



# Внимание! Появился Резалют® в упаковке 100 капсул

*Для обеспечения пациентов не только качественными, но и доступными лекарственными препаратами компания «Берлин-Хеми/А. Менарини» приняла решение расширить линейку Резалют® – гепатопротектора последнего поколения и выпустить большую упаковку препарата Резалют® № 100, удобную для курсового лечения и повторных курсов применения и позволяющую повысить приверженность пациентов терапии.*

Уже на протяжении нескольких десятилетий при лечении заболеваний печени врачи используют фосфолипидные препараты. Как известно, в основе патогенеза и прогрессирования заболеваний печени лежит повреждение мембраны гепатоцита с последующими снижением или утратой его функциональной способности<sup>1</sup>. Эссенциальные фосфолипиды являются неотъемлемым компонентом мембран печеночных клеток, стабилизируют мембрану гепатоцита и тем самым способствуют достижению антиоксидантного, антифибротического и мембраностабилизирующего эффектов<sup>2</sup>.

На сегодняшний день эта хорошо изученная группа препаратов характеризуется доказательной базой в более чем 250 клинических исследований, большинство из которых многоцентровые плацебоконтролируемые с высоким уровнем доказательности<sup>3</sup>.

Пациенты с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) нуждаются не только в препаратах с мембраностабилизирующими и цитопротективными свойствами, но и в коррекции дислипидемии<sup>1</sup>. Это объясняется тем, что НАЖБП практически всегда сопровождается нарушениями углеводно-

го и липидного обмена. В последнее время данное заболевание зачастую считают компонентом метаболического синдрома<sup>1</sup>. Установлено, что более 80% пациентов с НАЖБП имеют избыточную массу тела и/или гиперлипидемию, свыше 30% страдают серьезным ожирением, 20% – сахарным диабетом 2-го типа, 30–70% – артериальной гипертензией<sup>4</sup>.

Установлены критерии, позволяющие определить, насколько высок риск развития НАЖБП<sup>5</sup>. К ним относят возраст старше 45 лет, женский пол, индекс массы тела более 28 кг/м<sup>2</sup>, увеличение активности аланинаминотрансферазы в два раза и более, повышение уровня триглицеридов более 1,7 ммоль/л, наличие артериальной гипертензии и/или сахарного диабета 2-го типа, индекс инсулинорезистентности более 6.

Наличие двух и более факторов, или так называемых предикторов, свидетельствует о высоком риске прогрессирования заболевания, высоким риске развития фиброза печени с возможной утратой или резким ограничением функциональной активности органа. Согласно последним данным, до 60–80% криптогенных циррозов печени являются исходами неалкогольных поражений печени<sup>6</sup>.

<sup>1</sup> Полунина Т.Е. Неалкогольная жировая болезнь печени. Алгоритм диагностики и лечебной тактики: Пособие для врачей общей практики, терапевтов и гастроэнтерологов / под ред. проф. И.В. Маева. М.: Меди Медика, 2014.

<sup>2</sup> Грищенко Е.Б. Место фосфолипидных препаратов в современной терапевтической практике // Медицинский совет. 2013. № 3. С. 52–57.

<sup>3</sup> Gundermann K.J., Kuenker A., Kuntz E., Drożdżik M. Activity of essential phospholipids (EPL) from soybean in liver diseases // Pharmacol. Rep. 2011. Vol. 63. № 3. P. 643–659.

<sup>4</sup> Feldman M., Friedman S.L., Brandt J.L. Sleisenger and Fordtran's. Gastrointestinal and liver disease pathophysiology/diagnosis/management. 9<sup>th</sup> ed. Saunders, 2010.

<sup>5</sup> Dixon J.B., Bhatal P.S., O'Brien P.E. Nonalcoholic fatty liver disease: predictors of nonalcoholic steatohepatitis and liver fibrosis in the severely obese // Gastroenterology. 2001. Vol. 121. P. 91–100.

<sup>6</sup> Dixon J.B., Bhathal P.S., O'Brien P.E. Nonalcoholic fatty liver disease // Semin. Liver Dis. 2004. Vol. 24. № 4. P. 399–413.



## Медицинские новости

Эффективность фосфолипидных препаратов при лечении НАЖБП подтверждена результатами открытых контролируемых и двойных слепых исследований. Еще в 1988 г. было проведено рандомизированное плацебоконтролируемое исследование с участием пациентов с жировым гепатозом, ассоциированным с сахарным диабетом. На фоне терапии с применением фосфолипидов улучшалась гистологическая картина и уменьшалась выраженность гепатомегалии<sup>7</sup>. С 2000 по 2004 г. были проведены исследования, в которых участвовали пациенты с неалкогольным стеатогепатитом или НАЖБП. Как показали результаты исследований, длительный прием фосфолипидов приводит к стойкому улучшению функционального состояния печени со значимым снижением уровня активности трансаминаз крови<sup>8</sup>, положительной динамикой гистологической картины<sup>9</sup> и клинической симптоматики<sup>10</sup>. Фосфолипиды способны оказывать влияние и на прогрессирование жирового гепатоза. Это было доказано в ходе двойного слепого плацебоконтролируемого исследования и подтверждено данными компьютерной томографии печени<sup>11</sup>. Однако при выборе фосфолипидного препарата врачу следует учитывать ряд важных моментов: концентрацию ключевого компонента фосфолипидов в препарате, наличие в нем дополнительных химических компонентов, способных ограничить длительность курса терапии, клиническую доказанность в отношении улучшения показателей цитолиза и нарушений со стороны липидного обмена. Концентрация ключевого компонента фосфолипидов – фосфатидилхолина в препарате не менее 72% свидетельствует о наличии ожидаемого полноценного терапевтического потенциала<sup>3</sup>. Существующая в течение нескольких десятилетий стандартная технология производства позволяет достичь оптимальной концентрации ключевого компонента, но способна сохранить эту концентрацию на должном уровне только при использовании дополнительных химических компонентов – стабилизаторов и консервантов. Это обусловлено тем, что фосфолипиды являются нестойкой субстанцией, которая под воздействием кислорода и влаги быстро разрушается и утрачивает терапевтические свойства.

Итак, с одной стороны, назначение эссенциальных фосфолипидов считается оптимальным решением для лечения НАЖБП с позиции эффективности и доказательной медицины, с другой – в условиях сниженной функциональной способности печени дополнительное воздействие стабилизаторов и консервантов, входящих в состав препарата, крайне нежелательно<sup>12</sup>.

Существует ли альтернатива? Да, существует. На сегодняшний день таким фосфолипидным препаратом является Резалют®.

- ✓ В составе препарата Резалют® содержатся фосфолипиды с высокой концентрацией ключевого компонента, 76% фосфатидилхолина, свободные от красителей и консервантов. Это преимущество Резалют® получил благодаря особой усовершенствованной технологии производства, исключающей воздействие кислорода на всех этапах производственного цикла, и последующей упаковкой в особые цельные капсулы, предохраняющие нежные фосфолипиды от разрушения<sup>13</sup>.
- ✓ Капсула препарата Резалют® и ее содержимое, состоящие из компонентов исключительно природного происхождения, позволяют говорить о Резалюте как об экологически чистом препарате, а также об «экологическом прорыве»<sup>11</sup> среди препаратов фосфолипидной группы.
- ✓ Клинически доказано, что на фоне применения препарата Резалют® достоверно снижается уровень активности трансаминаз и улучшается липидный профиль<sup>14</sup>.

Данные факты выявлены в проведенном в 2010 г. многоцентровом проспективном исследовании Rezalut-01, в котором участвовали 580 пациентов с такими заболеваниями, как НАЖБП, вирусный гепатит, токсические поражения печени. Как показали результаты исследования, на фоне трехмесячного применения препарата Резалют® у пациентов достоверно снижался уровень трансаминаз. Исследование продемонстрировало одно важное свойство препарата Резалют®. У 78% пациентов, включенных в исследование, отмечалась гиперхолестеринемия, ассоциированная с НАЖБП. На фоне применения препарата в течение трех месяцев практически у всех достоверно снизился уровень общего холестерина, липопротеинов низкой плотности и триглицеридов, повысился уровень липопротеинов высокой плотности<sup>14</sup>. Таким образом, особенности и преимущества, такие как высокая концентрация ключевого компонента фосфолипидов, убедительные клинические доказательства положительного влияния на липидный обмен, отсутствие дополнительной нагрузки на печень в виде стабилизаторов, красителей и консервантов, позволяют говорить о препарате Резалют® как об оптимальном фосфолипидном препарате для комплексного лечения пациентов с НАЖБП. ●

*Источник:  
пресс-релиз компании «Берлин-Хеми/А. Менарини»*

<sup>7</sup> Gonciarz P., Besser P., Lelek E., Gunderman K.J. et al. Essentiale fatty liver diabet // Actualite Therapeutique, M.C.D. 1988. № 17. № 1. P. 61–65.

<sup>8</sup> Ohbayashi H. Twelve-month chronic administration of polyenephosphatidylcholine (EPL) for improving hepatic function of fatty liver patients // Progr. Med. 2004. Vol. 24. P. 1751–1756.

<sup>9</sup> Ohbayashi H., Fujimoto M., Yoshida M. et al. Therapeutic effect of polyenephosphatidylcholine (EPL) on NASH // Liver, Bile and Pancreas. 2006. Vol. 52. P. 637–642.

<sup>10</sup> Kharchenko N.V., Korulya I.A. Efficacy and tolerability of Essentiale forte N preparation in the treatment of patients with non-alcoholic steatohepatitis // Such. Gastroenterol. 2004. Vol. 19. P. 46–49.

<sup>11</sup> Li J.H., Chen X.-Y., Zhong C.F., Min J. A randomized controlled study of essential phospholipids in the treatment of fatty liver // Infect. Dis. Information. 2000. Vol. 13. P. 180–181.

<sup>12</sup> Широкова Е.Н. Место и роль фосфолипидных препаратов в практике врача // Участковый терапевт. 2014. № 2.

<sup>13</sup> Успенский Ю.П., Балукова Е.В. От новых технологий препаратов эссенциальных фосфолипидов к новым фармакотерапевтическим возможностям // Consilium medicum. 2010. Приложение по гастроэнтерологии. № 2.

<sup>14</sup> Бакулин И.Г., Сандлер Ю.Г. Гиполипидемическая терапия и печень // Российские медицинские вести. 2012. Т. XVII. № 1. Многоцентровое проспективное открытое исследование «Rezalut-01», протокол одобрен независимым мультидисциплинарным Этическим комитетом по клиническим исследованиям (n = 580).



Учебно-научный  
медицинский центр  
Управления делами  
Президента РФ

# Применение препарата Лаеннек в гастроэнтерологической практике

О.Н. Минушкин, Л.В. Масловский, Г.А. Елизаветина,  
О.И. Иванова, А.В. Калинин

Адрес для переписки: Олег Николаевич Минушкин, lemas3@yandex.ru

*В данной статье обобщены результаты исследований, проведенных за период после регистрации препарата Лаеннек в России. Лаеннек применяли в комплексной терапии стеатогепатита как алкогольного, так и неалкогольного генеза, а также при хронических вирусных гепатитах. Результаты показали положительную биохимическую динамику и хорошую переносимость препарата у всех пациентов.*

**Ключевые слова:** *стеатогепатит, вирусный гепатит, Лаеннек*

Плацентарный препарат Лаеннек (Japan Bioproducts Industry Co, Ltd) зарегистрирован в Российской Федерации в качестве гепатопротектора. Препарат представляет собой гидролизат человеческой плаценты, очищенной путем многоэтапного молекулярного фракционирования. В состав препарата Лаеннек входят:

✓ факторы роста (гепатоцитов (HGF), нервов (NGF), фибробластов (FGF), эпидермальный (EGF), колониестимулирующий (CSF), инсулиноподобный (IGF), трансформирующий (TGF));

✓ интерлейкины 1–6, 8, 10, 12, эритропоэтин, интерферон;  
✓ низкомолекулярные пептиды, нуклеиновые кислоты, органические кислоты, нуклеозиды, аминокислоты;  
✓ гликозаминогликаны (гиалуроновая кислота, глюкуроновая кислота, хондроитина сульфат);  
✓ витамины (B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, B<sub>3</sub>, PP, C и D).  
Главное преимущество Лаеннека в том, что благодаря высокой степени очистки плаценты он не вызывает аллергической реакции. Уникальный состав препарата определяет его фармакологические свойства:

- ✓ стимуляция роста гепатоцитов;
- ✓ липотропная активность;
- ✓ подавление развития фиброза;
- ✓ улучшение тканевого дыхания;
- ✓ повышение чувствительности рецепторов к инсулину;
- ✓ стимуляция иммунитета.

В клинической практике российскими, японскими и корейскими исследователями доказана эффективность Лаеннека в лечении острых и хронических гепатитов, стеатогепатита как алкогольного, так и неалкогольного генеза, гинекологических заболеваний, герпетической инфекции, атопического дерматита, псориаза, угревой болезни, поражений кожи, в частности ее возрастной трансформации.

В Российской Федерации Лаеннек изучали в Институте иммунологии. Показано его активное влияние на макрофагальное звено иммунитета и активность Т-лимфоцитов.

В Научно-исследовательском институте физиологии им. П.К. Анохина оценивали влияние препарата на вегетативный статус у пациентов с синдромом



хронической усталости. В основе развития указанного синдрома лежало физическое переутомление, которое приводило к нарушению взаимодействия между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы (ВНС) и, как следствие, к нарушению деятельности сердечно-сосудистой системы (ритма и проводимости). При этом было показано, что исходный тонус ВНС (нормотоники, симпатотоники) крайне важен. Эффективность Лаеннека зависела от исходных характеристик. Так, у пациентов-нормотоников наблюдалась активация парасимпатического звена ВНС, что указывало на возможность использования данной технологии как релаксационной. У пациентов с нарушением симпатико-парасимпатического взаимодействия имело место регулирующее влияние, что позволяло купировать синдром хронической усталости. Как показали результаты, препарат можно применять у лиц, испытывающих тяжелую физическую (мышечную) нагрузку, переходящую в усталость. Препарат, способный купировать ее, должен быть использован в реабилитации таких пациентов [1, 2].

### Результаты лечения больных стеатогепатитами алкогольного и неалкогольного генеза

В исследование было включено 60 больных с повышенным уровнем трансаминаз – аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспаратаминотрансферазы (АСТ) – в два раза и более. Пациенты были разделены поровну на две группы: первая – с алкогольным генезом, вторая – с ожирением и сахарным диабетом 2-го типа. Мужчин было 38, женщин – 22. Возраст участников исследования составил 18–60 лет. Средний возраст –  $46,2 \pm 2,6$  года. Согласно анкете для выявления скрытого пристрастия к алкоголю ( $\geq 2$  балла) 30 больных злоупотребляли алкоголем. У 15 пациентов с ожирением

Таблица 1. Динамика жалоб

Жалобы (симптомы)	Количество больных, абс.	
	до лечения	после лечения
Боли, дискомфорт в эпигастрии и правом подреберье	38	3
Общая слабость	40	2
Повышенная утомляемость	26	4
Тошнота	10	–
Изжога	10	–
Отрыжка	10	–
Снижение аппетита	11	–
Учащенный стул	5	1
Метеоризм	15	–
Боли по ходу толстой кишки	9	2

индекс массы тела превышал  $30 \text{ кг/м}^2$ . 15 больных имели компенсированный, неосложненный сахарный диабет 2-го типа. Длительность воздействия этиологического фактора (ожирение, злоупотребление алкоголем, сахарный диабет) в среднем составила  $9,9 \pm 2,5$  года.

Для оценки эффективности лечения использовали субъективные, объективные и лабораторные тесты. Сравнивали данные первичного, промежуточного и заключительного этапов исследования.

Эффективность препарата оценивали по четырехбалльной шкале:

- 1) плохая – отсутствие или отрицательная динамика показателей;
- 2) удовлетворительная – незначительное улучшение показателей;
- 3) хорошая – лечение значительно улучшало клинические или инструментально-биохимические показатели;
- 4) отличная – лечение приводило к нормализации показателей.

Статистическую обработку данных выполняли на компьютере IBM в полуавтоматическом режиме с использованием стандартного пакета программ MS Excel методами вариационной статистики с учетом параметрического t-критерия Стьюдента.

Статистический анализ индивидуальной динамики по каждому пациенту выполняли различным методом.

Препарат Лаеннек вводили внутривенно капельно – 4 мл на 500 мл физиологического раствора по схеме: одно введение в сутки в течение 14 дней. Поскольку препарат применялся впервые, перед его использованием проводили биологическую пробу. Исследование выполнялось в разных центрах. В центре № 1 наблюдали пациентов с неалкогольным стеатогепатитом, в центре № 2 – с алкогольным стеатогепатитом. Соответственно анализ лабораторно-инструментальных исследований проводили отдельно.

Характер жалоб и их динамика на фоне терапии Лаеннеком представлены в табл. 1.

Как видно из представленных данных, симптомы в основном носили ассоциированный характер, но, несмотря на это, к концу лечения были купированы почти у всех больных. При самооценке состояния по десятибалльной шкале наблюдалась тенденция к повышению средних значений. Однако они достоверно не изменились и составили  $73,7 \pm 3,0$  и  $7,7 \pm 3,9$  балла соответственно до и после лечения. Показатели эмоционального состояния по данным психологического тести-

гастроэнтерология



рования (опросник SF-36): средний балл до лечения –  $6,6 \pm 0,9$ , после лечения –  $3,6 \pm 0,8$ .

Объективные (физикальные) показатели были без отклонений и на фоне лечения не изменились.

Динамика лабораторных показателей – маркеров стеатогепатита – по каждому центру представлена в табл. 2 и 3.

Отмечалась четкая тенденция к нормализации активности аминотрансфераз ( $p < 0,05$ ), а также достоверная разница в уровне гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП), который снизился в два раза. Практически нормализо-

вался уровень холестерина. Результаты динамического наблюдения за больными алкогольным стеатогепатитом показали, что уровни трансаминаз и ГГТП практически нормализовались (данные достоверны), уровень холестерина снизился. Но такое снижение носило более умеренный характер по сравнению с больными неалкогольным стеатогепатитом.

Ультразвуковое исследование показало равномерное повышение эхогенности печени в обеих группах (жировая дистрофия). По окончании лечения уменьшилась зона затухания ультра-

звукового сигнала, что свидетельствовало об уменьшении интенсивности (степени) жировой дистрофии.

Окончательный анализ эффективности проведен по данным 59 больных. Один пациент не прошел заключительного контрольного инструментально-лабораторного исследования, хотя на промежуточном этапе имел положительную биохимическую динамику. Результаты эффективности представлены в табл. 4. Хорошая и отличная оценка имела место у 90% больных, плохая и удовлетворительная (у троих) была связана с наличием гепатита С (результаты исследования получены после рандомизации групп). Переносимость препарата была хорошей у всех больных. Результаты исследования эффективности и безопасности применения препарата Лаеннек у больных стеатогепатитом как алкогольной, так и неалкогольной (ожирение и сахарный диабет 2-го типа) этиологии, в основе которого лежала жировая дистрофия печени, продемонстрировали эффективность препарата. Общий положительный эффект лечения составил 90%. У 5% больных эффект был удовлетворительным, что может быть связано с недостаточной продолжительностью терапии. Обратите внимание: эффективность лечения оценивали не только по динамике биохимических показателей, но и по данным ультразвукового исследования. Полученные результаты свидетельствовали об уменьшении степени жировой дистрофии.

Переносимость препарата была хорошей, положительные результаты отмечались при небольшой продолжительности лечения (две недели). Тот факт, что у ряда больных эффект нормализации биохимических показателей в эти сроки был неполным, свидетельствует о необходимости более продолжительного лечения.

Отсутствие эффекта, квалифицированное как плохая эффективность, связано с тем, что трое

**Таблица 2. Динамика биохимических показателей на фоне приема препарата Лаеннек (центр № 1 – неалкогольный стеатогепатит)**

Показатели	Норма	До лечения	После лечения
АЛТ, МЕ	7–40	$59,8 \pm 9,7$	$40,6 \pm 8,0$
АСТ, МЕ	11–37	$39,7 \pm 9,9$	$35,3 \pm 8,6$
ГГТП, МЕ	11–50	$129,5 \pm 10,3$	$74,9 \pm 6,4^*$
ЩФ, МЕ	100–290	$84,3 \pm 5,3$	$85,0 \pm 4,2$
Билирубин, ммоль/л	До 21	$12,3 \pm 0,9$	$10,3 \pm 0,6$
Холестерин, мг/л	120–200	$264,7 \pm 25,7$	$201,0 \pm 12,8$

\* Разница достоверна по сравнению с исходным уровнем.

Примечание. АЛТ – аланинаминотрансфераза, АСТ – аспаргатаминотрансфераза, ГГТП – гамма-глутамилтранспептидаза, ЩФ – щелочная фосфатаза.

**Таблица 3. Динамика биохимических показателей на фоне приема препарата Лаеннек (центр № 2 – алкогольный стеатогепатит)**

Показатели	Норма	До лечения	После лечения
АЛТ, МЕ	7–40	$123,9 \pm 89,4$	$55,9 \pm 23,7^*$
АСТ, МЕ	11–37	$108,7 \pm 78,8$	$42,7 \pm 26,6^*$
ГГТП, МЕ	11–50	$180 \pm 68,3$	$67,1 \pm 15,5^*$
ЩФ, МЕ	100–290	$220,3 \pm 10,7$	$162,6 \pm 9,6$
Билирубин, ммоль/л	До 21	$18,0 \pm 6,1$	$15,2 \pm 2,6$
Холестерин, ммоль/л	3,9–5,2	$5,5 \pm 1,0$	$5,3 \pm 0,6$

\* Разница достоверна по сравнению с исходным уровнем.

**Таблица 4. Оценка эффективности лечения препаратом Лаеннек**

Эффективность	Количество больных, абс. (%)
Плохая	2 (3,4)
Удовлетворительная	4 (6,8)
Хорошая	38 (64,4)
Отличная	15 (25,4)



больных страдали гепатитом С. Включение пациентов с вирусным гепатитом С в исследование носило случайный характер. Согласно протоколу лечение должно начинаться не позднее чем через два дня после получения результатов биохимического исследования крови. Данные вирусологического исследования были получены позднее.

Оценка эффективности препарата Лаеннек у больных хроническими вирусными гепатитами не входила в цели исследования. Однако созданный прецедент подтолкнул нас к изучению опыта зарубежных коллег. Выяснилось, что Лаеннек используют в Японии с 1970-х гг. у больных с циррозами и хроническими гепатитами, в том числе вирусной этиологии. Эффект хороший, но продолжительность лечения – в среднем шесть месяцев (по 2 мл три раза в неделю). Такая возможность представляется перспективной.

Итак, полученные данные позволили сделать следующее заключение. Лаеннек эффективен в лечении больных алкогольным и неалкогольным стеатогепатитом [3]. Средняя продолжительность лечения при ежедневном внутривенном введении 4 мл (две ампулы) – две недели, но у ряда больных при необходимости может быть увеличена. Препарат хорошо переносится, побочные эффекты отсутствуют.

### **Результаты использования препарата Лаеннек у больных хроническими вирусными гепатитами**

Пациенты, участвовавшие в исследовании, были разделены на три группы.

Первую группу составили больные хроническим гепатитом С (анализу подвергнуты 50 больных, у которых проводилось противовирусное лечение: пегилированные интерфероны в сочетании с рибавирином в рекомендованных дозах). Мужчин было 45, женщин – пять. Возраст пациентов, включенных в исследование, составил от 18 до 54 лет.

Средний возраст – 35 лет. Продолжительность заболевания – от трех до шести лет. Восемь больных получали противовирусное лечение и ранее, у четверых эффект лечения был положительным, но ремиссия была кратковременной – до шести месяцев. После этого вновь начал определяться вирус и повысился уровень трансаминаз, но активность процесса была меньше исходной. У четырех пациентов эффекта достичь не удалось, но дозы получаемых препаратов оставались стабильными. Противовирусное лечение пациенты получали в разных лечебных учреждениях, преимущественно инфекционного профиля.

Терапия, проводимая на протяжении шести месяцев, не привела к элиминации вируса и нормализации трансаминаз, хотя уменьшение вирусной нагрузки у половины больных фиксировалось. Было принято решение для преодоления резистентности к лечению использовать препарат Лаеннек. Препарат вводили по 2 мл внутримышечно три раза в неделю в течение трех месяцев. В этот период перестал определяться вирус и нормализовались уровни трансаминаз. Общая продолжительность противовирусного лечения составила от 12 до 14 месяцев. Впоследствии больные наблюдались в течение года, рецидивы болезни не регистрировались.

Вторую группу составили 50 больных хроническим гепатитом С. Им проводили противовирусную комбинированную терапию интерфероном и рибавирином. Возраст больных составил от 20 до 40 лет, активность – преимущественно умеренная. Проводимое лечение сопровождалось высокой лихорадкой после введения интерферона, выраженной мышечной слабостью и гематологическими осложнениями – анемией, лейкопенией, тромбоцитопенией. Их выраженностью была настолько существенной, что обсуждался вопрос либо об уменьшении доз вводимых препаратов, либо о досрочном окончании лечения.

Препарат Лаеннек можно использовать для преодоления резистентности к противовирусному лечению, уменьшения тяжести реакций на введение интерферона, в частности лихорадки и мышечной слабости, при выраженных гематологических реакциях, например лейкопении, тромбоцитопении, анемии. Препарат позволяет преодолеть эти осложнения и продолжить противовирусное лечение

С учетом того, что препарат Лаеннек является гепатопротектором, было решено использовать его для купирования (преодоления) гематологических осложнений (лейкопения, тромбоцитопения, анемия).

Препарат Лаеннек, разведенный в 500 мл 5%-ной глюкозы, вводили внутривенно капельно по 4 мл два раза в неделю № 10 на курс. Максимально быстро (в течение двух недель) купировались мышечная слабость и лихорадка в день введения интерферона, а к окончанию курса стабилизировались показатели гранулоцитов и красной крови. Это позволило продолжить противовирусное лечение. Таким образом, препарат Лаеннек можно использовать:

- ✓ для преодоления резистентности к противовирусному лечению;
- ✓ уменьшения тяжести реакций на введение интерферона (лихорадка, мышечная слабость);
- ✓ при выраженных гематологических реакциях (лейкопении, тромбоцитопении, анемии). Препарат позволяет преодолеть эти осложнения и продолжить противовирусное лечение.

Введение Лаеннека в комплекс лечения в указанных ситуациях носит патогенетический характер. Препарат является иммуномодулятором, а провоспалитель-



ные цитокины служат той добавкой, которой достаточно, чтобы преодолеть резистентность противовирусного лечения и не менять дозы основных препаратов. Третью группу составили 55 больных, страдавших хроническим гепатитом в стадии цирроза печени (у 50 пациентов алкогольная этиология, у четырех – смешанная (алкоголь + вирус гепатита В, С), у одного – неуточненная). Возраст больных составил от 31 до 68 лет, средний возраст –  $52,4 \pm 3,8$  года. Мужчин было 30, женщин – 25.

У всех больных диагностированы железодефицитная анемия или дефицит витамина  $B_{12}$ . В зависимости от характера анемии пациенты неоднократно получали либо препараты железа, либо витамин  $B_{12}$  с фолиевой кислотой без заметного эффекта.

Исходно больные предъявляли жалобы на слабость, повышенную утомляемость, одышку при ходьбе, головокружение. Анемия легкой степени (уровень гемоглобина 110–90 г/л) отмечалась у 38 больных, средней степени (90–70 г/л) – у 17 больных. Для преодоления резистентности к факторам кроветворения (препараты железа и витамин  $B_{12}$ )

было решено провести основную терапию – витамин  $B_{12}$  500 г один раз в день № 10 внутримышечно и Фенюльс по одной капсуле два раза в сутки в течение месяца – на фоне введения препарата Лаеннек по 4 мл внутривенно капельно на 200 мл 5%-ного раствора глюкозы или физиологического раствора три введения через день.

Проводили динамический контроль за клинической симптоматикой, биохимическими тестами печени (АСТ, АЛТ, билирубин, белок и белковые фракции, щелочная фосфатаза, ГГТП, холестерин (исходно и по завершении лечения)), общим анализом крови (гемоглобин, эритроциты, ретикулоциты, лейкоциты, тромбоциты, скорость оседания эритроцитов (исходно, через десять, 30, 60, 90 дней по окончании введения препарата).

Ретикулоцитарный криз зафиксирован через десять дней у 48 больных, у семи – через три недели. Ретикулоцитоз сохранялся у 36 больных в течение месяца, у 19 больных в течение двух месяцев. У 46 пациентов уровень гемоглобина нормализовался в течение одного-двух месяцев, у девяти больных в течение трех месяцев.

Положительная динамика показателей красной крови сопровождалась регрессом симптомов анемии (слабость, головокружение, повышенная утомляемость). Одновременно с этим нормализовался уровень АЛТ и уменьшился в 1,5 раза уровень АСТ, в 2,5 раза снизился уровень билирубина, улучшилась утилизация глюкозы.

Таким образом, препарат Лаеннек позволил преодолеть резистентность анемии к препаратам железа и витамину  $B_{12}$ .

### Заключение

Полученные результаты показали высокую эффективность Лаеннека в лечении больных с патологией печени. Если говорить о нозологических формах, это стеатогепатит (алкогольный и неалкогольный).

Возможно лечение и вирусных гепатитов, причем как в монотерапии, так и в комбинации.

Использование препарата в остром периоде вирусного гепатита (В и С) значительно снижает частоту хронизации процесса.

Применение препарата Лаеннек позволяет преодолеть резистентность к противовирусному и противоанемическому лечению. ☉

### Литература

1. Дудник Е.Н., Калина А.В., Диброва Е.А. и др. Индивидуальные изменения деятельности сердца при однотипных физических воздействиях у лиц с различным тонусом вегетативной нервной системы // Вестник Российской академии медицинских наук. 2007. № 3. С. 39–43.

2. Дудник Е.Н., Калина А.В., Диброва Е.А. и др. Вегетативный тонус у пациентов с синдромом хронической усталости: эффекты акупунктурного введения препарата Лаеннек // Кремлевская медицина. 2008. № 4. С. 94–96.

3. Минушкин О.Н., Диброва Е.А., Каримова И.Я. и др. Лаеннек – новый гепатопротективный препарат для лечения стеатогепатитов различной этиологии // Кремлевская медицина. 2007. № 2. С. 65–67.

### Administration of Laennec in Gastroenterology

O.N. Minushkin, L.V. Maslovsky, G.A. Yelizavetina, O.I. Ivanova, A.V. Kalinin

Teaching and Research Medical Center of Department for Presidential Affairs of the Russian Federation

Contact person: Oleg Nikolayevich Minushkin, lemas3@yandex.ru

*Here, we summarize results of the studies conducted after Laennec has been approved for use in Russia. Laennec was used in a combination therapy of steatohepatitis both of alcoholic and non-alcoholic etiology as well as under chronic viral hepatitis. Study results demonstrated that the drug induced a positive biochemical dynamics and was well tolerated by all patients.*

**Key words:** steatohepatitis, viral hepatitis, Laennec