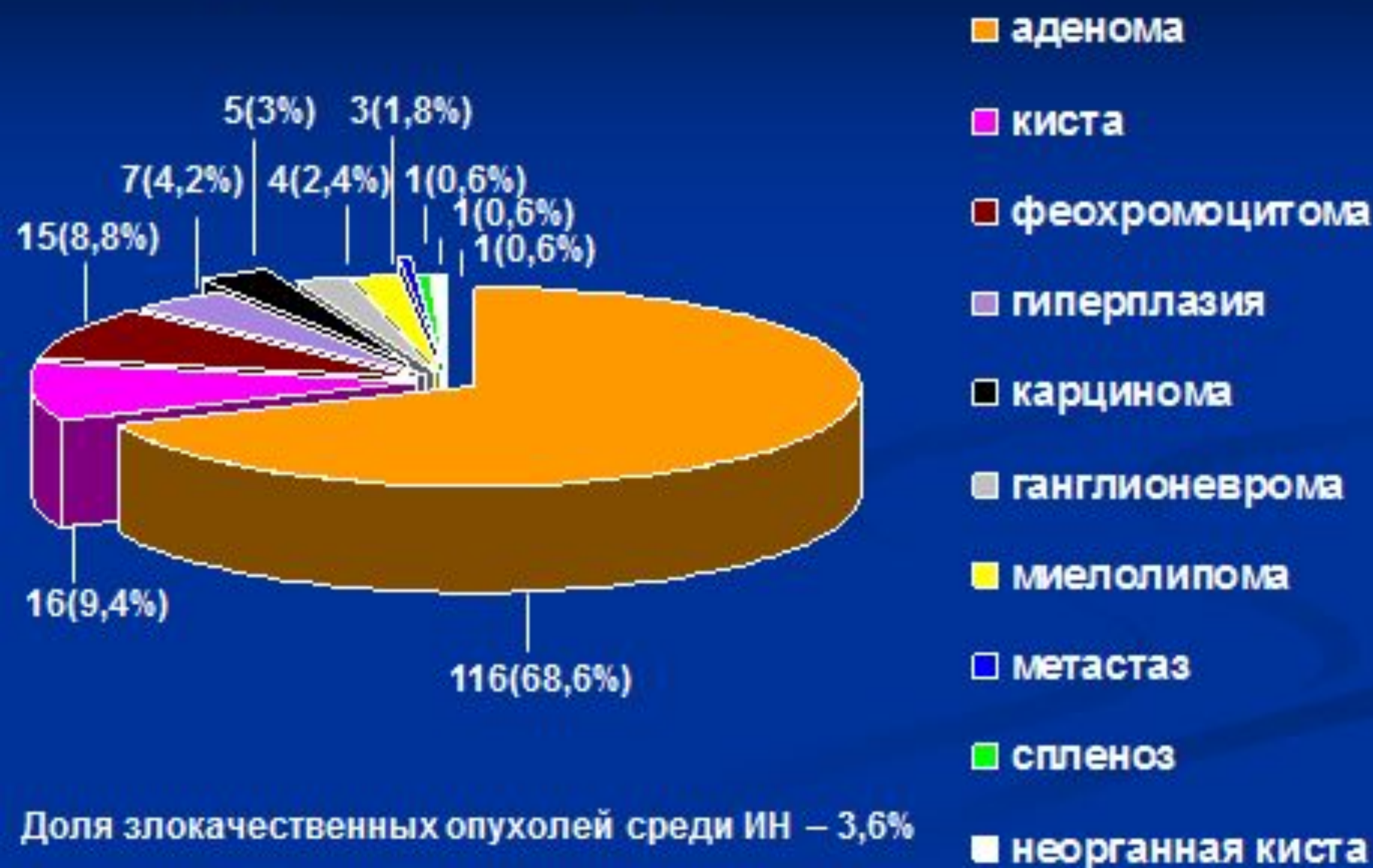
- Средний возраст $48,2 \pm 5,6$ лет
 - Локализация:
 - Справа – 163 (50,7%)
 - Слева – 128 (39,7%)
 - С двух сторон – 31 (9,6%)
- Размеры ИН колебались от 0,7 до 17 см (в среднем $2,9 \pm 0,3$ см).



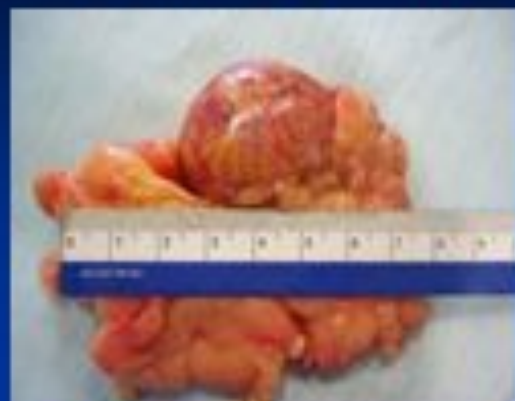
Обстоятельства выявления ИН



Морфологическая характеристика инциденталом надпочечников (n = 169)



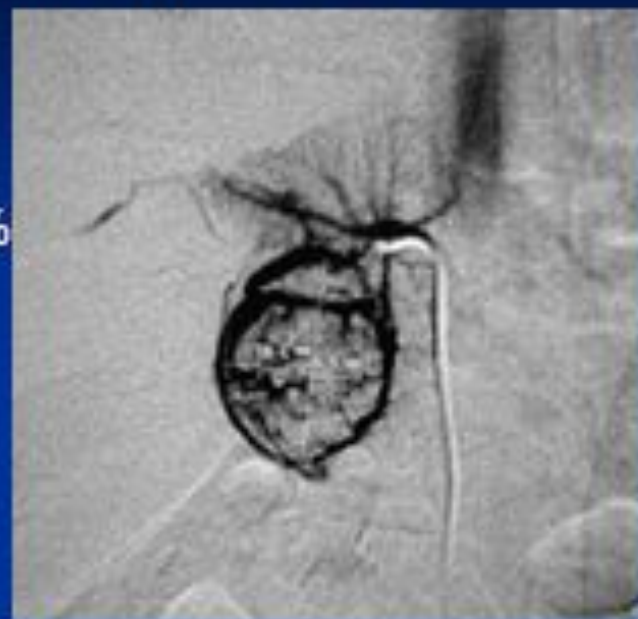
Адренокортикальная аденома (n = 116)



ФГН

Чувствительность – 78%

Специфичность – 96%



МСКТ

Чувствительность – 82%

Специфичность – 94%



Форма: округлая

Плотность: $9,8 \pm 5,6$ НУ

Структура: однородная – 77%
неоднородная – 23%

Капсула: редко

Вымывание контраста

ч/з 15 мин > 50%

Адренокортикальная микроаденома

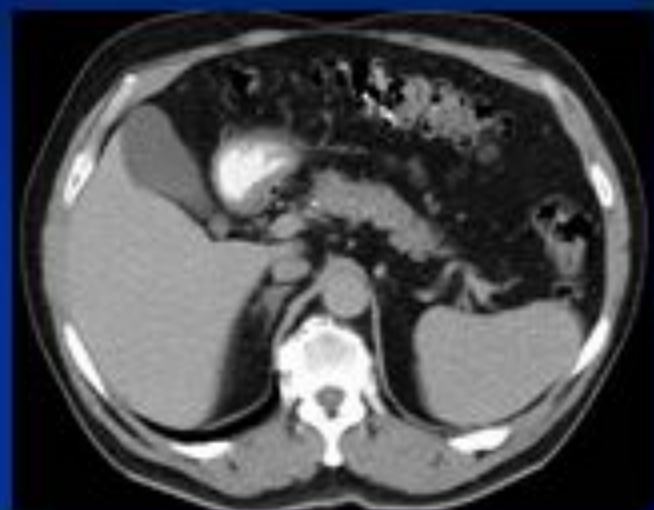
Минимальный размер АКА:

КТ – 0,7 см;

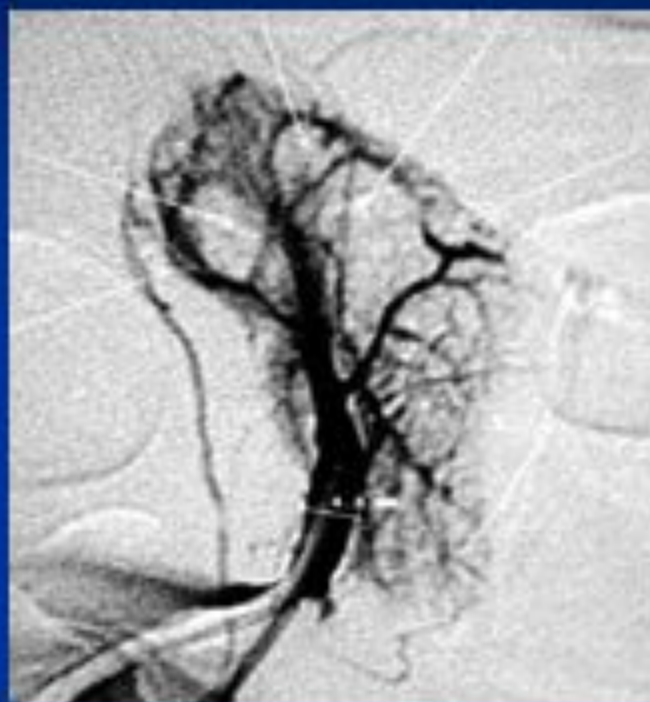
ФГН – 0,4 см



Диффузно-узловая адренокортикальная гиперплазия

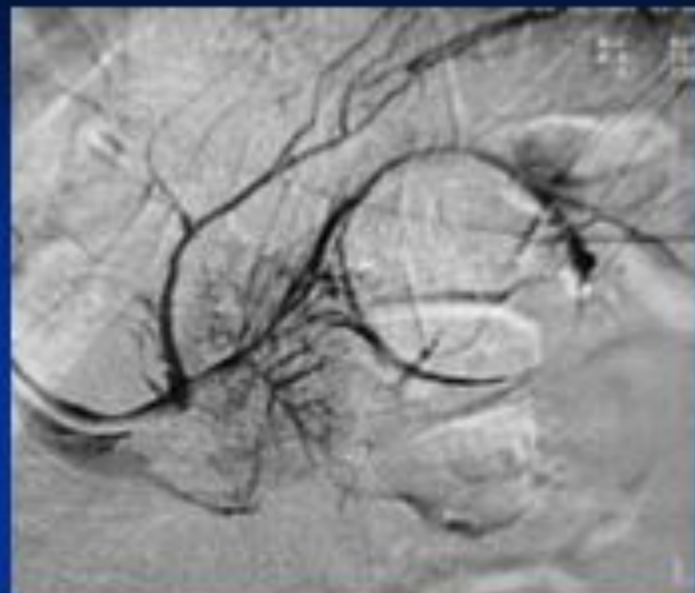
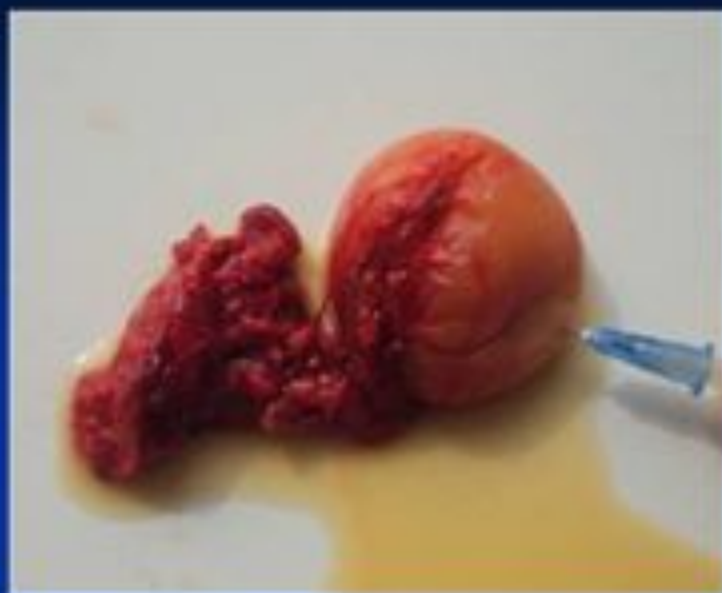


МСКТ: чувствительность – 70%
специфичность – 90,5%

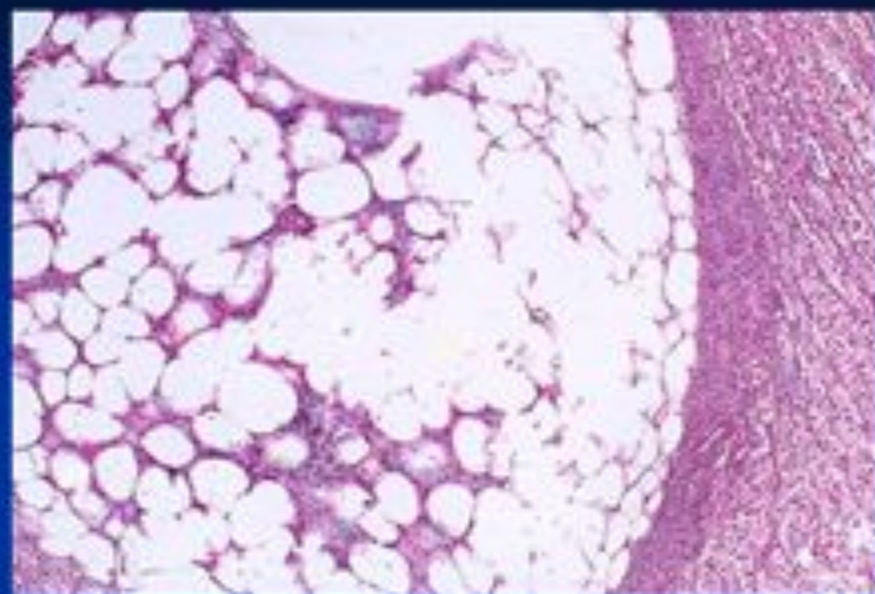


ФГН: чувствительность – 96,4%
специфичность – 98,9%

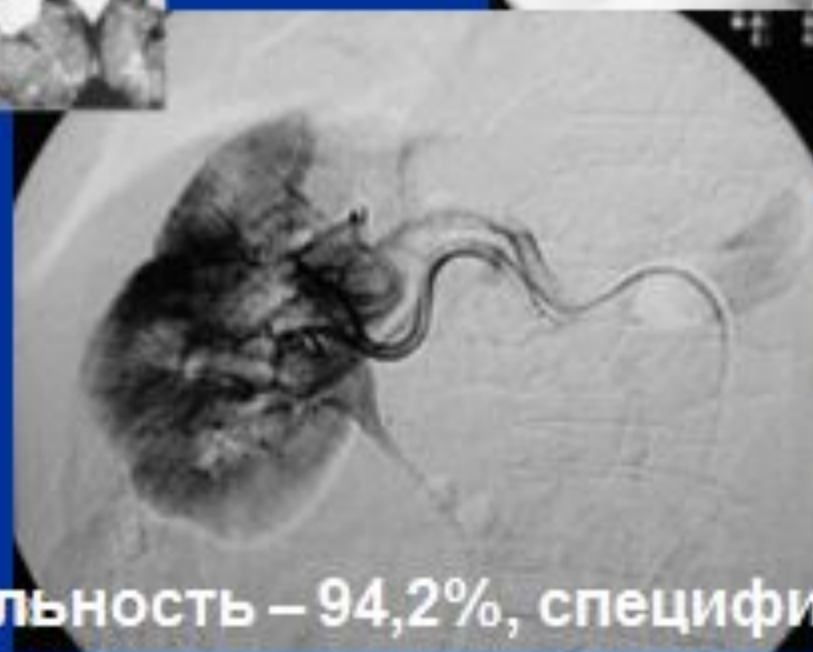
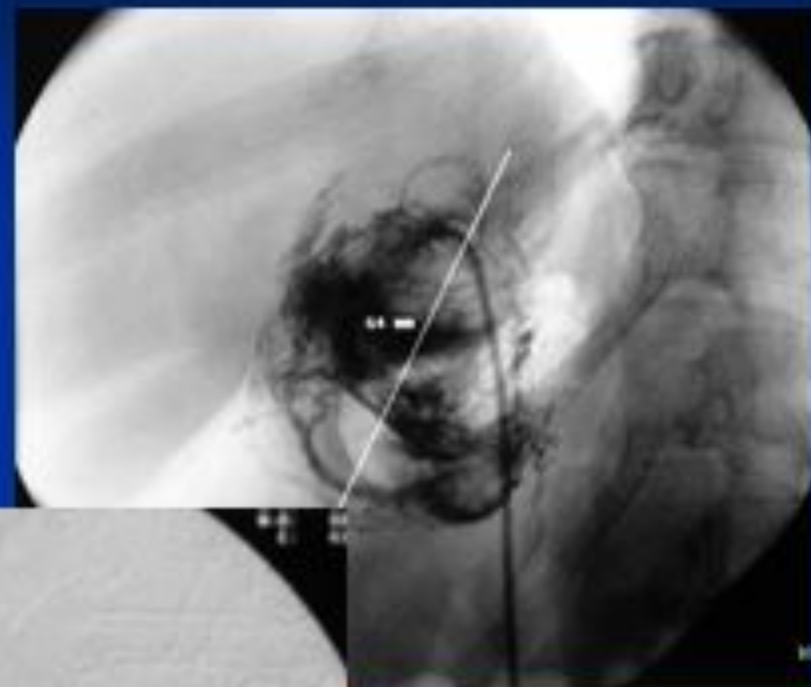
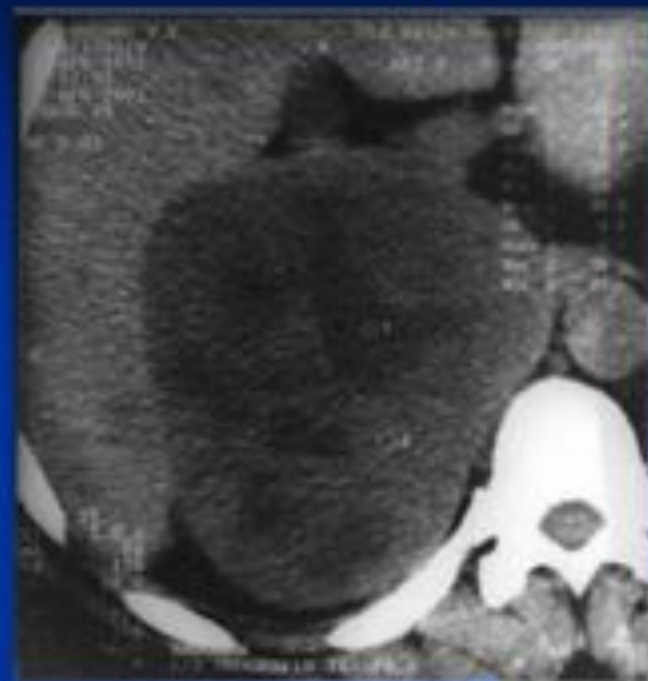
Киста надпочечника



Миелолипома



Адренокортикальный рак



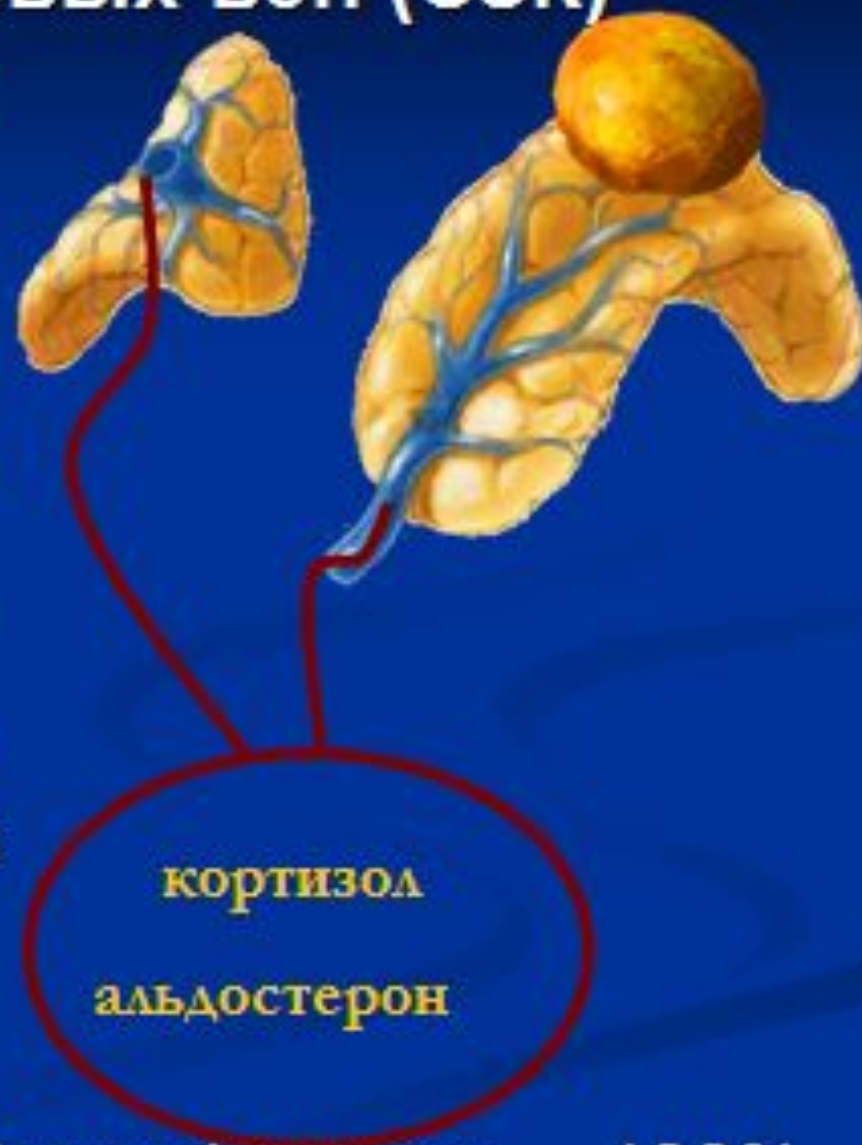
чувствительность – 94,2%, специфичность – 97,4%

Скрининг гормональной активности

- **эндогенный гиперкортицизм:**
ночной подавляющий тест с 1 мг дексаметазона (ПТД1)
- **первичный гиперальдостеронизм:**
альдостерон - рениновое соотношение (АРС)
- **феохромоцитома:**
суммарные катехоламины в суточной моче;
ВМК 3-х часовой порции мочи после криза;
экскреция метанефрина/норметанефрина в суточной моче (с 2004 г)

Сравнительный забор крови из надпочечниковых вен (СЗК)

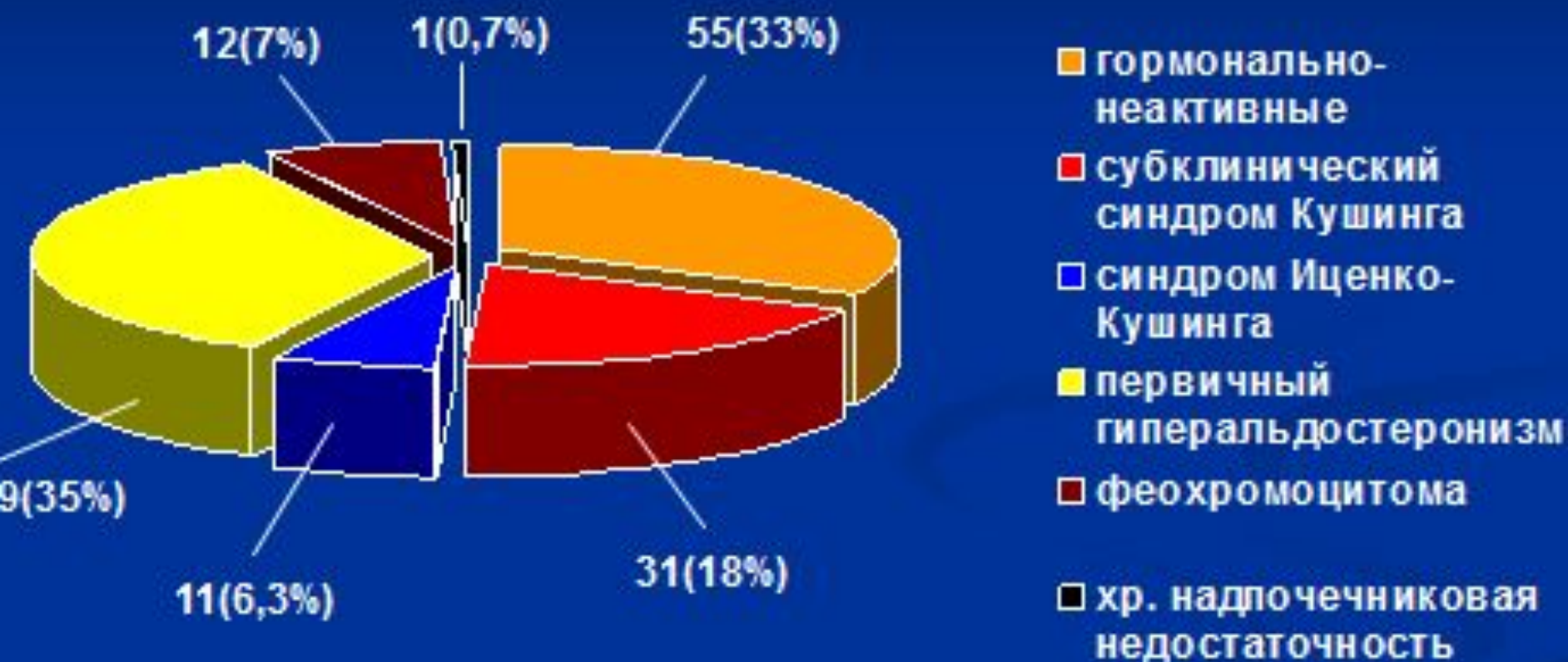
- Селективная катетеризация устья ЦВН без предварительного контрастирования
- Забор проб крови из ЦВН и инфраренального сегмента нижней полой вены
- Контрольная флебография надпочечников
- Определение концентрации кортизола плазмы (ККП) и концентрации альдостерона плазмы (КАП)
- Расчет соотношений уровней гормонов.



Чувствительность- 98%

Специфичность – 100%

Функциональная активность инциденталом надпочечников (n = 169)



Хирургические доступы



Эндовидеохирургические доступы



Ретроперитонеоскопический доступ:

- + возможность использования 3-х троакаров
- + нет необходимости мобилизации и тракции печени
- + возможность выполнения адреналэктомии при спаечном процессе в брюшной полости

- большая вероятность повреждения брюшины
- сложность предварительного клипирования ЦВН до мобилизации опухоли
- ограниченная экспозиция зоны вмешательства
- риск ятрогенных повреждений при фиброзе забрюшинной клетчатки после перенесенного панкреатита

Лапароскопический доступ:

- + хорошая экспозиция
 - + возможность выполнения симультанных лапароскопических вмешательств
 - + надежный контроль крупных сосудов
 - + возможность предварительного клипирования ЦВН при феохромоцитоме
-
- необходимость тракции печени, вероятность её повреждений при правосторонних вмешательствах
 - большая продолжительность операции, чем при забрюшинном доступе

Результаты хирургического лечения

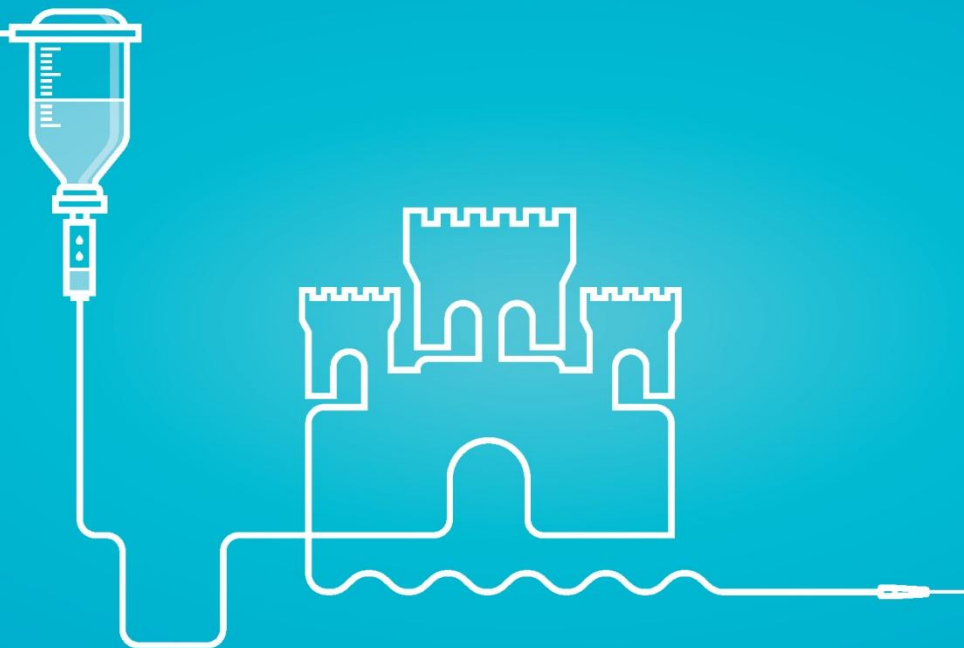
- Хороший результат
исчезновение симптомов гормональной активности (нормализация АД, снижение массы тела, повышение качества жизни)
нормализация гормонального фона, снятие инвалидности, возвращение к активной трудовой деятельности – **63%**
- Удовлетворительный результат
остаточная контролируемая артериальная гипертензия, нормализация гормонального фона - **32%**
- Неудовлетворительный результат -
резидуальная гипертензия - **5%**

Результаты хирургического лечения

- Хороший результат
исчезновение симптомов гормональной активности (нормализация АД, снижение массы тела, повышение качества жизни)
нормализация гормонального фона, снятие инвалидности, возвращение к активной трудовой деятельности – **63%**
- Удовлетворительный результат
остаточная контролируемая артериальная гипертензия, нормализация гормонального фона - **32%**
- Неудовлетворительный результат -
резидуальная гипертензия - **5%**

Принципы дифференциальной диагностики и тактики ведения

- приоритет определения лучевого фенотипа;
- применение наиболее чувствительных методов гормонального скрининга;
- отдельная оценка функции надпочечников на основе сравнительного забора крови из надпочечниковых вен для подтверждения субклинической гормональной активности;
- дифференцированный подход к выбору тактики ведения;
- диспансерное наблюдение за неоперированными пациентами.



РЕМАКСОЛ® ЗАЩИТА И ВОССТАНОВЛЕНИЕ КЛЕТОК ПЕЧЕНИ



РЕМАКСОЛ®

ЗАЩИЩЕН ПАТЕНТОМ. ПРОИЗВОДИТСЯ ПО GMP

КАЖДАЯ КЛЕТКА ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ

- Комплексно решает проблему гепатопротекции
- Эффективен при широком спектре заболеваний печени
- Быстро нормализует показатели синдрома цитолиза, холестаза
- Улучшает самочувствие больных
- Сокращает сроки лечения



4 603 191 000 314

ЛСП-009341/09



РОССИЯ, 192102, Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ,
УЛ. САЛОВА, Д. 72, КОР. 2, ЛИТ. А,
ТЕЛ.: +7 (812) 710-82-25
WWW.POLYSAN.RU, INFO@POLYSAN.RU

РЕМАКСОЛ

Метионин

Синтез холина, лецитина и других фосфолипидов
Образование SAM
Обезвреживание токсичных метаболитов и лекарственных веществ
Синтез цистеина

Янтарная кислота

Обеспечение в составе дегидрогеназ различных восстановительных биосинтезов, детоксикации ксенобиотиков в печени, участие в энергетическом обмене, репаративных процессах

Антигипоксический эффект
Непрямое антиоксидантное действие
Паракринное активирующее действие на пероциты в печени через специфические GPR91 рецепторы

Никотинамид

Инозин

Увеличение содержания общего пула пуриновых нуклеотидов, необходимых для ресинтеза макроэргов (АТФ, ГТФ), нуклеиновых кислот
Небольшое подавление активности ксантиноксидазы с уменьшением продукции высокоактивных форм и соединений кислорода

Полиионный раствор

Объем-зависимое детоксицирующее действие

Выраженное влияние на проявления токсемии, а также цитолиза и холестаза.
Мягкий антидепрессивный и антиастенический эффекты

Универсальный гепатотропный препарат для применения при различных поражениях печени как в лечебных, так и лечебно-профилактических схемах

Метионин

Незаменимая аминокислота, т.е. аминокислота, которая не синтезируется в организме человека и поступает в составе белков пищи. Отсутствие или недостаток незаменимых аминокислот приводит к остановке роста, падению массы, нарушениям обмена веществ и к гибели.

Метионин, являясь источником подвижных метильных групп, необходим для синтеза холина. Увеличение содержания **холина** способствует увеличению синтеза эндогенных (внутренних) **фосфолипидов** и уменьшению отложения в печени нейтрального жира.

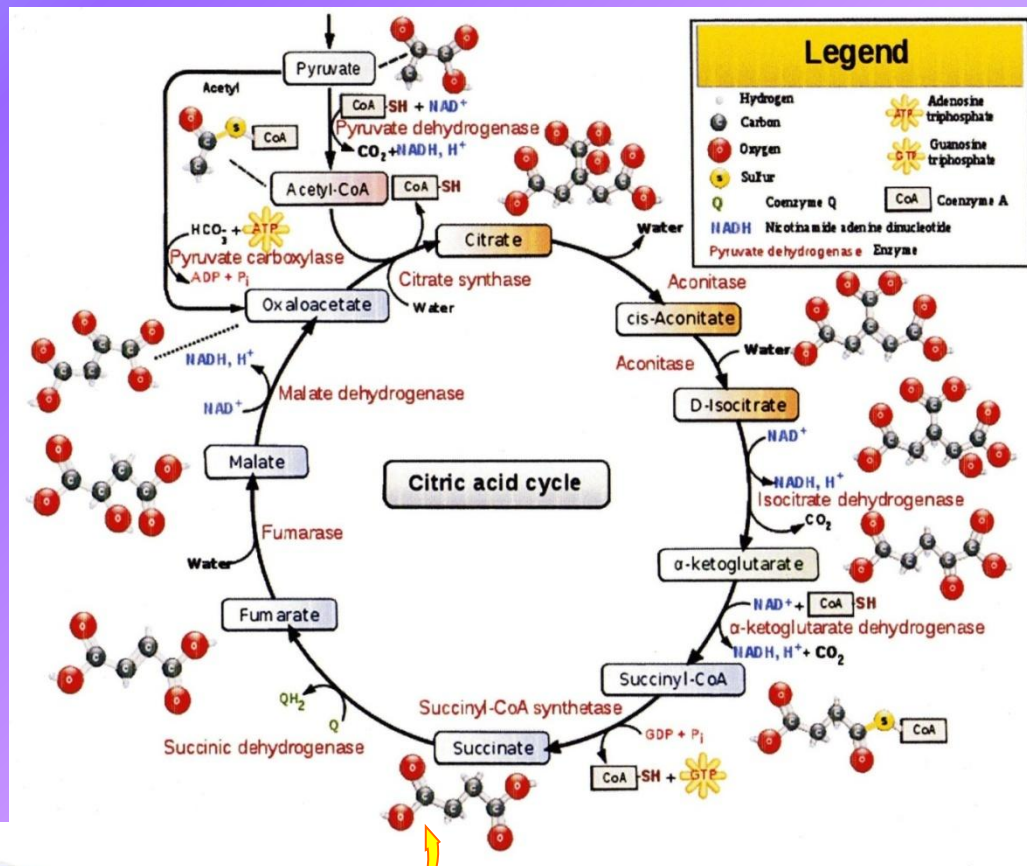
- **Метионин** необходим для обезвреживания ксенобиотиков.

Метионин участвует в обмене серосодержащих аминокислот, в синтезе эпинефрина, креатинина, преобразует действие гормонов, витаминов (В 12, аскорбиновой, фолиевой кислот), ферментов, белков, участвует в реакциях переметилирования, дезаминирования, декарбоксилирования.

РЕМАКСОЛ® - комплексный препарат

Для пополнения пула органических кислот цикла Кребса достаточно сукцината как стимулятора синтеза восстановительных эквивалентов в клетке.

Биологический смысл – ресинтез клетками АТФ.



УЧАСТИЕ МЕТИОНИНА В ОБМЕНЕ ВЕЩЕСТВ

Важное для нормальной биохимии клетки эндогенное соединение - **аденозилметионин** образуется из метионина и аденозина.

Это соединение участвует в трех типах биохимических реакций:

1. Трансметилирование

(важный этап синтеза фосфолипидов - фосфатидилхолина, обеспечивающего текучесть мембран и их поляризацию, которая играет заметную роль в синтезе желчи)

2. Транссульфирование (синтез глутатиона - важнейшего клеточного антиоксиданта)

3. Аминопропилирование

(синтез полиаминов предшественников других тиоловых соединений - цистеина, таурина, коэнзима А).

Основные метаболические пути с участием метионина

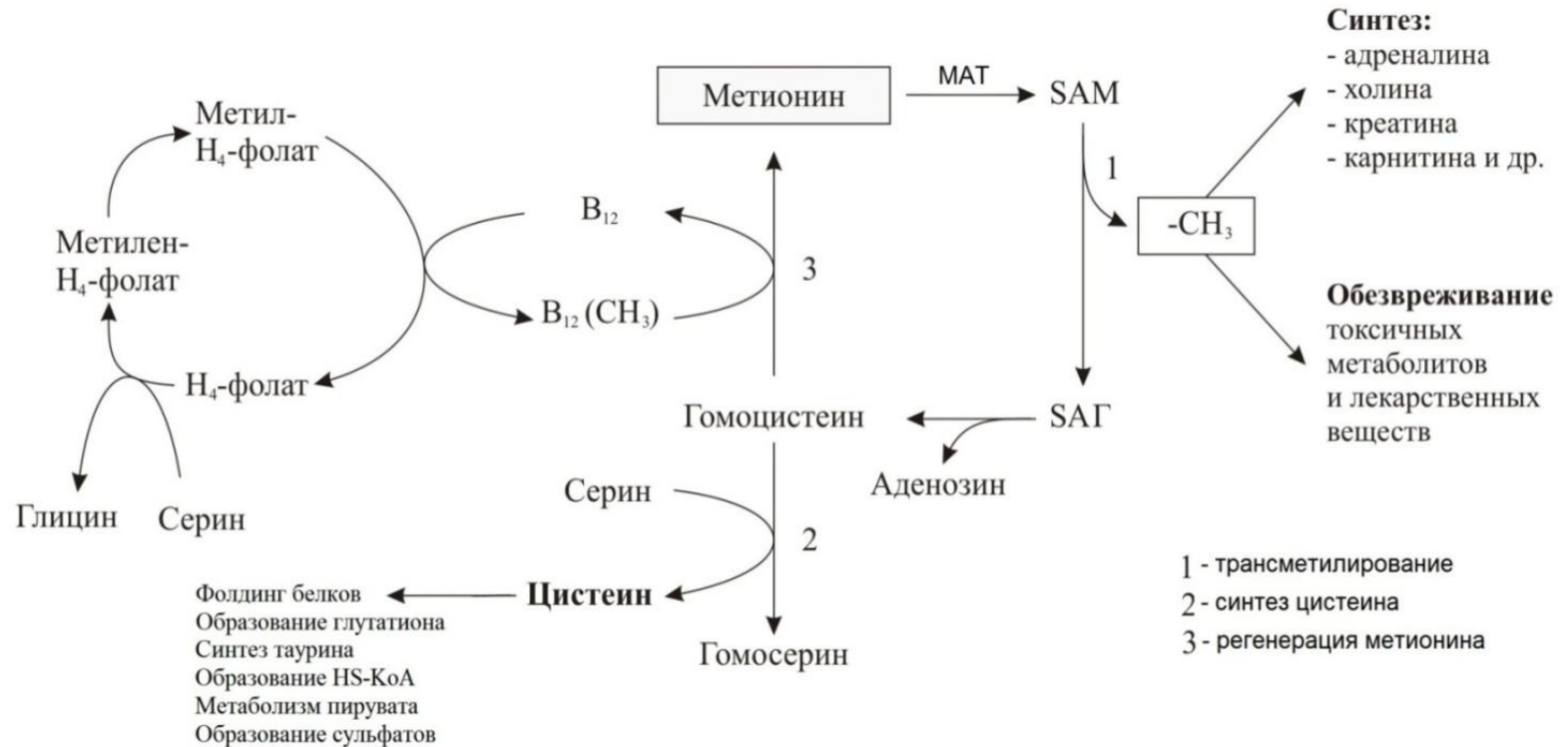




Схема лечения препаратом РЕМАКСОЛ®

| Продолжительность лечения | Суточная доза Ремаксола |
|------------------------------|---|
| 3 – 12 дней | 400 – 800 мл (1 – 2 флакона) |

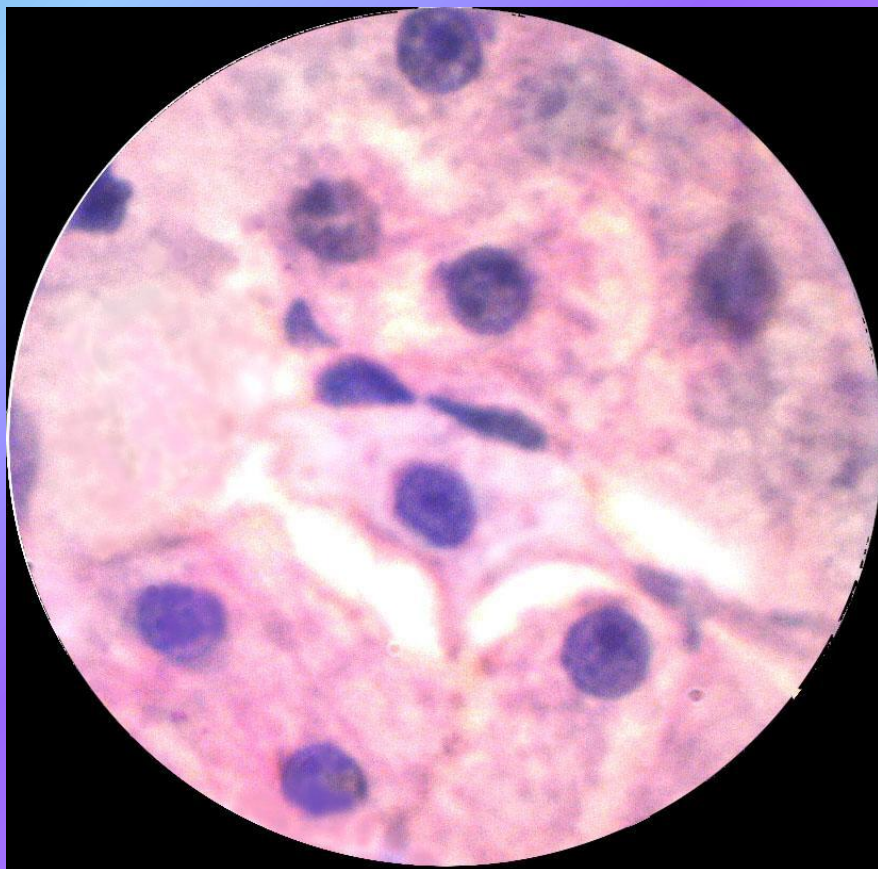
- готовый к применению инфузионный раствор
- влияет на детоксицирующую, белоксинтезирующую и пигментообразующую функции печени
- нормализует функциональные показатели печени на 6 сутки применения
- безопасен и хорошо переносится

РЕМАКСОЛ®: доказанные эффективность и безопасность (2)

- Инфузионная коррекция желчеоттока и эндотоксикоза **у больных с механической желтухой**, *рандомизированные контрольно-сравнительные исследования, n=254*
- Комплексная периоперационная терапия больных **с механическими желтухами, являющихся осложнением злокачественных новообразований гепатобилиарной области**, *рандомизированное контрольно-сравнительное исследование, n=106*
- Эффективность метаболического корректора Ремаксолола при **неалкогольном стеатогепатите**, *рандомизированное контрольно-сравнительное исследование, n=65*

РЕМАКСОЛ

- метаболический корректор
с гепатопротективными свойствами



Варианты фармакологического действия Ремаксола:

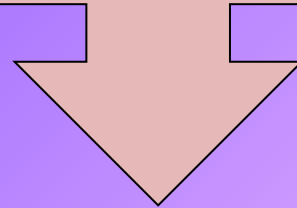
- Мембраностабилизирующее
- Антиоксидантное
- Антихолестатическое
- Нефропротективное
- Гиполипидемическое

*Т.В. Сологуб, А.Г. Горячева, Д.С. Суханов и др. 2009
В.В. Стельмах, В.Г. Радченко, В.К. Козлов, 2011*

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕМАКСОЛА В МЕДИЦИНЕ

РЕМАКСОЛ

– уникальная метаболическая композиция с фармакологической активностью гепатопротектора и метаболического корректора, дополнительно обладающая антихолестатическим эффектом.



Абсолютными показаниями к назначению **РЕМАКСОЛА** являются все варианты внутрипеченочного холестаза, сопутствующего паренхиматозным поражениям печени: гепатоцеллюлярный, каналикулярный, дуктулярный и внепеченочный холестаз с желтухой и без желтухи.

В последние десятилетия на нас надвигается целая туча воспалительных процессов желчных путей. Желчнокаменная болезнь учащается во всем мире невиданными темпами, В.Х. Василенко

- ЖКБ – одно из наиболее распространенных заболеваний человека и занимает третье место в структуре заболеваемости после сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета
- распространенность ЖКБ колеблется в пределах 3-12%
- В настоящее время по числу оперативных вмешательств холецистэктомия вышла на второе место в мире после аппендэктомии
- Параллельно с увеличением оперативной активности растет количество случаев таких осложнений жкб как холедохолитиаз с механической

Оценка эффективности и безопасности препарата «Ремаксол, раствор для инфузий» в комплексной периоперационной терапии больных с механическими желтухами, являющимися осложнением желчекаменной болезни

Базы исследования:

ГБОУ ВПО «Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет»; ГБУЗ «Городская клиническая больница № 4» г. Москва; ГБУЗ «Городская клиническая больница № 55» г. Москва; ГБУЗ «Городская клиническая больница №15 им. О.М. Филатова» г. Москва; ГБУЗ «Городская клиническая больница № 13» г. Москва

Цель исследования:

оценить эффективность и безопасность препарата «Ремаксол, раствор для инфузий» в комплексной периоперационной терапии больных с механическими желтухами, являющимися осложнением желчекаменной болезни

Число пациентов: 124 пациента с желчекаменной болезнью (ЖКБ)

Дизайн КИ: многоцентровое рандомизированное контрольно-сравнительное исследование



Основная группа:
РЕМАКСОЛ® (n=74)

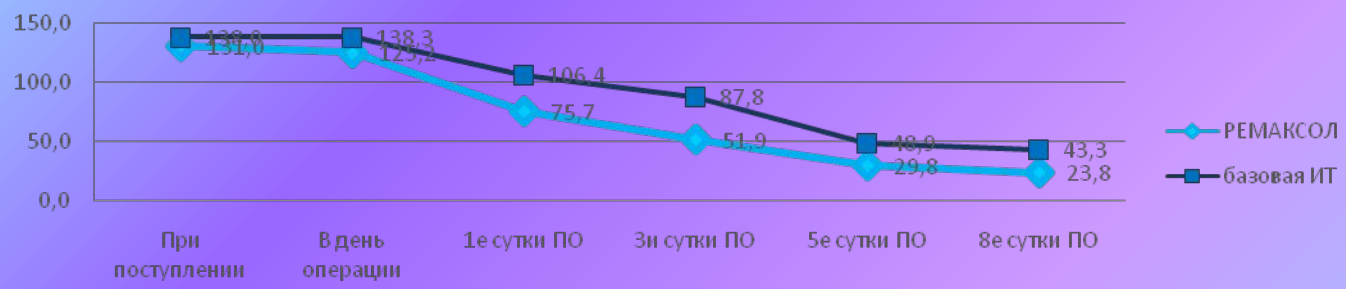


Контрольная группа:
базовая инфузионная терапия (n=50)

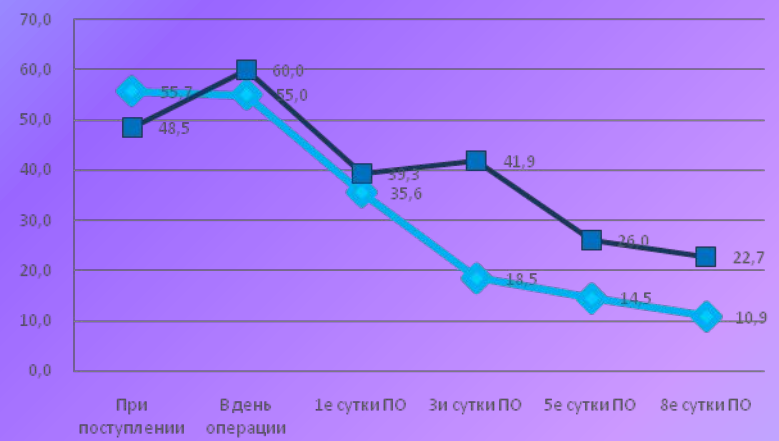
В обеих группах общая длительность инфузионной терапии составляла **4 дня до операции и 8 дней в послеоперационном периоде ежедневно по 800 мл.**

Динамика уровня общего билирубина и его фракций (в мкмоль/л) при назначении инфузионного гепатопротектора

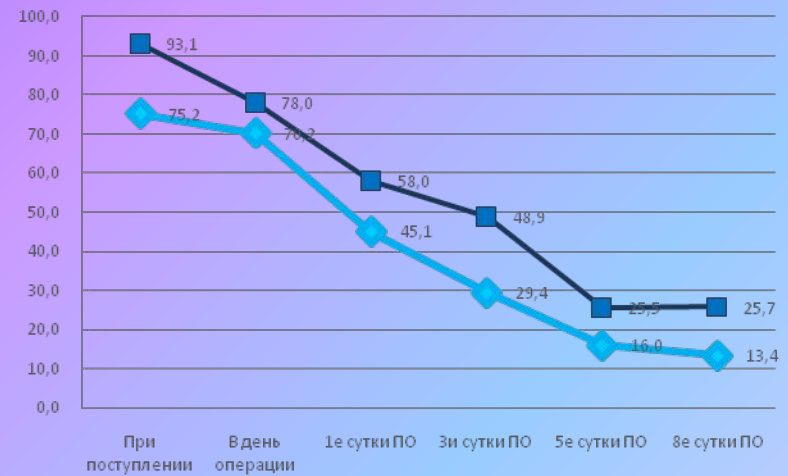
Динамика общего билирубина



Динамика непрямого билирубина



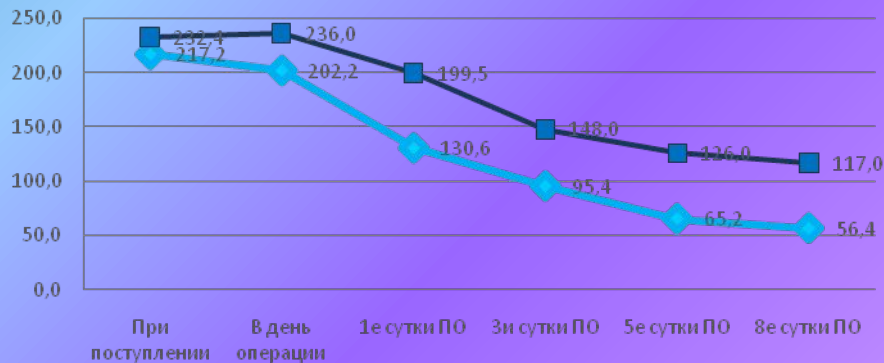
Динамика прямого билирубина



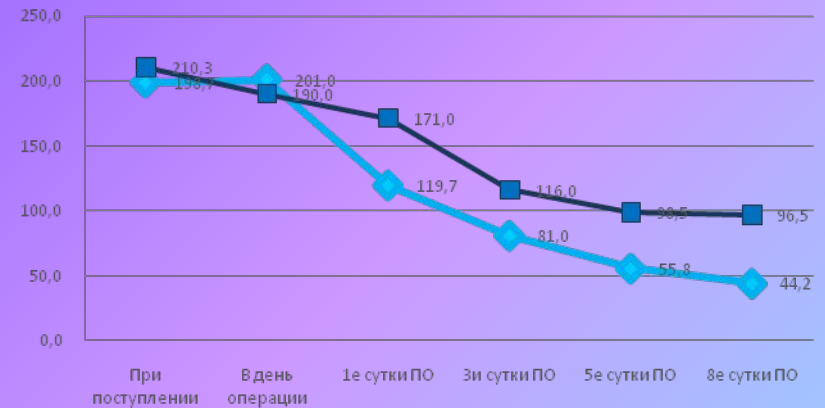
ПО – после операции
ИТ – инфузионная терапия

Динамика уровня ферментемии (в мкмоль/л) при назначении инфузионного гепатопротектора

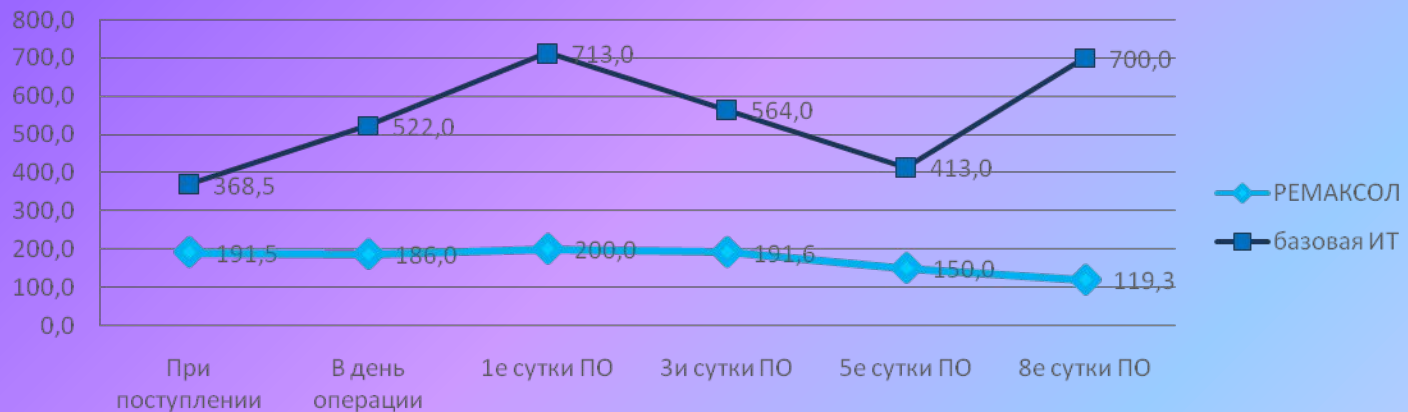
Динамика АЛТ



Динамика АСТ



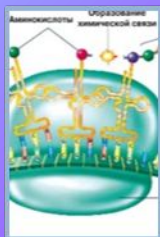
Динамика ГГП



ПО – после операции
ИТ – инфузионная терапия



РЕМАКСОЛ в комплексной периперационной терапии больных с механическими желтухами, являющимися осложнением желчекаменной болезни: заключение



РЕМАКСОЛ восстанавливает белоксинтезирующую функцию печени



РЕМАКСОЛ снижает **цитоллиз и холестаз**

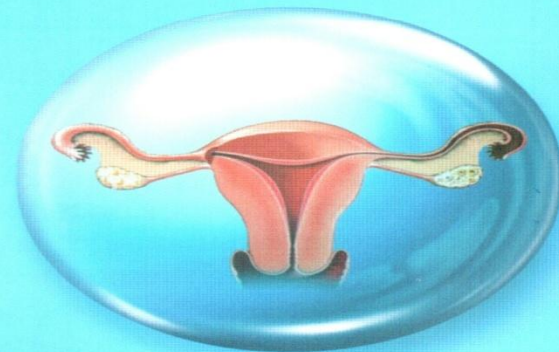


РЕМАКСОЛ **безопасен и хорошо переносится** больными

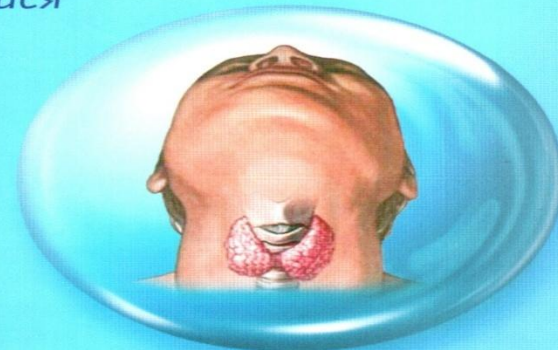
ВЫВОДЫ

При использовании Ремаксола происходит более выраженное снижение метаболических расстройств:

- Выше кратность снижения цитолитических ферментов
- Выше кратность снижения холестатических факторов
- Снижение уровня гипергликемии на фоне снижения уровня лактата
- Улучшение белоксинтезирующей функции печени
- Улучшение липидного обмена



Антиадгезин —
гель противовоспалительный рассасывающийся



Биосовместимый
Биодеградируемый
Стерильный

Апирогенный
Нетоксичный
Не вызывает
иммунной реакции



АНТИАДГЕЗИН – ПРОТИВОСПАЕЧНЫЙ БАРЬЕР

ИНФОРМАЦИЯ ПО ПРОДУКТУ

| | |
|----------------------------|--|
| Название продукта | АНТИАДГЕЗИН |
| Основной состав на 1 мл | Натрия гиалуронат <i>Hyaluronic acid (HA)</i> 2,50 мг Натрия карбоксиметилцеллюлоза <i>Sodium CarboxyMethylCellulose (СМС)</i> 5,00 мг |
| Вспомогательные компоненты | NaCl 8,00 мг KCl 0,20 мг KН ₂ РО ₄ 0,20 мг NA ₂ HPO ₄ 1,15 мг Вода для инъекций 1 мл |
| Назначение | Профилактика спаикообразования во время открытых и лапароскопических хирургических вмешательств на органах и тканях, имеющих серозное покрытие; гель можно использовать при любых операциях, где имеется риск спаивания мягких тканей. |
| Стерилизация и обработка | Асептически стерилизован (этиленоксидом). Одноразовое применение. |
| Условия хранения | Хранить в сухом, защищенном от прямых солнечных лучей, месте при температуре 1-30°C. |
| Форма выпуска | Гель Антиадгезин упакован в одноразовые шприцы 5 г, в комплекте с аппликационным катетером. |
| Срок годности | 24 месяца от даты производства. |

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИАДГЕЗИНА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ РОДРАЗРЕШЕНИИ

СПАЕЧНАЯ БОЛЕЗНЬ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

После родоразрешения путем кесарева сечения развитие спаечного процесса отмечается у 46-65% женщин, что, в свою очередь, приводит к осложненному течению последующих беременностей, родов и развитию таких осложнений, как хронические тазовые боли, диспареуния, тонкокишечная спаечная непроходимость, бесплодие и осложненное течение послеоперационного периода после возможных гинекологических или хирургических вмешательств¹.

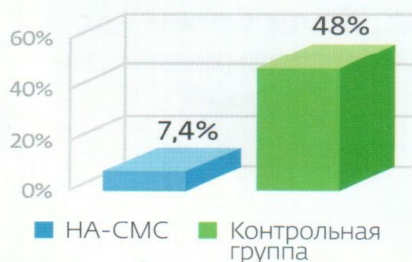
ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТИВОСПАЕЧНОГО ГЕЛЯ С ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТОЙ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ

Нанесение противоспаечного средства, содержащего в своем составе НА-СМС на поверхность матки после кесарева сечения снижает распространенность и выраженность спаечного процесса в малом тазу, а также способствует сокращению времени извлечения плода при повторном оперативном родоразрешении⁵.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОСПАЕЧНОГО БАРЬЕРА НА-СМС ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ

Проспективное когортное исследование Fushiki H. и соавт. (2005)².

Наличие спаечного процесса в малом тазу при повторном кесаревом сечении



Выводы:

В группе пациенток, которым при первичном кесаревом сечении применяли противоспаечное средство, содержащее НА-СМС, спаечный процесс в малом тазу при повторном кесаревом сечении был обнаружен у 7,4%, в контрольной группе – у 48% женщин ($p < 0,05$)^{2,3,4}.

ВЫРАЖЕННОСТЬ СПАЙКООБРАЗОВАНИЯ ПРИ ПОВТОРНОМ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ И ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕГО МЕТОДА ЗАШИВАНИЯ БРЮШИНЫ

Myers S.A. и соавт. (2005)⁵.

Количественная оценка спаечного процесса в малом тазу по Myers S.F. и соавт. (2005)



Время извлечения плода при повторном кесаревом сечении (мин)



Выводы:

1. Во время повторного кесарева сечения в группе пациенток, которым при первичном кесаревом сечении применяли противовоспалительное средство, содержащее гиалуронат натрия, количественная оценка распространенности и выраженности спаечного процесса по классификации Myers S.A. и соавт. составила 0,07 баллов, тогда как в контрольной группе – 1,32 баллов ($p < 0,05$)⁵.
2. Время извлечения плода во время повторного кесарева сечения в группе женщин, которым применяли противовоспалительное средство, содержащее HA-CMC, составило в среднем 4,5 мин, тогда как в контрольной группе – 6,4 мин.⁵

АНТИАДГЕЗИН В НЕЙРОХИРУРГИИ (СПИНАЛЬНАЯ НЕЙРОХИРУРГИЯ)

КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ GUARDIX-SOL (SEU АНТИАДГЕЗИН) ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ СПАЕК ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ПОЗВОНОЧНИКЕ.

Проспективное рандомизированное исследование Bioraine (2006)¹⁴

Количественная оценка спаечного процесса в позвоночном канале по данным МРТ через 5 недель после операции



Выводы:

Применение противоспаечного средства, содержащего натрия гиалуронат, на область корешков спинного мозга после ламинэктомии при дегенеративно-дистрофических заболеваниях пояснично-крестцового отдела позвоночника позволяет уменьшить развитие спаечного процесса более чем в 2 раза¹⁴.

Качественная оценка болевого синдрома пациентами после ламинэктомии



Выводы:

Качественная оценка болевого синдрома через 6 недель после операции на позвоночнике показала: **пациенты, которым применяли противоспаечное средство, содержащее НА-СМС, были более удовлетворены лечением, по сравнению с пациентами контрольной группы¹⁴.**

■ Удовлетворительно ■ Хорошо ■ Отлично

АНТИАДГЕЗИН В ОПЕРАТИВНОЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

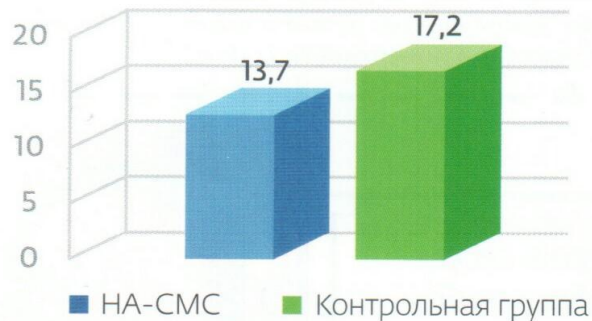
ОТОХИРУРГИЯ

Фиброзно-спаечный процесс в барабанной полости в 15-67% случаев является причиной тугоухости и неудовлетворительных функциональных исходов при слухоулучшающих операциях¹⁰.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАТРИЯ ГИАЛУРОНАТА-КАРБОКСИМЕТИЛЦЕЛЛЮЛОЗЫ ПРИ ТИМПАНОПЛАСТИКЕ

Проспективное контролируемое исследование Ahn J. H. и соавт. (2012)¹¹.

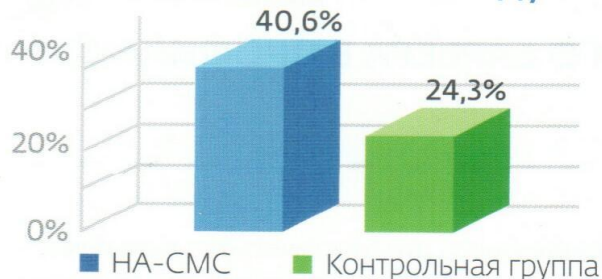
Средний костно-воздушный интервал на аудиограмме после тимпаноластики (дБ)



Выводы:

Применение противоспаечного средства HA-CMC, во время тимпаноластики позволяет улучшить параметры аудиограммы в послеоперационном периоде. В группе пациентов, которым применяли HA-CMC, средний костно-воздушный интервал (КВИ) составил 13,7 дБ, тогда как в контрольной группе – 17,2 дБ ($p < 0,05$)¹¹.

Количество костно-воздушных интервалов на аудиограмме менее 10 дБ.



Вывод:

Костно-воздушный интервал менее 10 дБ был диагностирован у 40,6% пациентов в группе, которым при тимпанопластике применяли гель HA-CMC, в контрольной группе – у 24,3% пациентов¹¹.

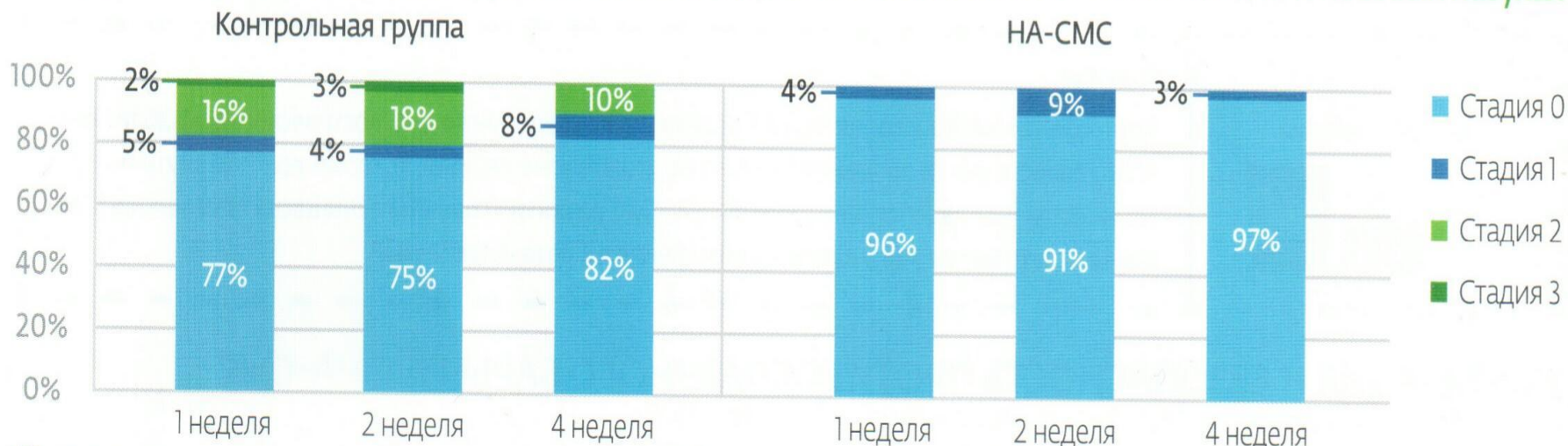
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Полость носа имеет ограниченный малый размер, поэтому даже небольшое разрастание слизистой или фиброзной ткани приводит к закупорке естественных отверстий околоносовых пазух, что приводит к хроническим гнойным синуситам. При повторных эндоскопических операциях на околоносовых пазухах спаечный процесс диагностируют у 56% больных¹³.

ПРОТИВОСПАЕЧНЫЙ ЭФФЕКТ СМЕСИ ГИЛУРОНАТА НАТРИЯ И КАРБОКСИМЕТИЛ-ЦЕЛЛЮЛОЗЫ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СИНУСНОЙ ХИРУРГИИ

Проспективное исследование Kim H.J. и соавт. (2007)¹²

Визуальная оценка спаечного процесса после эндоскопических вмешательств на околоносовых пазухах



Выводы:

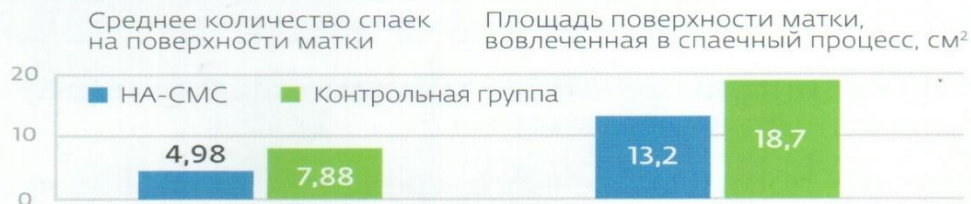
1. Применение противоспаечного средства, содержащего HA-CMC, позволяет снизить развитие спаечного процесса в полости носа после эндоскопических вмешательств на околоносовых пазухах.
2. При контрольном эндоскопическом исследовании полости носа в конце 1-й, 2-й и 4-й недели после хирургического вмешательства на околоносовых пазухах, в группе пациентов, где применяли HA-CMC, степень выраженности спаечного процесса не превышала Стадии 1, тогда как в контрольной группе более чем у 10% пациентов наблюдали спаечный процесс 2-й и 3-й степени выраженности¹².

АНТИАДГЕЗИН В ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

ОТКРЫТЫЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

УМЕНЬШЕНИЕ СПАЕК ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОТИВОСПАЕЧНОГО БАРЬЕРА С НА-СМС

Слепое, проспективное, рандомизированное, мультицентровое исследование Diamond M.P. и соавт. (1996)⁶.

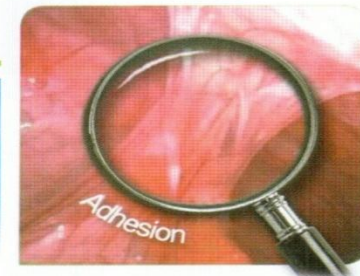


Выводы:

Применение противоспаечного средства, содержащего в своем составе соль гиалуроновой кислоты, после открытой миомэктомии препятствует образованию спаек на поверхности матки и способствует уменьшению вовлеченной в спаечный процесс площади поверхности матки⁶.

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Внутриматочное введение противоспаечного средства, содержащего в своем составе средства, содержащего гиалуроновую кислоту, после выскабливаний полости матки предотвращает развитие внутриматочных синехий и вторичного бесплодия⁷.



РОЛЬ БИОДЕГРАДИРУЕМОГО НА-СМС ПРОТИВОСПАЕЧНОГО БАРЬЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЭНДОМЕТРИАЛЬНЫХ СИНЕХИЙ

Проспективное рандомизированное исследование Tsaranos V.S. и соавт. (2002)⁷

Наступление беременности в течение 8 месяцев после выскабливания полости матки



Выводы:

После первичного раздельного диагностического выскабливания (РДВ) полости матки наступление беременности в течение 8 месяцев наблюдалось у 100% женщин, которым после РДВ внутриматочно вводили противоспаечное средство, содержащее гиалуронат натрия, в контрольной группе – только у 54% женщин. После повторного РДВ в группе, где применяли гель НА-СМС, беременность в течение 8 месяцев наступила у 33% женщин, в контрольной группе – у 23%.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ + КАРБОКСИМЕТИЛЦЕЛЛЮЛОЗЫ В ПРЕДОТВРАЩЕНИИ ВНУТРИМАТОЧНЫХ СПАЕК ПОСЛЕ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ХИРУРГИИ

Проспективное рандомизированное исследование Do J.W. и соавт. (2005)⁸.



Выводы:

Контрольная гистероскопия через 4 недели после отдельного диагностического выскабливания (РДВ) полости матки продемонстрировала, что в группе женщин, которым при РДВ внутриматочно вводили противовоспалительное средство HA-CMC развитие спаечного процесса отмечалось в 13% случаев, в то время как в контрольной группе в 2 раза чаще (26%).⁸

УТИЛИЗАЦИЯ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРОТИВОСПАЕЧНОГО БАРЬЕРА С НА-CMC

Ретроспективное когортное наблюдательное исследование Bashir S. и соавт. (2013)⁹.

Исследование проводилось на протяжении 10 лет и в него вошло 382 355 пациенток.

| | HA-CMC | Контрольная группа |
|---|--------|--------------------|
| Частота инфекционных осложнений после гистерэктомии | 1,5% | 1,5% |

Выводы:

Применение противовоспалительного средства, содержащего HA-CMC, не увеличивает риск развития абдоминальных инфекционных осложнений после гистерэктомии ($p > 0,05$)⁹.

ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ

Гель противоспаечный рассасывающийся стерильный «Антиадгезин», в шприцах по 5г. Производства Genewel Co., Ltd., Korea (Геньюэл Ко., Лтд., Корея)
Инструкция с сокращениями, необходимо ознакомиться с полной инструкцией.

1. НАЗНАЧЕНИЕ

Гель Антиадгезин предназначен для профилактики спаикообразования после операций на органах и тканях, имеющих серозное покрытие (брюшная полость, сухожильные влагалища, суставы, плевральная полость, полость перикарда, оболочки спинного и головного мозга, полость среднего уха, полость носа, оболочки яичка). Может применяться при любых операциях, где имеется риск возникновения послеоперационного спаечного процесса: органы брюшной полости (желудок, кишечник, селезенка, печень); органы малого таза (матка, яичники, трубы); сухожильные влагалища, суставы; плевральная полость; полость перикарда; оболочки спинного и головного мозга; полость среднего уха; полость носа, оболочки яичка; капсулярная контрактура. Гель Антиадгезин можно использовать при операциях, где имеется риск спаивания мягких тканей. Например, при операциях на шее, когда имеется высокий риск формирования рубца через все слои шеи. Антиадгезин может использоваться как установочный гель в пластической хирургии. Гель облегчает установку грудных имплантатов при увеличении груди.

Терапевтический эффект геля Антиадгезин связан с созданием искусственного временного барьера между поврежденными тканями, что обеспечивает эффективное разделение поверхностей на время их заживления. После аппликации геля Антиадгезин в области операционного поля, он прилипает, не растекаясь, к анатомическим поверхностям и образует вязкое смазывающее покрытие, которое обеспечивает скольжение соседних поврежденных поверхностей и предупреждает их слипание. Антиадгезин является биodeградируемым покрытием, которое разделяет соприкасающиеся поверхности только на период критической фазы раневого заживления и послеоперационного спаикообразования, продолжающийся в течение 7 дней, не влияя при этом на нормально протекающие процессы регенерации. После применения гель полностью рассасывается.

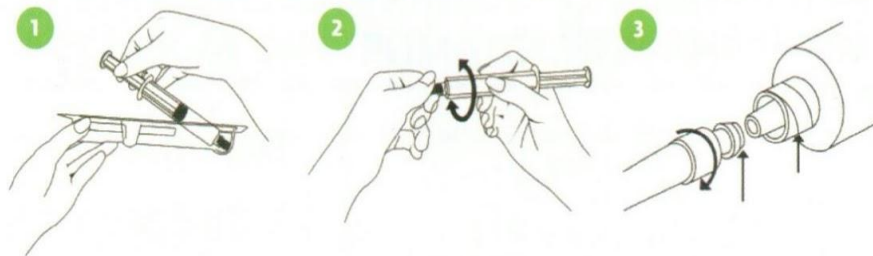
2. ПРОТИВПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

- Не назначать пациентам с установленными реакциями повышенной чувствительности к гиалуроновой кислоте, карбоксиметилцеллюлозе и их солям.
- Применение геля Антиадгезин противопоказано в случае явной инфекции или контаминации в месте проведения операции.
- Не применять у пациентов с аутоиммунными заболеваниями или иммунными нарушениями.

3. ПОДГОТОВКА К РАБОТЕ ИЗДЕЛИЯ

- Открыть упаковку и, соблюдая требования асептики, внести шприц и аппликационный катетер в стерильную зону оперативного блока.

- Снять резиновую крышку с люэровского наконечника, поворачивая корпус шприца.
- Соединить аппликационный катетер в чехле с люэровским наконечником шприца и поворачивать его по часовой стрелке до достижения фиксированного соединения. Чехол снимают непосредственно перед применением.



4. ПОРЯДОК РАБОТЫ ИЗДЕЛИЯ

- Предполагаемое место обработки должно быть максимально сухим. Необходимо аспирировать излишки жидкости для промывания и обеспечить надлежащий гемостаз.
- Осторожно покрыть гелем все анатомические поверхности, требующие профилактики образования спаек.
- Утилизировать оставшийся гель, использованные шприц и катетер.

5. ПРАВИЛА ХРАНЕНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Хранить в сухом, защищенном от прямых солнечных лучей, месте при температуре 1-30°C. Срок годности 24 месяца от даты производства. Производитель гарантирует качество изделия в течении всего срока годности. Хранить в недоступном для детей месте. Не использовать изделие с истекшим сроком годности! Изделие необходимо использовать в соответствии с инструкцией по применению. Не использовать изделие с поврежденной упаковкой и со следами влаги внутри упаковки! Изделие стерильно! Изделие одноразового применения. Не следует подвергать изделие повторной стерилизации. Изделие не требует технического обслуживания и ремонта. Утилизировать шприц, катетер и гель в соответствии с местным законодательством.

Претензии потребителей направлять по адресу:

АО «Нижфарм», Россия, 603950, г. Нижний Новгород, ул. Салганская, д. 7
Тел.: (831) 278-80-88, факс: (831) 430-72-13

Заказ продукции: 119017, Москва, ул. Б. Ордынка д. 44, к. 4
Тел./факс (495) 783 13 03, www.stada.ru

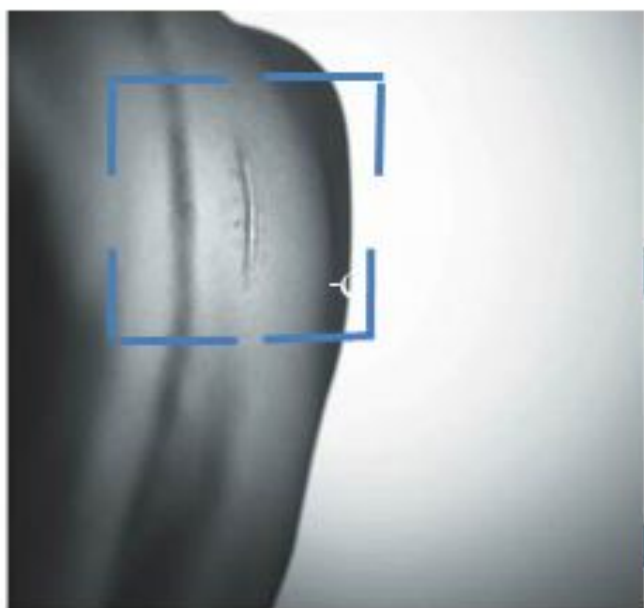


Уважаемые коллеги!

Антиадгезин Вы сможете найти в аптеках г.Ижевска по следующим адресам:

- ❖ Аптека **Репрофарм**, ул.Орджоникидзе, 46
тел. 68-60-07, 8-912-458-54-05
- ❖ Аптека **Мегапресс**, ул. Майская, 23 (круглосуточно)
тел. 72-74-02, 72-57-58
- ❖ Аптека **Мегапресс** (при ГКБ №9), ул. Промышленная, 52
тел. 72-74-02





Kelo-cote®



ИННОВАЦИЯ В ЭСТЕТИКЕ

гипертрофических и келоидных рубцов

запатентованная формула*

*Патенты США-US 5,743,509; US 5,023,683



Kelo-cote®

СТАДИИ СОЗРЕВАНИЯ РУБЦА*

- 1. Интенсивный рост** - воспаление и эпителизация
7-10 сутки после операции
- 2. Плато** - образование молодого рубца
10-13 сутки после операции
- 3. Регрессия** - образование «зрелого» рубца
1-3 месяцев после травмы
- 4. Зрелый рубец** - окончательная трансформация рубца
через 4-36 месяцев после травмы

**Рубец - конечный результат развития
соединительной ткани на месте заживления
раны или язвы**



Типы рубцов и частота их возникновения

Kelo-cote

Келоидные или гипертрофические рубцы ⁽¹⁾ ежегодно возникают более, чем у 100 миллионов пациентов



ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ РУБЕЦ – красный, воспаленный, болезненный, ощущения зуда. Образуются после хирургического вмешательства, травмы



КЕЛОИДНЫЙ РУБЕЦ — толстый, округлый, выпирающий над кожей, необычной структуры. Не может уменьшаться спонтанно
Требует хирургического вмешательства



АТРОФИЧЕСКИЙ РУБЕЦ — вогнутый, вплющенный, плоский
Образуется после акне и ветрянки

Гипертрофические рубцы могут возникать после хирургического вмешательства примерно в 39%-68% случаев ⁽²⁾

⁽¹⁾ Bayat A, McGrouther DA, Ferguson MW. Skin scarring. *BMJ* 2003; 326: 88-92.

⁽²⁾ Chernoff WG, Cramer H, Su-Huang S. The Efficacy of Topical Silicone Gel Elastomers in the Treatment of Hypertrophic Scars, Keloid Scars, and Post-Laser Exfoliation Erythema. *Aesth Plast Surg* 2007; 37: 495-500.



Патологические рубцы

Kelo-cote

келоидные



гипертрофические





Качество жизни пациентов?



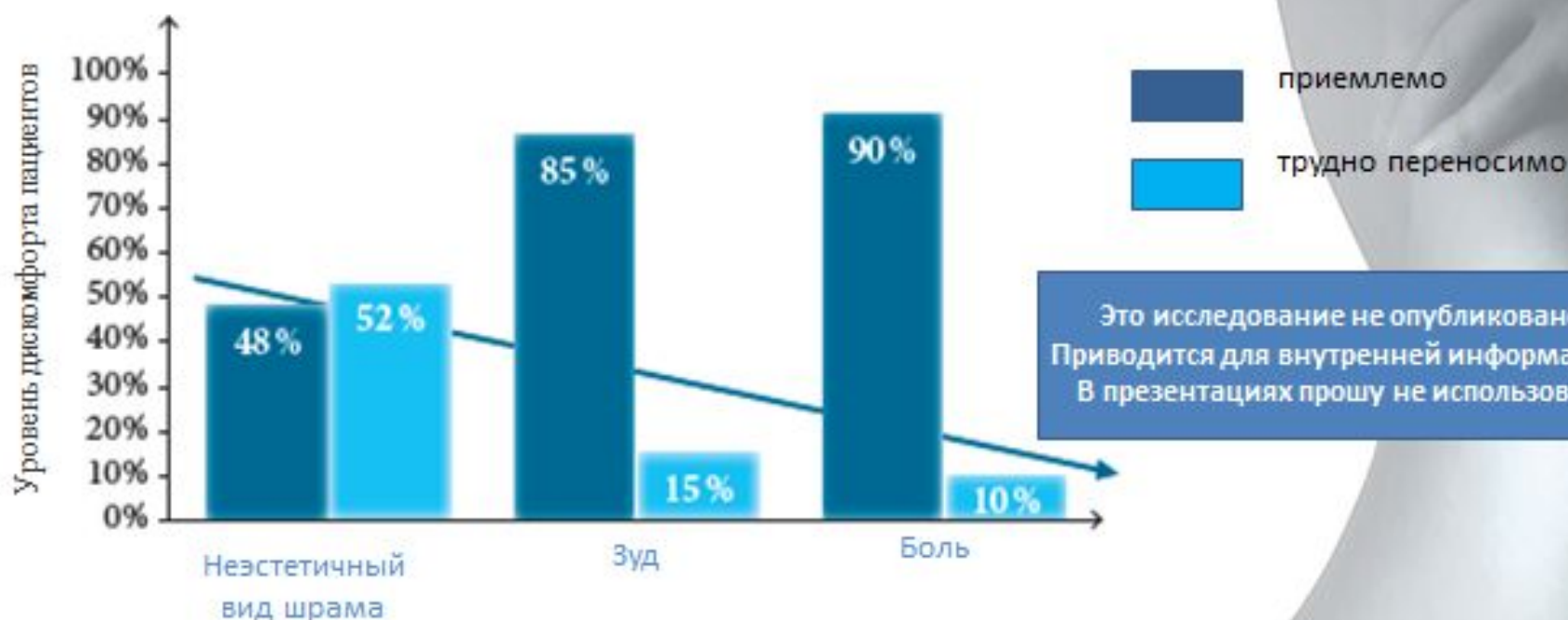
Эстетические, функциональные, физические последствия патологических рубцов могут привести к осложнениям социального и физиологического характера⁽¹⁾.



Рубцы: каково их воздействие на качество жизни пациентов?

Kelo-cote

Эстетический внешний вид рубцов, зуд и боль,
(совокупные результаты по 4 странам) ⁽³⁾



В повседневной жизни пациентов больше всего беспокоит эстетический внешний вид рубца ⁽³⁾

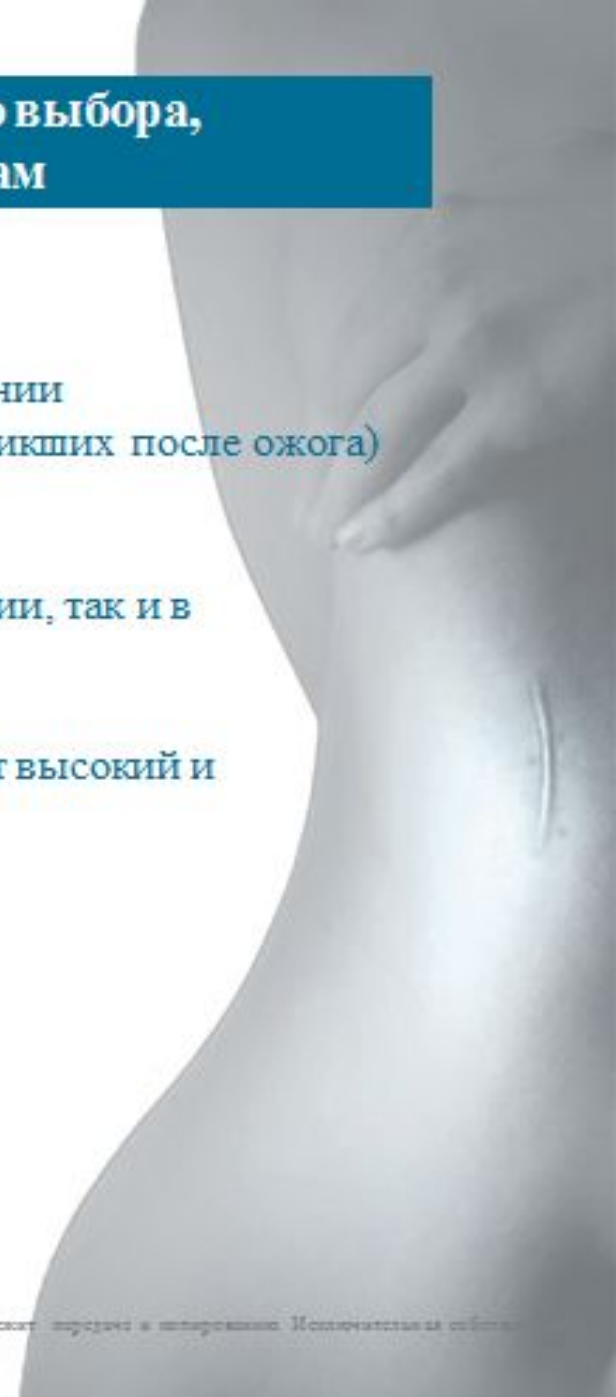
⁽³⁾ Внутреннее исследование компании «Сиклер Фарма», проведённое Галилео Бизнес Консалтинг (Galileo Business Consulting) с участием 979 пациентов, имеющих рубцы, в 4-х европейских странах (2010)



Kelo-cote

Средства на основе силикона - средства первого выбора, рекомендованные по международным стандартам

- Силикон рекомендован в качестве лечения первой линии гипертрофических рубцов (линейных, широких, возникших после ожога) и келоидных (больших и малых)⁽⁴⁾
- Силикон может использоваться в качестве монотерапии, так и в комбинации с другими препаратами
- Топическое лечение на основе силикона обеспечивает высокий и достаточный уровень клинических доказательств⁽⁴⁾



(4) Mustoe TA, Cooter RD, Gold MH and al. International Clinical Recommendations on Scar Management. Plast Reconstr Surg 2002;770(4):560-577.

Преимущества Кело-Кот

Kelo-cote

- Формула геля Кело-Кот прошла максимальное количество клинических исследований по сравнению с другими средствами на основе силикона, при этом в исследованиях участвовали около 1800 пациентов
- Эффект развивается быстро и очевиден уже в течение первых месяцев лечения (1)



Через 1 д после травмы



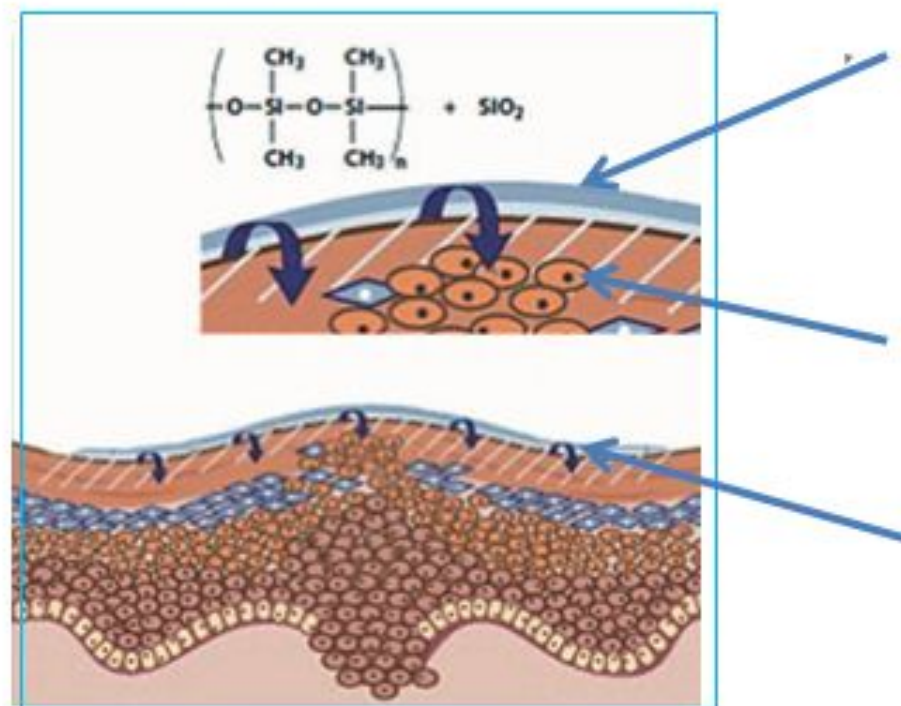
Через 12 недель применен
Кело-кот

- Безопасен для детей и лиц с чувствительной кожей (2)
- В составе средства отсутствует жидкое силиконовое масло, поэтому Кело-Кот не оставляет следов на одежде

1. Байят А., МакГрутер Д.А., Фергюсон М.В. Образование рубца на коже. *ВМЖ*. 11 января 2003 г.; 326(7380):88-92
2. Сигнорини М, Клементони МТ. Оценка клинической эффективности нового быстровсыхающего силиконового геля в лечении шрамов. *Предварительный отчет Aesth Plast Surg* 2007;37:783-787.

Кело-Кот: механизм действия

Kelo-cote



- Кело-Кот представляет собой комплекс длинноцепочечных полимеров и силикон диоксида
- При нанесении на кожу тонким слоем, гель быстро высыхает, образуя дышащую, (воздухопроницаемую) пленку, которая одновременно позволяет удерживать влагу в слоях кожи.
- Эта пленка связывается с роговым слоем кожи и служит защитным барьером против химических и физических воздействий, а также микробного инфицирования рубца, пленка задерживает влагу в коже
- Пленка создает условия, позволяющие нормализовать цикл синтеза коллагена, сохраняет рубец в неподвижном состоянии, что улучшает состояние и внешний вид шрама

(2) Chernof WC, Cramer H, Su-Huang S. The Efficacy of Topical Silicone Gel Elastomers in the Treatment of Hypertrophic Scars, Keloid Scars, and Post-Laser Exfoliation Erythema. *Aesth Plast Surg* 2007;37:495-500.

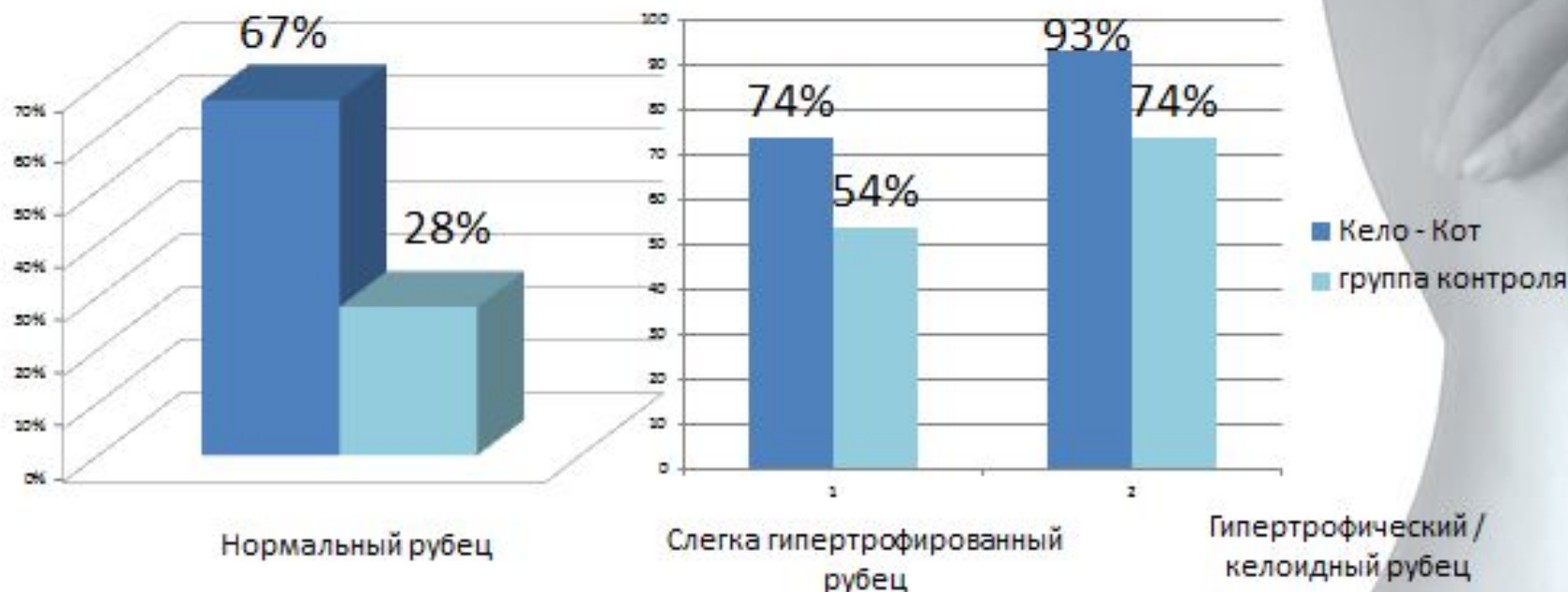
(7) Swiatk T, Szani S, Zhou XK and al. Effects of silicone gel sheet on the stratum corneum hydration. *Br J Plast Surg* 2000;53(6):508-507.

(8) Tandara AA, Kloeters O, Magford JE and al. Hydrated keratinocytes reduce collagen synthesis by fibroblasts via paracrine mechanism. *Wound Repair Regen* 2007;15(4):497-504.

Кело-Кот: профилактика возникновения гипертрофических и келоидных рубцов

Kelo-cote

Динамика изменения свежего послеоперационного рубца (через 6 месяцев)



После применения Kelo-Cote 6 мес. **67%** отметили улучшение, против **27%**- не получавших никакой терапии

(9) Sigkowiak M, Clemensson MT. Clinical Evaluation of a New Self-Drying Silicone Gel in the Treatment of Scars :

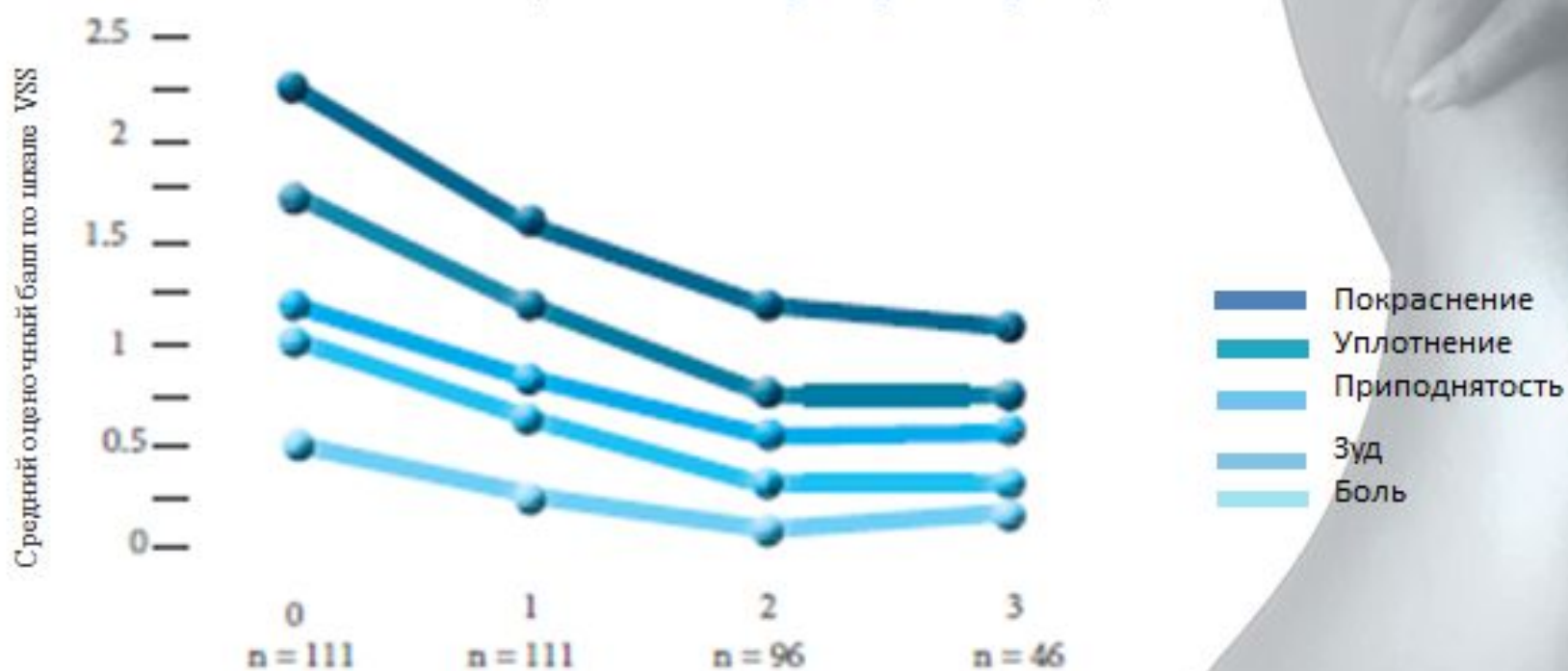
A Preliminary Report. Aesth Plast Surg 2007;37:783-787.
Данные взяты из работы Sigkowiak M et al.



Кело-Кот: эффективность, доказанная в ходе лечения гипертрофических и келоидных рубцов

Kelo-cote

Кело-Кот значительно улучшает критерии оценки клинических проявлений по «Ванкуверской шкале» (VSS)⁽⁶⁾ - международно-признанному клиническому инструменту (111 пациента в трех странах Европы)



Данные взяты из работы Sebastian G. et al.⁽⁶⁾

(5) Sepekrmanek M. Anwendungsbearbeitung mit DermatisTM Gel an 7522 Patienten. Kompendium Dermatologie 2006; 7:30-32.

(6) Sebastian G, Buzbaum-Coveilh H, Fischer S and al. Efficacy and Tolerability of a Novel Silicone Gel for Scar Treatment.

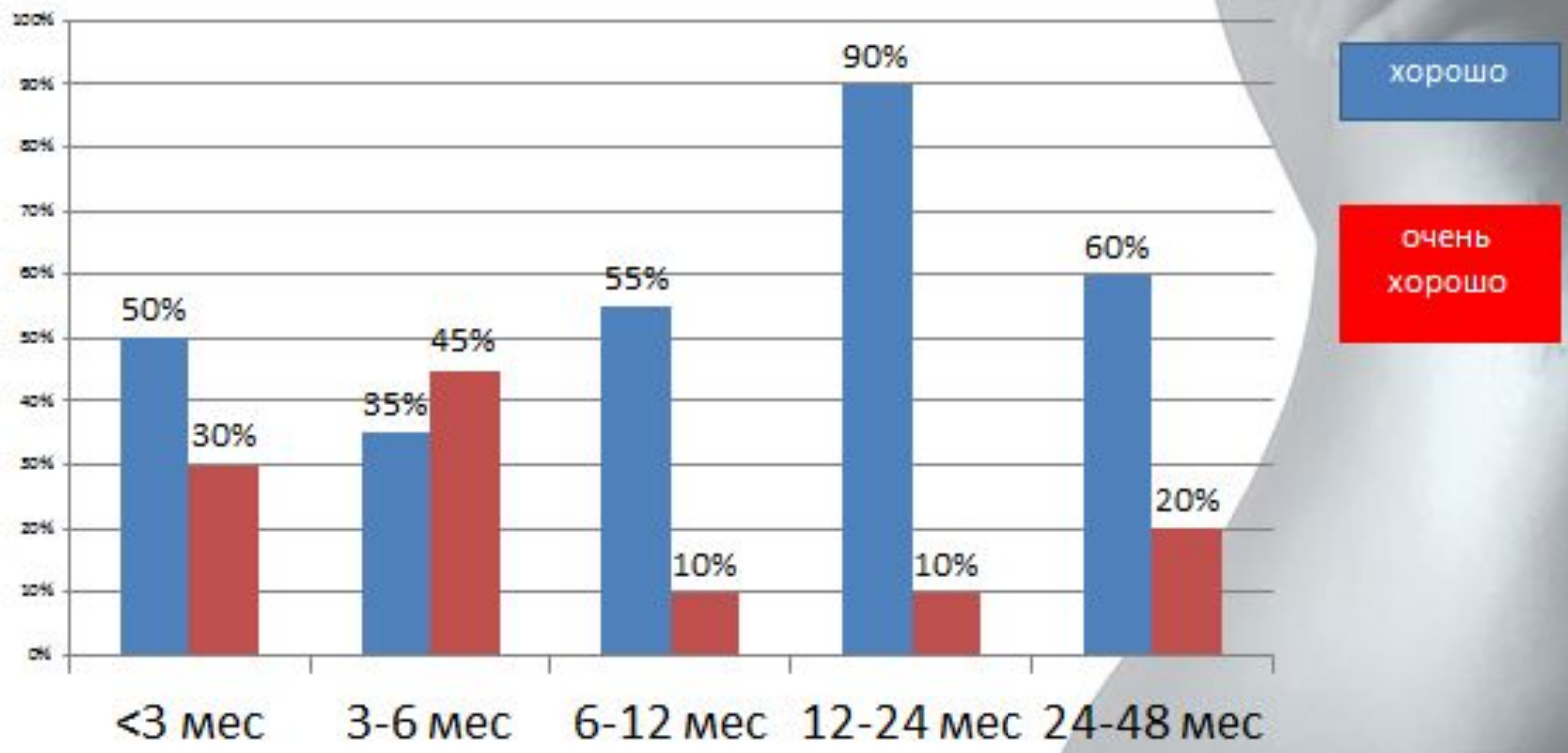
Acta Dermatol 2004;50:450.



Kelo-cote

Эффективность применения Кело-Кот на шрамах и рубцах разного возраста

Наивысшая эффективность от применения отмечается в первый год формирования рубца. Рекомендуемое начало применения Кело-Кот - 3-6 месяцев после операции



Данные взяты из работы Sebastian G. et al.⁽⁹⁾
(9) Sebastian G, Busbaum-Coverati H, Fischer S and al. Efficacy and Tolerability of a Novel Silicone Gel for Scar Treatment. *Acta Dermatol* 2004;30:430.

Гель наносится на затянувшийся рубец

Рекомендованная продолжительность лечения: 2 -3 месяца



Наносить тонким
слоем
на чистый и сухой
рубец, 2 раза в сутки

Дать гелю высохнуть
в течение 4 - 5 минут

ЛИБО

Удалить остатки не
высохшего
геля Kelo-cote®

Предупреждение : Избегайте попадания в глаза, слизистой оболочкой, ожогами третьей степени и открытыми ранами. Кело-Кот не следует применять при дерматологических заболеваниях, которые нарушают целостность кожи. Если гель Кело-Кот не полностью высох, он может оставлять пятна на одежде. Гель Кело-Кот предназначен только для наружного применения. При появлении раздражения необходимо прекратить использование геля и обратиться к врачу.

Хранить гель в недоступном для детей месте.

Хранить при температуре меньше 25°C. По истечении срока годности (он выгравирован на тубике) пользоваться гелем не рекомендуется.

Кело-Кот: способ применения

Kelo-cote®

Гель наносится на затянувшийся рубец

Рекомендованная продолжительность лечения: 2 -3 месяца



Наносить тонким
слоем
на чистый и сухой
рубец, 2 раза в сутки

Дать гелю высохнуть
в течение 4 - 5 минут

ЛИБО

Удалить остатки не
высохшего

геля Kelo-cote®

Предупреждение : Избегайте попадания в глаза, слизистой оболочкой, ожогами третьей степени и открытыми ранами. Кело-Кот не следует применять при дерматологических заболеваниях, которые нарушают целостность кожи. Если гель Кело-Кот не полностью высох, он может оставлять пятна на одежде. Гель Кело-Кот предназначен только для наружного применения. При появлении раздражения необходимо прекратить использование геля и обратиться к врачу.

Хранить гель в недоступном для детей месте.

Хранить при температуре меньше 25°C. По истечении срока годности (он выгравирован на тубике) пользоваться гелем не рекомендуется.

Спасибо за внимание!

