

# خلاصه‌ای از برگزیده‌ترین مقالات علمی در مجلات کاستروانترولوژی سال ۱۹۹۷

ترجمه از: دکتر صادق مسرت\*

از ویروس C وجود دارد، به همین دلیل ۳۸۴ بیمار از ۷ بیمارستان کشورهای اروپایی، به مدت میانگین ۵ سال، مورد بررسی قرار گرفتند. در همه بیماران تشخیص به وسیله بیوپسی و بالا بودن ترانس آمینازها و نبودن عواقب پیشرفته سیروز انجام گرفت. همچنین رد وجود عوامل متابولیکی و ویروسی A و B و توکسیک و اتوایمون جزو شرایط ورود به بررسی بودند. همه آنها آنتی بادی ضد ویروس C داشتند. پس از این مدت ۵ سال، ۷ درصد مبتلا به هپاتوما و ۱۸ درصد دچار وضعیت غیرجبرانی (Decompensated) شدند. ۱۳ درصد از بیماران در این فاصله فوت شدند که ۷۰ درصد علت آن ناشی از بیماری کبد بود. احتمال زنده ماندن بیماران پس از ۵ سال ۹۱ درصد و پس از ۱۰ سال ۷۹ درصد بود. نیمی از بیماران با انترفرون معالجه شدند، ولی درمان با انترفرون تأثیری در طول عمر بیماران نداشت، به همین دلیل می‌توان نتیجه گرفت که سیروز ناشی از ویروس هپاتیت C با سرعت نسبتاً آهسته پیشرفت می‌کند و بیماران عمر نسبتاً طولانی خواهند داشت.

**انسداد واریس مری به کمک حلقه لاستیکی به تنهایی بهتر از  
درمان متشکل از انسداد با حلقه لاستیکی همراه  
با اسکلوترابی است.**

نتیجه یک بررسی چندمرکزی (۳)

بیماران با واریس مری که خونریزی داشتند به دو گروه تقسیم شدند. گروه اول فقط تحت درمان با حلقه لاستیکی و گروه دوم تحت درمان با حلقه لاستیکی همراه با اسکلوترابی قرار گرفتند. ماده اسکلوترابی شامل تزریق اتانولامین در بالای هر رگ لیگاتور شده واریسی بود که با حلقه لاستیکی مسدود می‌شد. این درمان هر ۷ روز یا ۱۴ روز تا از بین رفتن کامل واریس‌ها تکرار می‌شد. ۲۵ بیمار از گروه اول و ۲۲ بیمار گروه دوم، از نظر یافته‌های بالینی شبیه هم بودند و ۳۰ ماه مورد مطالعه قرار گرفتند. ۲/۳ جلسه به طور متوسط برای گروه با حلقه لاستیکی و ۴/۱ جلسه برای گروه دودرمانی (Combined) لازم شد. ۴ مورد مرگ در گروه اول و ۸ مورد مرگ در گروه دوم دیده شد.

میزان خونریزی مجدد برای گروه اول (فقط حلقه لاستیکی) ۲۵ درصد و برای گروه دوم (دودرمانی)، ۳۶ درصد بود. عود واریس در این فاصله برای گروه اول ۱۶ درصد و برای گروه دوم ۲۳ درصد بود. در گروه دوم به مراتب بیشتر زخم عمیق (۶۵ درصد در برابر ۲۰ درصد و  $p < 0.05$ ) و دیسفاژی (۳۰ درصد در برابر صفر درصد  $p < 0.05$ ) دیده شد تا گروه

**هپاتیت حاد ناشی از ویروس‌های غیر از A-E و نقش هپاتیت  
ویروسی G در آمریکای شمالی<sup>(۱)</sup>**

تا به حال اطلاعات دقیقی درباره فراوانی و سیر هپاتیت حاد و مزمن ناشی از ویروس G ارائه نشده است، به همین سبب در چهار مرکز ایالتی آمریکا طی چند سال بررسی مراقبتی در رابطه با هپاتیت حاد انجام شد. سرم این بیماران با متد PCR برای RNA ویروس هپاتیت G اندازه‌گیری شد. از ۴۵ نفری که مبتلا به هپاتیت حاد غیر از ویروس‌های A, B, C, D, E شده بودند فقط ۴ نفر (برابر ۹٪) ویروس هپاتیت G را داشتند. میزان ویروس G در مورد سایر بیماران به این شرح بود:

از ۱۱۶ نفر بیمار مبتلا به ویروس هپاتیت C، ۲۳ نفر (۲۰٪) دارای ویروس هپاتیت G بودند.

از ۱۰۰ نفر بیمار مبتلا به ویروس هپاتیت A، ۲۵ نفر (۲۵٪) دارای ویروس هپاتیت G بودند.

از ۱۰۰ نفر بیمار مبتلا به ویروس هپاتیت B، ۳۲ نفر (۳۲٪) دارای ویروس هپاتیت G بودند.

که ملاحظه می‌شود میزان ویروس هپاتیت G نزد بیماران هپاتیت B از همه بیشتر بوده است.

علائم بالینی هپاتیت ویروس G در بیماران بدون عفونت‌های ویروسی دیگر کاملاً شبیه هپاتیت‌های نوع A و B و C، همراه یا بدون ویروس G بود. پس از گذشت یک تا ۹ سال، در بیماران تحت بررسی که مبتلا به ویروس هپاتیت G بودند به هیچوجه سیر مزمن دیده نشد، اما ۷۵ درصد از آنها ناقل ویروس هپاتیت G بودند. میزان درصد وجود هپاتیت مزمن در ناقلین ویروس C به تنهایی مثل بیماران مبتلا به هپاتیت C همراه با هپاتیت ناشی از ویروس G بود (۶۰ درصد در برابر ۶۱ درصد). بنابراین علت اصلی هپاتیت‌های حادی که در آن ویروس‌های A-E نقش اصلی را بازی نمی‌کنند، هپاتیت، ناشی از ویروس G نمی‌باشد، بیماری مزمن ناشی از ویروس هپاتیت G وجود ندارد و عفونت به این ویروس، سیر بیماری را در ناقلین ویروس‌های هپاتیت A و B و C تغییر نمی‌دهد.

**بیمارسازی (Morbidity) و امکان مرگ و میر در سیروز**

**جبران‌شده (Compensated) ناشی از ویروس C:**

یک بررسی پس‌نگر از ۳۸۴ بیمار<sup>(۲)</sup>

هنوز بررسی‌های اندکی درباره سیر طولانی بیماران مبتلا به سیروز ناشی

اول. به همین سبب روش درمانی گروه اول (واریس با انسداد حلقه لاستیکی به تنهایی) بهتر از روش درمانی گروه دوم (دودرمانی) تشخیص داده شد.

#### نیکوتین از راه جلد برای درمان کولیت اولسراتیو حاد، متوسط و کم: یک بررسی دوسره کور، راندوم و کنترل شده<sup>(۴)</sup>

کولیت اولسراتیو بیماری‌ای است که در افرادی که از اعتیاد به سیگار برهیز می‌کنند دیده می‌شود. نیکوتین می‌تواند به این افراد کمک کند. در ۶۴ بیمار غیرسیگاری با کولیت حاد، متوسط و کم به دو گروه تقسیم شدند که از آنها ۳۱ نفر با باند نیکوتین (۱۱ میلی‌گرم برای یک هفته و بعد ۲۲ میلی‌گرم برای سه هفته) و بقیه (۳۳ نفر) با پلاسبو معالجه شدند. غلظت نیکوتین در سرم هر دو گروه به وسیله کروماتوگرافی ستونی اندازه‌گیری شد. بعد از ۴ دقیقه همه از نظر کلینیکی و آندوسکوپی مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. ۳۹ درصد از گروه درمان با نیکوتین در مقابل ۹ درصد در گروه دیگر پاسخ خوب دادند. ۴ نفر از بیماران تحت درمان با نیکوتین، به علت عواقب ناراحت‌کننده، درمان را قطع کردند (۲ نفر با درمانیت، یک نفر با تهوع و یک نفر با پانکراتیت حاد). می‌توان نتیجه گرفت که باند نیکوتین در بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو حاد، متوسط یا کم روش درمانی مؤثری است.

#### طولانی شدن عمر بیماران مبتلا به سرطان رکتوم با درمان رادیوتراپی قبل از عمل جراحی<sup>(۵)</sup>

در فاصله ۱۹۸۷ تا ۱۹۹۰، ۱۱۶۸ بیمار با سن زیر ۸۰ سال که سرطان آنها به وسیله عمل جراحی قابل برداشت تشخیص داده شده بود به دو گروه تقسیم شدند. در گروه اول، درمان با اشعه (۲۵ GY) در ۵ جلسه و به مدت یک هفته) و بعد عمل جراحی انجام شد و در گروه دوم فقط عمل جراحی صورت گرفت. درمان با اشعه، تأثیری روی زیاد شدن مرگ بعد از عمل جراحی نداشت. بعد از ۵ سال بررسی، تعداد عود موضعی سرطان در گروه اول که با اشعه درمان شده بودند ۱۱ درصد (۶۳ نفر از ۵۵۳ بیمار) و در گروه دوم که فقط جراحی شده بودند ۲۷ درصد (۱۵۰ نفر از ۵۵۷ بیمار) بود ( $p < 0.001$ ). این اختلاف در تمام گروه‌های طبقه‌بندی شده مطابق Dukes بدون استثناء دیده می‌شد. میزان درصد طولانی بودن عمر در گروه درمان شده با اشعه و جراحی ۵۸ درصد پس از ۵ سال در مقایسه با ۴۸ درصد در گروه فقط عمل جراحی شده بود ( $p < 0.04$ )، میزان درصد طول عمر فقط در رابطه با سرطان (Cancer Specific Survival Rate) پس از ۹ سال در گروه اول ۷۴ درصد و در گروه دوم که فقط جراحی شده بودند ۶۵ درصد بود (با اختلاف  $p < 0.002$ ). نتیجه این که اشعه درمانی قبل از عمل جراحی در بیماران مبتلا به سرطان رکتوم هم عود موضعی سرطان را کم و هم عمر بیمار را افزون می‌کند.

#### جراحی رادیکال و درمان با اشعه بعد از جراحی در سرطان رکتوم: آخرین نتایج فاز سوم بررسی کمیته اروپایی برای تحقیق و درمان سرطان<sup>(۶)</sup>

تا به حال معلوم نشده است که آیا اشعه درمانی را باید قبل یا بعد از جراحی سرطان قابل برداشت رکتوم برای بیماران تجویز کرد. درمان با اشعه قبل از عمل جراحی به طور کلی میزان عود سرطان رکتوم را کم می‌کند ولی ممکن است وخامت بعد از عمل جراحی را زیادتر کند، علاوه بر آن بیماران مبتلا به سرطان زودرس محدود به مخاط بدون دلیل مورد درمان با اشعه قرار می‌گیرند. در یک بررسی کنترل شده راندوم، اثر درمان با اشعه بعد از عمل جراحی در سرطان قابل برداشت رکتوم مورد تحقیق قرار گرفت. بعد از برداشتن سرطان رکتوم از نوع C یا B Dukes، ۱۷۲ بیمار به دو گروه تقسیم شدند که به طور راندوم یک گروه شامل ۸۴ نفر، تحت درمان با اشعه قرار گرفتند (۴۶ GY، پنج روز در هفته - از روز ۳۰ تا ۳۸ پس از جراحی) و گروه دیگر شامل ۸۸ نفر، با اشعه درمان نشدند. درمان با اشعه هیچ استفاده‌ای چه از نظر عود مرض و چه از لحاظ طول عمر نداشت. در گروه درمان شده با اشعه، اسهال در ۲۰ درصد، التهاب مثانه در ۱۳ درصد، التیام دیرتر زخم جلدی در ۷ درصد و پنومونیا در ۵ درصد دیده شد. در همین گروه، عواقب دیرتر مانند انسداد روده در ۵ درصد و اسهال مزمن در ۲۰ درصد و سیستیت مزمن (Chronic Cystitis) در ۲۰ درصد بروز کرد. در گروه جراحی شده، عواقب ناشی از عمل در ۱۱ درصد از بیماران دیده شد. این بررسی نشان می‌دهد که درمان با اشعه را نباید بعد از عمل جراحی سرطان رکتوم برای بیماران تجویز کرد.

#### درمان با پادزهر ضد CD4 در بیماران مبتلا به مرض کرون: یک بررسی فاز یک برای تعیین دز<sup>(۷)</sup>

لنفوسیت‌های نوع T نقش مهمی را در بیماران کرون بر عهده دارند و لذا تغییر وضع ایمنی این بیماران (Immunomodulation) با پادزهر ضد فعالیت T-cells می‌تواند اهمیت درمانی در این بیماران داشته باشد. پادزهر منوکلونال ضد T-cells در سه گروه از بیماران که هر گروه ۴ نفر بودند با دوزهای ۷۰ و ۲۱۰ و ۷۰۰ میلی‌گرم انجام گرفت. فعالیت مرض کرون در این سه گروه پس از چهار دقیقه، به ترتیب: ۲۵، ۲۴ و ۳۶ درصد کاهش یافت و پس از ده دقیقه، در دو گروه آخر به ترتیب ۲۴ و ۵۲ درصد کم شد. عوارض جانبی اندک و شامل تب و سردرد بود. فعالیت CD4 در اندازه‌های چشم‌گیر یعنی تا ۷۶ درصد میزان اولیه کاهش یافت. درمان با پادزهر ضد سلول‌های T می‌تواند اثر درمانی متوسطی در کرون فعال داشته باشد.

#### افزایش رشد باکتریایی روده کوچک در بیماران مسن مبتلا به عوارض گوارشی<sup>(۸)</sup>

۵۲ بیمار مسن مبتلا به عوارض گوارشی (اسهال، تهوع، بی‌اشتهایی) که

میزان ترشح اسید معده پس از تحریک کامل در بیماران مبتلا به عود زخم پس از ریشه‌کن کردن کامل باکتری اندازه‌گیری شد و با بیماران بدون عود زخم مقایسه شد. بررسی نتایج نشان داد که میزان ترشح اسید در گروه بیماران مثبت با هلیکوباکتر و زخم اثنی عشر بالاتر از گروه شاهد با هلیکوباکتر منفی است و بعد از ریشه‌کن کردن کامل به طور چشم‌گیر پایین می‌آید. در بیمارانی که باکتری در آنها ریشه‌کن شده ولی عود زخم را داشتند، ترشح اسید (PAO)\*\* زیادتر از افراد شاهد و شبیه بیماران مبتلا به زخم و هلیکوباکتر مثبت بود. به این ترتیب توصیه می‌شود که برای عدم عود بیماری باید در این موارد از داروهای پایین‌آورنده اسید به طور مداوم استفاده کرد.

### برگشت طولانی سیروز اولیه صفراوی از نظر بیوشیمیایی و هیستولوژی در اثر درمان دارویی<sup>(۱۱)</sup>

درمان بیماران PBC با اسید اورزوداکسی سولیک (Ursodeoxycholic Acid) و کلشی‌سین (Colchicine) می‌تواند حال بیماران را بهبود بخشد و سیر پیشرفت را کند نماید، ولی تا به حال در موارد عود، نتایج درمانی بررسی نشده است. در بررسی ۶ ساله دیده شد که ۵ نفر از ۱۹ بیمار با سیروز اولیه صفراوی کبد که یک سال بیمار بودند و سه نفر از آنها اصلاً به درمان بالا جواب نداده بودند با متوترکسات (Methotrexate) ۱۵ میلی‌گرم در هفته، در چند دوز قسمت شده، درمان شدند. سیر بیماری از نظر علائم، آنزیم‌ها و هیستولوژی، یک سال، و بعد، هر ۲ تا ۳ سال بررسی شد. نتایج نشان داد که همه این پارامترها به مرور زمان و در فاصله ۵ تا ۱۲ سال کاملاً خوب شدند. مداوا با متوترکسات نشان داد که ۵ نفر از ۱۴ نفر دیگر از نظر آنزیم‌ها خوب بودند و از نظر هیستولوژی بهبودی داشتند ولی ۹ نفر دیگر به درمان با متوترکسات جواب ندادند و درمان را قطع کردند. نتیجه این که در برخی از بیماران مبتلا به PBC، هنگامی که به درمان با UrsO و کلشی‌سین جواب ندهند، درمان با متوترکسات می‌تواند کاملاً موفقیت‌آمیز باشد.

### درمان مؤثر سه دارویی برای ریشه‌کن کردن هلیکوباکتر و این که مقاومت در مقابل مترونیدازول در کشت، از اهمیت بالینی برخوردار است یا نه؟<sup>(۱۲)</sup>

۲۳۱ بیمار با عفونت هلیکوباکتر و زخم پپتیک، به طور پیش‌نگر و در سه گروه به طور راندوم درمان شدند. گروه اول با OAM (امپرازول ۲۰×۲

\*\* PAO - : در بررسی‌های ترشح اسید، می‌آیند اسید را در واحد زمان اندازه می‌گیرند (یعنی یک ساعت که به آن BAO می‌گویند) اگر این ترشح با محرک باشد (مثل پنتاگاسترین) به آن ماکزیم ترشح اسید می‌گویند (= MAO Maximal Acid output) و اگر در این یک ساعت، دو ربع ساعت پایایی که بیشترین مقدار ترشح اسید در آن باشد ضربدر (۲) شود به آن Pao می‌گویند.

هیچ دلیلی برای افزایش رشد باکتریایی در روده نداشتند: یعنی کمبود ویتامین B12 و عدم ترشح اسید معده و یا کند شدن حرکات روده (با شاخص ترشحات مورد بررسی قرار گرفته است) و کمبود IGA در داخل روده نداشتند، مورد بررسی تعداد باکتری‌ها در روده کوچک، کشت آن باکتری‌ها، اندازه‌گیری IGA، اندازه‌گیری ترشحات معده و pH ترشحات معده قرار گرفتند. در بیماران مبتلا به اسهال مزمن و کم‌اشتهایی و یا تهوع ملاحظه شد که در ۹ نفر از ۱۴ نفر که بیش از ۷۵ سال داشتند، باکتری از نوع موجود در روده بزرگ (Enterobacteriaceae)، زیادتر است. اما در هیچ کدام از کسانی که کمتر از ۵۰ سال داشتند این حالت دیده نشد و فقط در یک نفر از ۱۰ نفری که بین ۵۰ تا ۷۵ سال داشتند ملاحظه شد. این باکتری، در بزاق دهان هیچ کدام از افراد مبتلا به افزایش رشد باکتریایی در روده کوچک دیده نشد و همچنین در هیچ یک از افراد بالای ۷۵ سال، کم شدن اسید معده وجود نداشت. نتیجه این که ظهور اسهال، کم‌اشتهایی و یا تهوع در افراد مسن می‌تواند به دلیل زیاد شدن باکتری در روده کوچک باشد.

### پیشگیری اولیه از خونریزی واریس مری در سیروز: یک بررسی برای مقایسه هزینه و نتیجه (Cost-Effectiveness)<sup>(۹)</sup>

پیشگیری اولیه از خونریزی مری باعث کم شدن عوارض و مرگ و میر در بیماران سیروزی می‌شود. تا به حال هیچ بررسی‌ای در این مورد انجام نگرفته است. هدف از این بررسی مقایسه سه نوع درمان برای جلوگیری از خونریزی واریس مری بود این سه نوع درمان عبارت بودند از: درمان دارویی با Propranolol، اسکلوترایی و عمل جراحی شانت (Shunt Surgery). در بیمارانی که خطر خونریزی در آنها وجود داشت از مدل مارکوف\* استفاده شد.

در این بررسی نشان داده شد که درمان دارویی برای ۵ سال باصرفه‌تر از درمان‌های دیگر است و طول عمر بیمار ۰/۴ - ۰/۱ سال زیادتر می‌شود. جراحی شانت در جلوگیری از خونریزی تأثیر دارد ولی طول عمر بیمار را کم می‌کند، نتیجه این که درمان دارویی باصرفه‌تر از درمان‌های دیگر است.

### عود زخم اثنی عشر بعد از ریشه‌کن کردن باکتری هلیکوباستگی به بالا بودن اسید معده دارد<sup>(۱۰)</sup>

ریشه‌کنی هلیکوباکتر به طور چشم‌گیری عود زخم را کاهش می‌دهد ولی معلوم نیست چرا در موارد نادری با وجود عدم عفونت مجدد یا مصرف داروهای NSAID، زخم بیمار عود می‌کند.

\* - مدل مارکوف: روش تعیین احتمالی پیش‌آگهی است، با در نظر گرفتن عوارض (کمپلیکاسیون‌های) بیماری و نیز زمان کمپلیکاسیون‌ها و تأثیر داروها و درمان‌ها بر روی این عوارض (تأثیر بر روی بهبود و یا تأثیر در پیش‌گیری از آنها)

سرطان‌های آزمایشی جلوگیری می‌کند. سلن در ساخت بعضی از آنزیم‌ها از جمله گلووتاتیون پراکسیداز (Glutathione Peroxidase) و تیوردوکسین ردوکتاز (Thioredoxin reductase) دخالت دارد. در سه بررسی که در چین انجام گرفته، اثر ضدسرطانی آن، بخصوص در کم شدن سرطان مری و معده، در آن نواحی که خطر سرطان بالاست، دیده شده است. در بیمارانی که به سرطان پوست (غیر از ملانوما) مبتلا شده بودند، این بررسی دو سر کور در آمریکا انجام گرفت که طی آن بیماران به طور راندوم، یا با ۲۰۰ میکروگرم سلن روزانه که در مخمر وجود داشت درمان شدند و یا با پلاسیبو شبیه داروی حقیقی. سلن موجود در سرم بیماران نیز به وسیله اسپکترومتر اتمی اندازه‌گیری شد. بیماران متعلق به هفت مرکز پوستی از مناطق مختلف آمریکا بودند و شروع درمان در سال ۱۹۸۳ و خاتمه آن در سال ۱۹۹۰ بود. بیماران بعد از هر شش ماه، معاینه شدند و در صورت بروز علائم بالینی، کاملاً تحت بررسی‌های خاص قرار گرفتند. از ۱۳۱۲ بیماری که وارد مطالعه شدند، ۶۵۳ نفر سلن و ۶۵۹ نفر پلاسیبو دریافت می‌کردند. طی این دوره، پیگیری فقط ۳ بیمار ممکن نشد. در بیماران درمان شده با سلن ۷۷ نفر مبتلا به سرطان شدند (سرطان ریه ۱۷ نفر، پروستات ۱۳ نفر، کولون ۸ نفر و سرطان‌های دیگر ۲۱ نفر) و در بیماران تحت درمان با پلاسیبو ۱۱۹ نفر مبتلا به سرطان شدند (ریه ۳۱ نفر، پروستات ۳۵ نفر، کولون ۱۹ نفر و سرطان‌های دیگر ۲۴ نفر)، این اختلاف فاحش ( $p = 0/001$ )، نشان داد که در اثر درمان با داروی سلن، ضریب خطر سرطان به ۵۵ درصد تنزل می‌کند.

\* - استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران - بیمارستان شریعتی

## REFERENCES:

- 1- Alter M.J. et al. New Engl. J. Med. 1997 ; 336 : 741-46
- 2- Fattovich G. et al. Gastroenterology 1997 ; 112 : 463-73
- 3- Saeed Z.A. et al. Hepatology 1977 ; 25 : 71-4
- 4- Sandborn W. J. et al. Ann. Intern. Med. 1977 ; 126 : 364-71
- 5- Swedish Rectal Cancer Trial New Engl. J. Med. 1977 ; 336 : 980-87
- 6- Arnaud J. P. et al. Brit. J. Surg. 1997 ; 84 : 352-57
- 7- Stronkhorst A. et al. Gut 1997 ; 40 : 320-27
- 8- Riordan S.M. et al. Amer. J. Gastroenterol. 1997 ; 92 : 41-52
- 9- Teran J.C. et al. Gastroenterology 1997 ; 112 : 473-82
- 10- Harris A.W. et al. Alim. Pharmacol. Ther. 1997 ; 11 : 331-34
- 11- Kaplan M.M. et al. Ann. Intern. Med. 1977 ; 126 : 382-88
- 12- Lerang F. et al. Amer. J. Gastroenterol 1997 ; 92 : 248-53
- 13- Lerang F. et al. Amer. J. Gastroenterol 1997 ; 92 : 653-58
- 14- Clark L.C. et al. Amer Med. Ass. 1996 ; 276 : 1957-63

میلی گرم، آموکسی سیلین ۲۰×۷۵۰ میلی گرم و مترونیدازول ۲۰×۴۰۰ میلی گرم)، گروه دوم با OCM (امپرازول ۲۰×۲۰۰ میلی گرم، کلاریترومیسین ۲۰×۲۵۰ میلی گرم و مترونیدازول ۲۰×۴۰۰ میلی گرم) و گروه سوم با BCM (بیسموت ساب سیترات ۲۰×۲۴۰ میلی گرم، کلاریترومیسین ۲۰×۲۵۰ میلی گرم و مترونیدازول ۲۰×۴۰۰ میلی گرم). طول درمان ۱۰ روز بود و ۳۰ درصد از بیماران قبل از درمان به مترونیدازول مقاومت نشان دادند.

میزان ریشه‌کن شدن در هر سه گروه BCM, OCM, OAM به ترتیب ۹۱، ۹۵ و ۹۵ درصد بود. در بیماران با باکتری مقاوم به مترونیدازول، در مقایسه با باکتری حساس به مترونیدازول، میزان ریشه‌کنی به این ترتیب بود که: با درمان OAM، ۷۷ درصد در برابر ۹۶ درصد ( $p = 0/025$ )، با درمان OCM، ۹۴ در مقابل ۹۴ درصد و با درمان BCM، ۹۶ در مقابل ۹۶ درصد بود. به این ترتیب اثر هر سه نوع درمان در ریشه‌کنی هلیکوباکتر یکی بود ولی باکتری‌های مقاوم به مترونیدازول به خوبی با کلاریترومیسین همراه با امپرازول در نوع درمان BCM، قابل ریشه‌کنی بودند.

## مقایسه اثر دو درمان بر اساس امپرازول یا بیسموت در روش سه

### دارویی در ریشه‌کن کردن هلیکوباکتر<sup>(۱۳)</sup>

۱۰۰ بیمار با زخم اثنی عشر و عفونت هلیکوباکتر، به دو گروه به طور راندوم تقسیم شدند. گروه اول با BMT (روزانه: بیسموت ساب سیترات ۴۰×۷۵ میلی گرم، تتراسیکلین ۴۰×۵۰۰ میلی گرم و مترونیدازول ۲۰×۴۰۰ میلی گرم)، گروه دوم با OAM (روزانه: امپرازول ۲۰×۲۰۰ میلی گرم، آموکسی سیلین ۲۰×۷۵۰ میلی گرم و مترونیدازول ۲۰×۴۰۰ میلی گرم) به مدت دو هفته درمان شدند. بیماران دو ماه و یک سال پس از شروع درمان تعقیب شدند. ۴۱ بیمار دیگر که باکتری در آنها مقاوم به مترونیدازول بود به طور غیرراندوم با OAM و یا BMT مورد درمان ریشه‌کنی قرار گرفتند. میزان ریشه‌کنی در گروه‌های BMT در مقایسه با OAM به ترتیب ۹۱ و ۹۶ درصد بود. در صورتی که عوارض جانبی بیماران درمان شده با BMT در مقایسه با OAM به ترتیب ۳۲ درصد و ۴ درصد بود ( $p < 0/001$ )، میزان ریشه‌کن شدن باکتری مقاوم به مترونیدازول در گروه BMT (۸۸ درصد) بیشتر از گروه OAM (۶۷ درصد) بود. عود عفونت، در تمام بیمارانی که باکتری در آنها به طور موفقیت‌آمیز ریشه‌کن شده بود، پس از گذشت یک سال هم دیده نشد. بنابراین هر دو نوع درمان از نظر قدرت ریشه‌کنی مانند هم بودند، در حالی که هزینه درمان با BMT (۴۰ دلار) به مراتب کمتر از هزینه درمان با OAM (۱۷۰ دلار) بود.

## اهمیت سلینوم (Selen) در کم شدن بروز مرگ بیماران مبتلا به سرطان<sup>(۱۴)</sup>

در حیوانات نشان داده شده است که سلن اثر ضد سرطانی دارد و از بروز