

Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я Фармакотерапия в гастроэнтерологии

№ 2
июнь 2008

Терапия язвенной болезни,
ассоциированной *Helicobacter pylori*

Профилактика и лечение гастропатий

Урсодезоксихолевая кислота в гастроэнтерологии

тема номера: ЗАБОЛЕВАНИЯ
БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

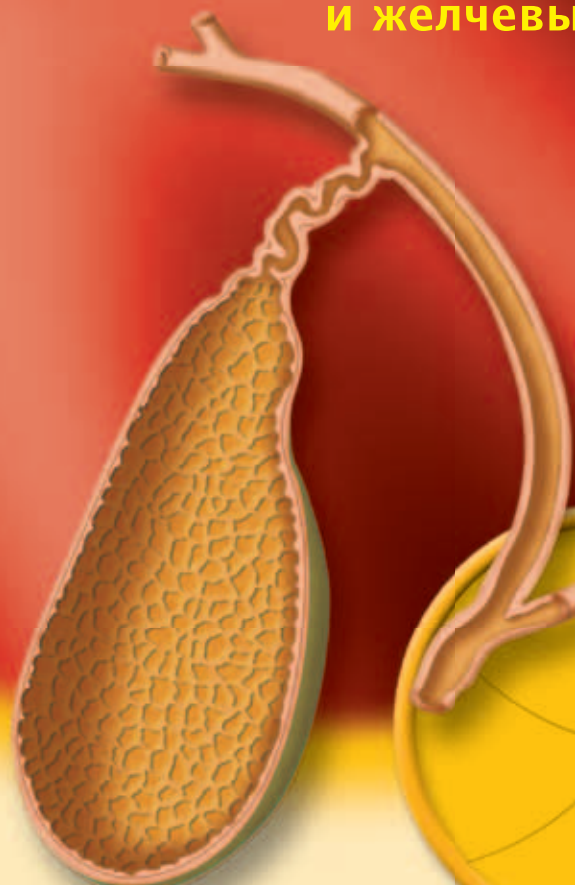
Реклама

ОДЕСТОН

Гимекромон

200 мг, 50 таб.

Эффективный в лечении заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих путей.



Тройное действие:

- Спазмолитическое
- Желчегонное
- Профилактика желчнокаменной болезни



Отличное влияние на циркуляцию желчи

Свойства и действие: Увеличивает образование и выделение желчи. Оказывает селективное спазмолитическое действие в отношении желчных протоков и сфинктера Одди (не снижает перистальтику ЖКТ и АД). Уменьшает застой желчи, предупреждает кристаллизацию холестерина и образование желчных камней. **Показания:** Дискинезия желчевыводящих путей и сфинктера Одди по спастическому типу. Хронический холецистит, холангит. Состояния после оперативных вмешательств на желчном пузыре и желчных путях. Отсутствие аппетита, тошнота и запор, вызванные пониженной секрецией желчи. Может использоваться при дискинезии желчных путей у больных с неосложненной желчнокаменной болезнью. **Противопоказания:** Гиперчувствительность. Беременность, период лактации. Непроходимость желчевыводящих путей. Печеночная и почечная недостаточность. Неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, Гемофилия. **Дозировка:** Внутрь, за 30 минут до еды; взрослым – по 200–400 мг (до 800 мг) три раза в день в течение 2–3 недель; детям – 200–600 мг/сут. За 1 или 3 приема. **Возможные побочные эффекты:** Аллергические реакции; при длительном применении – диарея, метеоризм, головная боль, абдоминальные боли, ulcerация слизистой ЖКТ. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами:** Эффект снижается на фоне одновременного назначения морфина, вызывающего спазм сфинктера Одди. Двухсторонний антагонизм при сочетании с метоклопрамидом. Усиливает эффект непрямых антикоагулянтов. Перед применением надо ознакомиться с полной инструкцией по применению препарата. Препарат отпускается без рецепта врача. Рег. уд. П № 015046/01 от 29.12.2006.



Pabianickie Zakłady Farmaceutyczne Polfa S.A.

ul. marsz. J. Piłsudskiego 5, 95-200 Pabianice, Польша
тел.: (+48 42) 225 05 55, факс: (+48 42) 215 53 96, 215 56 29
www.polfa.pabianice.com.pl, e-mail: office@polfa.pabianice.com.pl

«ЦИЭХ ПОЛЬФА», Польша, Представительство в Москве, 121248 Москва,
Кутузовский пр. 7/4, корп. 5, кв. 12, тел.: (499) 243-16-63, факс: (499) 243-77-27



Товар сертифицирован

**Научно-практические
конференции и форумы
гастроэнтерологов и диетологов**

2008 год

**Москва, Дом ученых РАН,
ул. Пречистенка, д. 16**

4 июня

**III Междисциплинарный форум
гастроэнтерологов и диетологов**

**«Актуальные проблемы современной
гастроэнтерологии и диетологии»**

26 ноября

**IV Научно-практическая конференция
«Рациональная фармакотерапия
в гастроэнтерологии»**

ОРГАНИЗАТОРЫ КОНФЕРЕНЦИЙ

**Медицинский Центр управления делами Президента России
Министерство здравоохранения Правительства Московской области
Группа компаний МЕДФОРУМ**

НАУЧНЫЕ МОДЕРАТОРЫ КОНФЕРЕНЦИЙ

О.Н. Минушкин, д.м.н., профессор

Л.Б. Лазебник, д.м.н., профессор, председатель НОГР

Проводится выставочная экспозиция МЕДЭКСПО-2008

**Организатор выставочной экспозиции компания МЕДФОРУМ
Менеджер по организации конференций Алена Зайцева
(495) 234 07 34; e-mail: expo@webmed.ru, reklama@webmed.ru**

Миссия журнала. Издание должно способствовать своей деятельностью и публикациями развитию и материализации идеи гармоничного сочетания интересов государства, бизнеса, медицинской общественности и потребителей услуг здравоохранения для улучшения качества жизни и здоровья населения России. Журнал призван привлечь внимание социума (а не только медицинской общественности) к состоянию системы здравоохранения и социальным проблемам россиян, связанным с медико-демографическими факторами (рождаемость, смертность, распространение социально-значимых заболеваний, формирование повсеместной потребности в здоровом образе жизни).



Здравоохранение сегодня

Федеральные программы в области гастроэнтерологии, гепатологии и здорового питания, обеспечения нового уровня качества жизни населения России. Статистический и медико-эпидемиологический обзор заболеваемости в области гастроэнтерологии.

Фармакоэкономика

Оценка и расчет затрат на лечение основных заболеваний и побочных эффектов.

Анализ схем лечения с позиции качества жизни пациента и совокупных затрат общества.

Фармакоэкономический анализ в гастроэнтерологии.

Доказательная медицина

Стандартизация и качество медицинской помощи.

Клинико-экономический анализ медицинских вмешательств. Эффективность и безопасность лекарственных средств. Клинические и эпидемиологические исследования.

Непрерывное образование

Медицинская кафедра: инновации, технологии, методики.

Практические школы и лекции для лечащих врачей.

Обзоры, рефераты, дайджесты, зарубежный опыт.

Форум

 (календарь медицинских мероприятий)

Медицинские специализированные мероприятия в области гастроэнтерологии и здорового питания.

Тематический календарь основных российских

и международных выставок, конгрессов, конференций.

Международные проекты и исследования.

Зарубежные новости медицины и фармации в области гастроэнтерологии.

Компании и их продукция

Производители лекарственных средств: марка качества (новости, интервью, обзоры стратегий, маркетинговые программы фармацевтических компаний).

Фармакологический справочник – информация о современных препаратах.

Основные рубрики журнала

Здравоохранение сегодня
Фармакоэкономика
Эффективная фармакотерапия
Доказательная медицина
Качественная клиническая практика

Непрерывное образование врачей
Наука
Компании и их продукция
Социальная ответственность бизнеса
Форум

СИСТЕМА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИЗДАНИЯ

1. Бесплатное распространение издания по управлениям здравоохранения, медицинским учреждениям, медицинским вузам, НИИ, коммерческим медицинским центрам, страховым и фармацевтическим компаниям, аптечным сетям, дистрибьюторским фирмам.
2. Прямая доставка гастроэнтерологам, гепатологам, терапевтам (Москва, Санкт-Петербург, Екатеринбург, Ростов-на-Дону, Новосибирск, Хабаровск) с использованием адресных баз главных гастроэнтерологов федеральных округов России, входящих в редакционный совет издания.
3. Распространение издания врачам и медицинским специалистам в обмен на заполненную анкету на всех профильных медицинских мероприятиях.
4. Включение издания в подписные каталоги во всех субъектах РФ через подписные агентства: «Роспечать», «Пресса России», «Объединенный каталог», а также альтернативные и региональные подписные агентства.
5. Рассылка по домашним адресам врачей (обновление читательской базы происходит за счет публикации в журнале анкет бесплатной подписки, а также обработки анкет, полученных на медицинских выставках, конференциях, конгрессах).
6. Распространение по имеющейся базе данных профильных медицинских учреждений (ЛПУ, клиник, диспансеров).
7. Распространение через членов Российского общества гастроэнтерологов.
8. Электронная рассылка врачам, зарегистрированным пользователям Интернет-ресурса «ЭФ в гастроэнтерологии».
9. Распространение через базы данных фармкомпаний, а также службу их медпредставителей и филиалы.
10. Вручение журнала каждому слушателю курсов повышения квалификации врачей в качестве учебного материала.

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ:

Управления здравоохранения регионов России

Главные гастроэнтерологии федеральных округов

Главные гастроэнтерологии субъектов РФ

«Реестр врачей гастроэнтерологов, гепатологов, терапевтов России»

ЛПУ (гастроэнтерологические отделения), гастроэнтерологические клиники, гастроэнтерологические центры и консультации

Медицинские НИИ, институты питания

Коммерческие медицинские центры

Страховые медицинские компании и их клиенты

Научные гастроэнтерологические общества



Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я Фармакотерапия в гастроэнтерологии

Редакция журнала:

руководитель проекта **А. Синичкин**
(e-mail: sinmed@mail.ru)

шеф-редактор **Е. Стойнова**
(e-mail: stoinova@mail.ru)

арт-директор **Д. Иллин**

дизайнер **Г. Шингарев**

выпускающий редактор **А. Смолякова**

ответственный секретарь **Е. Березняк**
(e-mail: editor@webmed.ru)

корректор **Ю. Морозова**

набор **Е. Виноградова**

подписка и распространение **Т. Кудрешова**
менеджер по рекламе и
организации конференций **А. Зайцева**

№ 2 июнь 2008

СОДЕРЖАНИЕ

Медицинские новости **4**

тема номера: заболевания билиарной системы

О.Н. Минушкин

Гептрал в лечении хронических заболеваний печени с холестаазом **6**

клинические исследования

И.В. Зверков, Д.В. Володин, В.В. Балыкина, А.А. Литвин, О.Н. Минушкин

Оценка эффективности препарата Панавир в терапии язвенной болезни,
ассоциированной с *Helicobacter pylori* **10**

О.Н. Минушкин, А.В. Сергеев

Применение препарата Пролит у больных желчнокаменной болезнью в сочетании
с мочекаменной болезнью **14**

клиническая эффективность

О.Н. Минушкин

Урсодеоксихолевая кислота в гастроэнтерологии **18**

форум (конференции, выставки, семинары)

Синдром избыточного бактериального роста: всегда ли мы его диагностируем и лечим?
Симпозиум компании Солвей Фарма **24**

Результаты исследования «Заслон-1»
Симпозиум компании Хемофарм **28**

Председатель редакционного совета

О.Н. Минушкин (Москва)

Редакционный совет:

Е.А. Белоусова (Москва)

Ю.В. Васильев (Москва)

И.В. Зверьков (Москва)

В.А. Исаков (Москва)

А.В. Калинин (Москва)

Л.Б. Лазебник (Москва)

В.А. Максимов (Москва)

М.Ф. Осипенко (Новосибирск)

В.Д. Пасечников (Ставрополь)

С.К. Терновой (Москва)

Е.И. Ткаченко (Санкт-Петербург)

контактная информация:

127422, Москва, ул. Тимирязевская, д.1, стр.3, офис 3515
Тел. (495) 234-07-34
www.webmed.ru

Тираж 8500 экз.

Перепечатка материалов разрешается
только с письменного разрешения редакции.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.
Свидетельство о регистрации средства массовой информации
N 106-77051/от 08.09.2005 г.

Ограничение калорийности пищи не сопровождается улучшением маркеров функции печени

Еnette Larson-Meyer (University of Wyoming, США) с соавторами проанализировали взаимосвязь между содержанием липидов в печени, маркерами воспаления, функцией печени и липидным профилем плазмы у 46 мужчин и женщин с избыточной массой тела, принявших участие в рандомизированном исследовании CALERIE. Участники исследования были разделены на 4 группы: I – снижение калорийности пищи на 25%; II – снижение калорийности пищи на 12,5% плюс увеличение энергозатрат за счет повышения физических упражнений на 12,5%; III – низкокалорийная диета, ведущая к снижению массы тела

на 15%; контрольная группа, которая соблюдала принципы здорового питания без ограничения калорийности. Определение содержания липидов в печени проводили методами магнитно-резонансной спектроскопии и компьютерной томографии. Через 6 месяцев наблюдения содержание липидов в печени снизилось во всех трех группах с ограниченной калорийностью питания. Однако оно не сопровождалось существенными изменениями уровня аланиновой аминотрансферазы, воспалительных маркеров или липидного профиля.

Источник: *Cardiosite.ru*

Алкоголь вызывает рак кишечника

Пол-литровая кружка пива или большой бокал вина, выпиваемые ежедневно, повышают риск развития рака кишечника на 10%. Такие данные приводят специалисты Британского фонда по изучению раковых заболеваний (Cancer Research UK), ссылаясь на результаты масштабного исследования. Ученые под руководством Тима Кея опросили около 480 тысяч человек, проживающих в десяти европейских странах, об объеме потребляемых ими спиртных напитков. Проведенные исследования показали, что при ежедневном употреблении 15 г чистого алкоголя риск рака толстой кишки увеличивался на 10%. Увеличение дозы алкоголя до 30 г в день приводило к повышению риска злокачественной опухоли кишечника на 25%. «Результаты исследования достаточно четко свидетельствуют о том, что чем больше алкоголя вы пьете, тем выше риск рака толстой кишки», – сообщил Тим Кей, добавив, что сокращение приема алкоголя позволит снизить вероятность развития целого ряда онкологических заболеваний.

Источник: *www.medportal.ru*

Эластография информативна для выявления степени фиброза печени

Эластография печени высоко информативна для неинвазивного выявления и мониторинга степени фиброза печени у больных с хроническим вирусным гепатитом С. Место эластографии в алгоритме диагностики алкогольной болезни печени требуется уточнить. Клиновидная деградация сыворотки (методика, применяющаяся для динамической оценки фракций сыворотки) дает информацию о нарушениях минерального и белкового обмена, но не информативна в сравнительной оценке с результатами гистологического исследования пунктата печени.

Источник: *solvay-pharma.ru*

Углеводы виноваты в увеличенных показателях рака пищевода

Случаи рака пищевода в США повысились в последние десятилетия (с 300 тыс. в 1973 г. до 2,1 млн пациентов в 2001). Медики Американского колледжа гастроэнтерологии считают, что подобные показатели напрямую связаны с увеличенным потреблением углеводов в рационе питания американцев. Диета, включающая высокий процент калорий от углеводов, – самая общая причина ожирения и, как следствие, раковых образований в желудке, говорят онкологи. Углеводы – единственные питательные вещества, которые при превышенном потреблении вызывают активность раковых клеток в пищеводе. Пятилетняя норма выживания для людей с таким диагнозом остается ниже 20% и является восьмой по счету причиной смерти у американских мужчин. Врачи убеждены, что сокращение углеводов в питании является важным шагом к защите организма от опухолей в желудочно-кишечной системе. Согласно их рекомендациям, необходимо максимально ограничить употребление в пищу таких продуктов, как хлеб, макароны, рис и картофель.

Источник: *www.ami-tass.ru*

Суши могут содержать опаснейшие бактерии и личинки

Ученые разных стран предупреждают: популярный японский деликатес может содержать опаснейшие бактерии и личинки животных-паразитов. В большинстве случаев сырая рыба заражена паразитом *Anisakis simplex*. Этот вид не развивается в человеческом организме, но при попадании в желудок его личинки могут привести к серьезным клиническим проблемам и необходимости госпитализации, говорится в исследовании представленном на 72-м съезде Американской коллегии гастроэнтерологов. Медики подчеркнули, что диагностировать и лечить подобные заболевания крайне трудно. Ранее ученые доказали, что суши содержит целый набор вредных химикатов, тяжелых

металлов и пестицидов, которые неблагоприятно сказываются на умственных способностях, снижают детородную функцию и приводят к развитию раковых заболеваний. По словам специалистов, чтобы минимизировать риск, японские блюда стоит заказывать только в «правильном» месте – известных сетевых ресторанах, которые существуют в России не первый год. Там продукция всегда качественная, так как мощный товарооборот гарантирует свежесть морепродуктов. Кроме того, мелкие кафе могут закупать дешевую продукцию на рынках, где полностью отсутствует санитарный контроль.

Источник: *kr.ru*

Жевательная резинка поможет быстрее поправиться после операции на кишечнике

На благоприятном воздействии жевательной резинки на здоровье пациентов настаивает медсестра больницы в английском графстве Дорсет Гарриет Райт, которая провела собственное исследование среди 67 перенесших операцию пациентов. Участникам своего небольшого эксперимента Гарриет позволяла жевать резинку по 30 минут утром, днем и вечером. Результаты превзошли все ожидания – функции кишечника восстанавливались намного скорее, т.к. жвачка помогала быстрее секретироваться активным компонентам желудочно-

кишечного тракта. «Те пациенты, которые лечились традиционным методом, покидали больницу через четыре-пять дней после операции. Те же, кто употреблял жевательную резинку, уходили домой на два дня раньше. Теперь мы рекомендуем жвачку всем пациентам нашей больницы, перенесшим операцию на кишечнике. Надеюсь, что вскоре это станет повсеместной практикой», – говорит Гарриет Райт.

Источник: <http://kishechnik.ru>

Йогурты и пищеварительная система

То, что полезная микрофлора способна влиять на функционирование кишечника, за последние десять лет стало понятно не только ученым, но даже маленьким детям, с той или иной степенью удовольствия поедающим «живые» йогурты. Менее известным является тот факт, что бактерии, содержащиеся в таких продуктах, вовсе не заселяют кишечник и задерживаются там совсем ненадолго. Тем не менее, по данным швейцарских специалистов, эффект от такого временного подселения гораздо серьезнее: внедренные в кишечник лакто- и бифидобактерии способны влиять на обмен веществ, менять pH среды обитания и даже регулировать работу печени. Несмотря на то что бактерии задерживаются в организме недолго, они успевают создать предельно благоприятные условия для колонизации кишечника. У здорового человека заселяющие толстый кишечник бифидобактерии переваривают клетчатку и синтезируют некоторые витамины. Кроме того, бифидобактерии помогают в становлении иммунной системы и нормальном функционировании пищеварительной системы.

Источник: www.gazeta.ru

Вирус передается через клавиатуру

Норовирус, вызывающий расстройство желудка, передается от человека к человеку при использовании общих клавиатур и компьютерных мышей, обнаружили исследователи Государственного университета Нью-Йорка (США). Этот вирус обычно приводит к вспышке случаев диареи и рвоты в зимний период. Школьники, студенты, посетители интернет-кафе и офисные сотрудники находятся в особой группе риска, поскольку компьютерная техника является основным источником распространения инфекции. Вирус может находиться на поверхности клавиатуры и компьютерной мыши в течение нескольких дней, говорят эксперты. Чтобы защитить себя от болезни, эпидемиологи рекомендуют регулярно дезинфицировать специальным раствором поверхность данной техники и тщательно мыть руки после работы за общим компьютером. Норовирус вызывает сильную рвоту и нарушение работы желудка. Обычно болезненные симптомы проходят без особого лечения после нескольких дней, однако, предупреждают врачи, инфекция опасна для жизни младенцев, пожилых людей и людей с ослабленным иммунитетом.

Источник: www.ami-tass.ru

Лекарство от цирроза

В ходе экспериментов на лабораторных крысах ученые испытали новое лекарство, которое, по словам медиков, препятствует чрезмерной выработке коллагена, что и вызывает фиброз клеток печени. Как показали результаты опытов, препарат за пять недель возвращал к здоровому состоянию печень, пораженную циррозом. При этом никаких побочных эффектов не наблюдалось. По словам представителя исследовательской группы Медицинского университета Саппоро профессора Иосиро Ницу, лишь после проведения клинических испытаний на людях, новое лекарство может быть готово к практическому применению. Но состоится это только лет через пять.

Источник: www.vz.ru

Российские хирурги пересадили донорскую печень двум пациентам

Печень, взятая у погибшего в автокатастрофе мужчины, была пересажена ребенку и взрослому. Операция по трансплантации одной донорской печени двум пациентам была проведена в нашей стране впервые. Обе срочные операции были сделаны ночью почти одновременно. В Российском центре хирургии имени Петровского прооперировали трехлетнего Пашу Молчанова из Владимирской области. Мальчик страдал врожденной патологией печени и в течение последних полутора лет ожидал пересадку донорского органа. Долгожданная трансплантация, проведенная членом-корреспондентом РАМН

Сергеем Готье, прошла успешно. Паше была пересажена меньшая часть печени донора. Большая доля печени была пересажена взрослой пациентке в НИИ трансплантологии и искусственных органов. Руководил операцией профессор Ян Мойсюк. По словам врачей, операция прошла благополучно. Трансплантация печени является единственным способом лечения тяжелой печеночной недостаточности. Однако из-за нехватки донорских органов многие пациенты не доживают до операции.

Источник: www.medportal.ru

Гептрал в лечении хронических заболеваний печени с холестазом

О.Н. МИНУШКИН,

д.м.н., профессор,
Учебно-научный
Медицинский Центр
Управления делами
Президента РФ

Печень представляет собой центральный орган химического гомеостаза, где создается единый обменный и энергетический пул для метаболизма жиров и углеводов, кроме того, печень участвует в синтезе некоторых ферментов, витаминов, принимает непосредственное участие в водном, минеральном и пигментном обмене; чрезвычайно важное значение имеет детоксицирующая функция печени.

Круг патологических состояний печени очень велик, и большинство этих изменений могут сопровождаться нарушением любой из перечисленных функций печени или многими с тем или иным преобладанием.

Образование желчи является одной из важнейших функций печени. Любые нарушения синтеза, секреции или тока желчи, приводящие к биохимическим, патофизиологическим, патологоанатомическим изменениям, сопровождающимся теми или иными клиническими проявлениями, обозначаются термином «холестаза», который классифицируют на 2 группы: внутрипеченочный и внепеченочный. Внепеченочный холестаза обусловлен механическим препятствием в протоковой системе, а внутрипеченочный – нарушением функции гепатоцита или нарушением тока желчи в межклеточном пространстве. В свою очередь внутрипеченочный холестаза классифицируют на две подгруппы: печеночно-канальцевый (внутридольковый) и протоковый (междольковый). Различные типы холестаза в зна-

чительной степени перекрываются между собой. Накопление желчных кислот внутри клеток печени может в конечном итоге вести к их гибели, т.е. возникает порочный круг, в котором внутрипеченочный холестаза, вызванный различными типами повреждений печени, в свою очередь усугубляет эти нарушения (1).

Гептрал (адеметионин) – S – аденозил – L – метеонин – аминокислота, которая синтезируется в организме и участвует в ферментативном переаминировании и пересульфировании, синтезе и активации гормонов, нейромедиаторов, нуклеиновых кислот, фосфолипидов. Отдавая метильную группу при переметилировании и пересульфировании, адеметионин способствует образованию глутатиона – основного клеточного антиоксиданта, обезвреживающего воздействие ряда экзо- и эндотоксинов.

В медицинской практике используется в двух формах: инъекционной, состоящей из 1 флакона с лиофилизированной солью адеметионина и 1 ампулы растворителя, который делает вводимую среду нейтральной (рН 7,5 ± 1). Форма Гептрала для перорального применения представляет собой белые таблетки в энтеросолюбильной оболочке, нерастворимой в кислой среде желудка. Адеметионин является универсальным соединением, участвующим в трех важных метаболических реакциях: трансметилировании, транссульфировании и аминопропилировании (синтез полиаминов), где служит либо донором групп, либо модулятором ферментов. Активная роль адеметио-

нина в этих реакциях обусловлена наличием положительного заряда на атоме серы, благодаря чему происходит разрыв серо-углеродных связей.

Независимо от патогенеза внутрипеченочного холестаза, адеметионин играет важную роль как в развитии так и в предотвращении внутрипеченочного холестаза. Адеметионин является донором метильной группы, участвуя в реакциях трансметилирования (это биосинтез фосфолипидов, которые являются основными строительными блоками клеточной мембраны). Количество фосфолипидов определяет «текучесть» клеточной мембраны. Показано, что «текучесть» клеточной мембраны является важнейшим фактором, влияющим на связанные с мембраной ферментативные процессы. Структура и состав мембран гепатоцитов является ключевым звеном в регуляции наиболее важных метаболических путей, участвующих в выработке желчи (Chawla et al, 1990 г.).

Снижение «текучести» мембраны ведет к уменьшению активности Na/K – АТФазного насоса и нарушению натрий-зависимых синтранспортных систем (имеющих прямое отношение к транспорту желчных кислот). Адеметионин способен предотвращать подобные изменения.

Вторым положительным аспектом влияния адеметионина является его участие в поддержании на достаточном уровне глутатиона – серосодержащего пептида, имеющего отношение к защите печеночной клетки от токсического поврежде-

ния свободными радикалами. Наконец, участвуя в реакциях сульфатирования, адеметионин играет важную роль в детоксикации ряда метаболитов, таких как токсичные желчные кислоты, переводя их в сульфаты, которые не оказывают повреждающего действия на клетку. Предыдущие два эффекта имеют прямое отношение к защите печени от токсического эффекта этанола, который реализуется через ацетальдегид. Эти эффекты предотвращаются адеметионином, посредством поддержания митохондриального транспорта глутатиона.

Клиническое изучение эффективности Гептрала у больных, страдающих заболеваниями печени с внутрипеченочным холестазом, было начато в 90-е годы прошлого века. Так, Frezza et al (1990 г.) провели лечение адеметионином 220 больных с патологией печени, доказанной биопсией (внутрипеченочным холестазом). Необходимым условием лечения было, по крайней мере, двукратное повышение общего и конъюгированного билирубина и щелочной фосфатазы в сыворотке крови. Больные получали либо 1600 мг препарата внутрь, либо плацебо. Продолжительность лечения составила 15 дней. При этом была доказана эффективность Гептрала как в отношении клинических проявлений, так и лабораторных показателей холестаза (по сравнению с плацебо). В 1992 году Manzillo и соавт. у 420 больных провели лечение в 2 этапа (первый – 800 мг в день внутривенно 2 недели, затем – 1600 мг в день или плацебо в течение 8 недель). Они подтвердили еще больший эффект при увеличении продолжительности лечения (он составил 68%). Таким образом, было показано, что у больных с хроническими заболеваниями печени более продолжительное лечение сопряжено с дальнейшим улучшением биохимических показателей печени. В дальнейшем была подтверждена эффективность адеметионина у женщин с внутрипеченочным холестазом при беременности (Frezza M., Terpin, 1992 г.), у больных с депрессией (Rozenbaum, 1990 г.), у больных с хроническим панкреати-

том – для того, чтобы ингибировать активность свободных радикалов (Bilton et al, 1994 г.); при остром панкреатите (Braganza et al, 1995 г.) – для снижения окислительного стресса. Рассматриваются и другие возможности использования Гептрала (профилактика поражений печени при парентеральном питании, при гипоксических состояниях, при операциях трансплантации печени). Оценка эффективности Гептрала у разных групп больных (алкогольное поражение, вирусное, в стадии цирроза печени, в дистрофической стадии с печеночно-клеточной недостаточностью). Рассматривались различные дозы препарата, разные пути введения, разная продолжительность лечения (500 мг, 800 мг, 1600 мг). Все исследования сравнивали с плацебо и эффект Гептрала составлял 60% и выше, пероральный прием усиливал эффект парентерального введения (продолжительность лечения составляла от 2 недель до месяца и более (Lieber C.S., 1999; Di Perri T. et al, 1999 г.; Mato J.M., 1999 г.). Переносимость Гептрала оценивалась всеми исследователями как хорошая. Побочные эффекты в виде кратковременной бессонницы, тошноты, потливости, легкого флебита при двойном слепом исследовании отмечены у очень небольшого количества больных и не отличались от группы плацебо.

Учитывая вышеизложенное, мы также оценили эффективность применения Гептрала у 60 больных с хроническими заболеваниями печени и синдромом холестаза на основании своего клинического опыта.

Характеристика больных:

- первичный билиарный цирроз – 8 больных;
 - алкогольный гепатит – 22 больных;
 - хронический гепатит С – 20 больных;
 - хронический гепатит В – 4 больных;
 - хронический вирусный гепатит в стадии цирроза печени – 4 больных;
 - первичный склерозирующий холангит – 2 больных.
- Мужчин было 38, женщин – 22;

возраст – от 30 до 65 лет (средний возраст $43,4 \pm 1,7$ года); средняя продолжительность заболевания $5,7 \pm 3$ года (минимально – 3 года, максимально – 12 лет). Больные с алкогольным поражением печени длительное время (от 15 до 17 лет) употребляли алкоголь с частотой от 2 до 7 раз в неделю; ежедневно доза алкоголя в пересчете на этанол составляла от 60 до 200 мл. Критериями включения в эту группу служили: диффузный характер поражения печени, «алкогольный» анамнез, системность поражения, отсутствие маркеров вирусов гепатита В и С.

Методы исследования:

- клиническая оценка (желтуха, кожный зуд, астенический синдром, гепатомегалия, спленомегалия, асцит);
- биохимический мониторинг (АлАТ, АсАТ, билирубин, холестерин, γ ГТП, ЩФ, белок и белковые фракции, креатинин – исходно и по окончании курса лечения);
- ультразвуковой мониторинг и оценка денситометрических показателей, размеров печени и селезенки, диаметра селезеночной вены, измерения «столба затухания» с отключением автоматического усиления сигнала по глубине;
- маркеры вирусов гепатита В и С (анти HCV; HbsAg; HbeAg; HBcAg; HCV – РНК; HBV – ДНК);
- рутинные лабораторные исследования (общий анализ крови, мочи);
- больным циррозом печени проводили ЭГДС с оценкой степени варикозно-расширенных вен пищевода и «коронарных» вен желудка.

ЛЕЧЕНИЕ

Гептрал назначался в дозе 800 мг внутривенно, медленно – в течение 14 дней с последующим переходом на пероральный прием в дозе 1600 мг в сутки (разделенных на 2 приема) – на протяжении 14 дней.

У 10 больных с недостаточным эффектом терапии (сохраняющийся холестаза и кожный зуд) врачом индивидуально было принято решение о продолжении лечения



Таблица. Результаты лечения (динамика основных клинических и лабораторных синдромов)

№	Нозологические формы	клинические синдромы			лабораторные синдромы	
		астенический	кожный зуд	желтуха	цитоллиза	холестаза
1	Первичный билиарный цирроз печени (n = 8)	48/88%	36/88%	36/88%	< в 1,5/2 раза	< в 1,5/2 раза, сохранился у 1 больной
2	Алкогольный гепатит (n = 22)	58,5/100%	63/100%	63/100%	нормализация 59/100	68/100
3	Хронический гепатит С (n = 20)	50/85%	65/90%	65/90%	< в 1,5/2 раза	< в 2/2,5 раза
4	Хронический гепатит В (n = 4)	50/75%	50/75%	50/75%	< в 1,5/1,8 раз	< в 1,7/2,3 раза
5	Хронический вирусный гепатит в стадии ЦП (n = 4)	50/100%	25/50%	25/50%	< в 1,5/2 раза	< в 1,8/2,5 раза
6	Первичный склерозирующий холангит (n = 2)	50/50%	–	–	< в 1,2/2 раза	< в 1,3/1,8 раза

Гептралом в суточной дозе 3200 мг (по 1600 мг х 2 приема) – на протяжении 2 недель. Данное решение принималось врачом в случае, если были серьезные основания считать, что возможная польза увеличения дозы превосходит риск.

Клинический опыт использования дозы 3200 мг позволял оценить лечебный эффект, переносимость дозы, целесообразность и возможности использования высокой дозы.

Клинические проявления заболевания в зависимости от нозологической формы и их динамика под влиянием терапии Гептралом представлены в таблице.

В числителе представлены исходные данные, в знаменателе – эффективность терапии.

10 больных с сохраняющимся кожным зудом, желтухой, астенией продолжили лечение Гептралом в суточной дозе 3200 мг (по 1600 мг х 2 раза в день) еще 2 недели. При этом были купированы клинические синдромы и продолжено улучшение лабораторных показателей.

Из представленной таблицы видно, что клинический эффект Гептрала за 4 недели лечения отмечен у большей части больных (полное купирование от 50 до 100%) у раз-

ных групп больных. Более эффективно у больных с алкогольным поражением (по всем клиническим и лабораторным показателям). Астенический синдром начал уменьшаться к 5-7-му дню лечения, кожный зуд начал уменьшаться к концу второй недели, при этом важно отметить, что его динамика была заметной даже при сохранении лабораторного синдрома холестаза. У большей части больных зафиксирована положительная динамика размеров печени (в большей степени при алкогольном поражении). Асцит был зарегистрирован у 6 больных (у 4 – с циррозом печени и у 2 – с обострением алкогольного гепатита).

Разрешения асцита удалось добиться у всех больных – у 4 с циррозом печени потребовалось введения в комплекс лечения верошпирина и мочегонных.

У 10 больных заметной динамики лабораторных признаков холестаза отмечено не было, а клинические синдромы только уменьшились в интенсивности. У этой группы больных доза Гептрала была повышена до 3200 мг/сутки еще на протяжении 14 дней (по 1600 мг х 2 раза в день).

Практически у всех больных это лечение сопровождалось дальней-

шим улучшением или нормализацией клинических проявлений и положительной динамикой лабораторных показателей (особенно билирубина, который на исходных дозах положительной динамики не показал).

Побочных эффектов у больных, получавших Гептрал в дозе 3200 мг в сутки, отмечено не было, переносимость препарата была хорошей.

ОБЩЕЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- Гептрал является эффективным препаратом в лечении больных, страдающих хроническими воспалительными заболеваниями печени с холестазом.
- Эффект зависит от использованной дозы и продолжительности лечения.
- Доза Гептрала 3200 мг/сутки в течение 2 недель лечения, как показал наш клинический опыт, возможно, является альтернативой рекомендуемому 4-недельному двухфазному курсу.
- Препарат максимально эффективен при алкогольном поражении печени.
- Переносимость обеих форм препарата хорошая, побочных эффектов не наблюдалось.

Список литературы:

1. С.Д. Подымова «Внутрипеченочный холестаз: патогенез и лечение с современных позиций». Consillium Medicum, приложение № 2 (гастроэнтерология), 2004 г., стр. 3 – 6.
2. Chawla R.K., Bonkovsky H.L., J.T. Biochemistry and pharmacology of S – adenosyl – L – methionine and rationale for its use in liver disease. Drugs., 40 (suppl. 3): 98 – 110, 1990.
3. Frezza M., Surrenti C., Manzillo G. et al Oral S – adenosylmethionine in the symptomatic of intrahepatic cholestasis. Gastroenterology, 99: 211 – 215, 1990.
4. Manzillo G., Piccinino F., Surrenti C et al Multicentre double – blind placebo – controlled study of intravenous and oral S – adenosyl – L – methionine (SAME) in cholestatic patients with liver disease. Drug Invest., 4 (suppl. 4): 90 – 100, 1992.
5. Frezza M., Terpin M. The use of S – adenosyl – L – methionine in the treatment of cholestatic disorders. A meta – analysis of clinical trials. Drug Invest., 4 (suppl. 4): 101 – 108, 1992.
6. Rosenbaum J.F., Fava M., Falk W.E. et al. The antidepressant potential of oral S – adenosyl – L – methionine. Acta Psychiatr. Scand., 81: 432 – 436, 1990.
7. Bilton D., Schofield D., Schofield D., Mei G. et al Placebo – controlled trials of antioxidant therapy including S – adenosylmethionine in patients with recurrent nongallstone pancreatitis. Drug Invest., 8: 10 – 20, 1994.
8. Braganza J.M., Scott P., Bilton D. et al. Evidence for early oxidative stress in acute pancreatitis. Int. J. Pancreatol., 17: 69 – 81, 1995.
9. Lieber C.S. Role of S – adenosyl – L – methionine in the treatment of liver disease. J. Hepatology, 30: 1155 – 1159, 1999.
10. Fiorelli G. S – adenosylmethionine in the treatment of intrahepatic cholestasis of chronic liver disease: A field trial. current Therapeutic Research, vol 60, 6: 335 – 348.
11. Di Perri T., Sacco T., Festi D. Ademetionine in the treatment of chronic hepatic disease. A multicenter study. Gastroenterology Internationale, vol 12, 2: 62 – 68, 1999.
12. Mato J.M., Camara J., de Paz J.F. et al. S – Ademetionine in alcoholic liver cirrhosis: a randomized, placebo – controlled, double – blind, multicenter clinical trial. J. Hepatology, 30: 1081 – 1089, 1999.



Движение - ЭТО ЖИЗНЬ.

Желчегонное средство.



PR-RU-ABB-HEPT-18(03/08)



Затруднение оттока желчи из печени и нарушение выведения продуктов метаболизма приводят к интоксикации и холестазу.

ГЕПТРАЛ (адеметионин).

Регистрационное удостоверение № П N 011968/01 и П N 011968/02

Таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой содержат по 400 мг адеметионина. Лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения, флаконы по 400 мг адеметионина.

Фармакологические свойства. Гептрал относится к группе гепатопротекторов, обладает также антидепрессивной активностью. Оказывает холеретическое и холекинетическое действие, обладает детоксикационными, регенерирующими, антиоксидантными, антифиброзирующими и нейропротективными свойствами. Назначение при остеоартритах уменьшает выраженность болевого синдрома, повышает синтез протеогликанов и приводит к частичной регенерации хрящевой ткани. **Показания к применению:** Хронический бескаменный холецистит, холангит, внутрипеченочный холестаз, токсические поражения печени, включая алкогольные, вирусные, лекарственные (антибиотики, противоопухолевые, противотуберкулезные, противовирусные препараты, трициклические антидепрессанты, пероральные контрацептивы), жировая дистрофия печени, хронический гепатит, цирроз печени, энцефалопатия, ассоциированная с печеночной недостаточностью (алкогольная и др.). Депрессия (в т.ч. вторичная), абстинентный синдром (алкогольный и др.). **Противопоказания:** Гиперчувствительность, беременность (I-II триместр), период лактации, возраст до 18 лет.

Способ применения и дозы: Внутрь, внутримышечно (в/м) или внутривенно капельно (в/в). При интенсивной терапии - в первые 2-3 нед лечения назначают 400-800 мг/сут в/в (очень медленно) или в/м); порошок растворяют только в специальном прилагаемом растворителе (раствор L-лизина). Для поддерживающей терапии - внутрь 800-1600 мг/сут между приемами пищи. Таблетки следует проглатывать целиком, не разжевывая, желательно принимать их в первой половине дня. Длительность поддерживающей терапии в среднем 2-4 недели. **Побочное действие:** Гастралгия, диспепсия, изжога, аллергические реакции. Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Известных взаимодействий с другими лекарственными средствами не наблюдалось. Особые указания: Учитывая тонизирующий эффект препарата, не рекомендуется прием перед сном. При лечении больных циррозом печени на фоне гиперазотемии необходим контроль уровня азотемии. Во время длительной терапии необходимо определять содержание мочевины и креатинина в сыворотке крови. Условия хранения: При температуре не выше 25°C, срок годности 4 года. См. полную информацию о препарате в инструкции по применению. Для получения полной информации о назначении обращайтесь, пожалуйста, в Московское представительство Abbott Laboratories. Информация для медицинских работников (не для пациентов).

Дополнительную информацию Вы можете получить в ООО "Эбботт Лэбораториз": 115114, г. Москва, Дербеневская наб., 11 а. Тел.: (495) 258 4270, www.abbott.com



ВОССТАНОВЛЕНИЕ



РАДОСТЬ



БЫСТРОДЕЙСТВИЕ

спасительное обновление ресурсов организма

Abbott
A Promise for Life

И.В. ЗВЕРКОВ
Д.В. ВОЛОДИН
В.В. БАЛЫКИНА
А.А. ЛИТВИН
О.Н. МИНУШКИН

Кафедра
гастроэнтерологии
УНМЦ УД Президента РФ,
фирма «Национальная
исследовательская
компания», Москва

Оценка эффективности препарата Панавир в терапии язвенной болезни, ассоциированной с *Helicobacter pylori*

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ, ЯБДК), ассоциированная с НР-инфекцией, является показанием к проведению эрадикационного лечения (1, 2, 4). Причем все три международных рекомендации (Маастрихт-1, 1996 г., Маастрихт-II, 2000 г., Маастрихт-III, 2005 г.) ставят ее на первое место. Выполнение рекомендаций трех Маастрихтских соглашений существенно снизило частоту встречаемости труднорубцующихся гастродуоденальных язв (ТРЯ). Тем не менее, ТРЯ встречаются и особенно среди больных язвенной болезнью желудка.

В этой связи целью работы явилась оценка эффективности и переносимости препарата Панавир ООО «Флора и фауна+» (Россия) в терапии больных ЯБ и ТРЯ при ЯБЖ, ассоциированных с НР, в стадии обострения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 30 пациентов с язвенной болезнью, ассоциированной с НР, в стадии обострения. По полу больные распределились следующим образом: 21 мужчина и 9 женщин. Возраст пациентов колебался в пределах от 18 до 65 лет, в среднем – $42,3 \pm 4,1$ года. Длительность заболевания у

больных составила в среднем $6,8 \pm 0,5$ года. Типы течения ЯБ были следующими: впервые обнаруженная язва – 11 пациентов (в $37 \pm 9\%$ случаев), редко и умеренно рецидивирующий тип течения – 3 больных (в $10 \pm 6\%$ случаев) и часто рецидивирующий тип течения – 16 пациентов (в $53 \pm 9\%$ случаев). Наследственность по язвенной болезни прослеживается у 5 больных (в $17 \pm 7\%$ случаев). Злоупотребление алкоголем и курением фиксировалось у 5 и 15 пациентов (в $17 \pm 7\%$ и в $50 \pm 9\%$ случаев) соответственно. Осложнения течения ЯБ в виде кишечного кровотечения в анамнезе отмечены у 2 больных (в $7 \pm 5\%$ случаев).

Больным исходно и спустя 4-6 недель после окончания курса терапии проводилась эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) со взятием 2 биоптатов из антрума желудка (АЖ). Из 1 биоптата после протравки готовили срезы для морфологического исследования с окраской по Гимза без дифференцировки. Степень обсемененности НР в слизистой оболочке желудка (СОЖ) оценивалась по критериям, предложенным Аруином Л.И. и соавт. (2), при этом выделяли: слабую степень обсемененности – 1 балл (+) – до 20 микробов в п/з, умеренную степень – 2 балла (++) – от 20 до 50 микробов в п/з и выраженную степень – 3 балла (+++) – 50 микробов и более в п/з.

В оставшемся биоптате из АЖ быстрым уреазным тестом (БУТ) оценивали активность уреазы: окрашивание раствора желтого цвета в малиновый цвет до 1 часа считалась выраженной реакцией (+++), от 1 часа до 3 часов – умеренной реакцией (++) и от 3 до 24 часов – слабой реакцией (+) (2).

Больные были рандомизированы на 2 группы: язвенная болезнь желудка (ЯБЖ, 8 пациентов) с локализацией язв в теле или в антруме желудка (по 4 больных в каждой), язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДК, 22 пациента).

Больные получали лечение Панавиром в дозе по 5 мл внутривенно через день в течение 10 дней. На период болей в животе и при оставшемся язвенном де-

Лечение Панавиром больных с медленным рубцеванием язв желудка, позволяет преодолеть «торпидность» и добиться полного рубцевания язв в срок от 2 до 3 недель. Переносимость и безопасность препарата Панавир в целом хорошая: побочные эффекты (крапивница, тошнота и горечь во рту) были слабой степени выраженности и не требовали отмены препарата.

фекте после первой контрольной ЭГДС назначался альмагель в дозе 15 мл 4 раза в день за 1 час до еды. С помощью ЭГДС рубцевание язвы оценивалось через 2 и при неполном рубцевании язвы – через 3 недели от начала лечения, через 4-6 недель после окончания терапии.

Эффективность лечения оценивалось следующим образом.

1) По срокам рубцевания язвы – исходно ЭГДС, контроль ЭГДС через 2-3 недели от начала лечения и через 4-6 недель после окончания терапии.

2) По эффективности эрадикации НР – при этом НР-инфекция изучалась исходно и через 4-6 недель после окончания лечения в биоптатах из СО АЖ с использованием морфологического метода с окраской по Гимза без дифференцировки и быстрого уреазного теста (БУТ).

3) Клинически – по срокам купирования язвенного симптомокомплекса (болей в животе, тяжести в эпигастрии, тошноты, рвоты, изжоги и отрыжки) с помощью шкалы Лайкерта по степени тяжести (0 – отсутствуют, 1 – легкая, 2 – умеренная и 3 – тяжелая).

Переносимость и безопасность лечения оценивались по динамике изменений лабораторных показателей: исходно, через 2 недели от начала лечения, и через 4-6 недель после окончания терапии:

1) анализа крови (гемоглобин, гематокрит, лейкоцитов, тромбоцитов, СОЭ);

2) биохимии крови (общего белка, общего билирубина, глюкозы);

3) анализа мочи (присутствие белка, глюкозы, эритроцитов и лейкоцитов).

Полученные результаты лечения препаратом Панавир больных ЯБ представлены в таблицах 1, 2 и 3.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Одним из критериев эффективности лечения служило рубцевание язвы по ЭГДС. Исходно у больных диаметр язв колебался от 5,0 до 20,0 мм, составляя в среднем $7,5 \pm 0,6$ мм (при ЯБЖ – $7,3 \pm 0,5$ мм

Таблица 1. Динамика степеней обсемененности НР в СОЖ у больных (М + m)		
Методы и показатели	Исходно (%)	После терапии (%)
БУТ на НР в АЖ:	100 (30)	97 ± 3 (29)
слабая реакция (более 3 ч)	44 ± 9 (13)	60 ± 9 (18)
умеренная реакция (1-3 ч)	50 ± 9 (15)	37 ± 9 (11)
выраженная реакция (до 1 ч)	7 ± 5 (2)	0 (0)
Морфология:		
АЖ, обсеменение НР:	100 (30)	90 ± 7 (27)
слабое (+)	40 ± 9 (12)	47 ± 9 (14)
умеренное (++)	47 ± 9 (14)	44 ± 9 (13)
выраженное (+++)	13 ± 6 (4)	0
Примечание: *достоверные различия по сравнению с исходным (p < 0,05), в скобках – абсолютное количество больных.		

и при ЯБДК – $8,0 \pm 0,4$ мм). В желудке фиксировались одиночные и множественные язвы у 7 пациентов (в $78 \pm 14\%$ случаев) и у 2 больных (в $22 \pm 14\%$ случаев) соответственно; а в ДК – одиночные и множественные язвы у 18 больных (в $86 \pm 8\%$ случаев) и у 3 пациентов (в $14 \pm 8\%$ случаев) соответственно. Через 2 недели полное рубцевание язвенного дефекта отмечено у 20 больных ($67 \pm 9\%$ случаев), через 3 недели – у 28 пациентов ($93 \pm 5\%$ случаев), и у 2 больных рубцевание желудочной и дуоденальной язв полностью не наступило – у одного пациента терапия альмагелем была заменена на лечение блокаторами протонной помпы и у другого больного терапия альмагелем в дозе 15 мл 4 раза в день была продолжена. Через 4-6 недель рубцы на месте заживших язв зафиксированы у 28 больных ($93 \pm 5\%$ случаев), у 1 пациента полное рубцевание дуоденального язвенного дефекта так и не наступило – был переведен на лечение блокаторами протонной помпы, у 1 больной наступил рецидив язвы в ДК. (через 4-6 недель после окончания лечения).

Следует отметить, что до лечения у 4 больных ЯБЖ (2 – с язвой в ТЖ и 2 – с язвами в АЖ) язвы носили «торпидный» характер на терапии блокаторами протонной помпы и гастропротекторами (не рубцевались в срок от 2 до 4 месяцев).

И назначение Панавира в комбинации с альмагелем сопровождалось полным рубцеванием язв ТЖ через 2 недели и язв АЖ через 3 недели от начала терапии.

Другим критерием эффективности лечения явились изменения степени обсемененности НР СО АЖ по результатам исследования (таблица 1).

Как следует из таблицы, согласно результатам БУТ и морфологическим данным исходно у больных определяется НР в АЖ в 100% случаев, при этом степени обсемененности НР в СОЖ указаны в таблице 1.

После лечения препаратом эрадикация НР была достигнута у 1 больного (в $3 \pm 3\%$ случаев), по данным БУТ, и у 3 пациентов (в $10 \pm 6\%$ случаев), по данным морфологического исследования с окраской по Гимза; снижение степени обсемененности НР, в основном за счет выраженной и умеренной, зафиксировано у 7 пациентов (в $24 \pm 8\%$ случаев) обоими методами диагностики в одинаковой степени при ЯБЖ и при ЯБДК. У остальных 22 пациентов (по данным БУТ) и 20 больных (по данным окраски по Гимза) степень обсемененности НР в СОЖ не изменялась.

Динамика клинических симптомов представлена в таблице 2.

Как следует из таблицы, у больных исходно фиксировались боли

Таблица 2. Динамика клинических симптомов у больных (M ± m)

Симптомы	Исходно	После терапии	Купированы (%) Сроки (дни)
Боли в животе	67 ± 9	100	6,0 ± 0,8 (у 1 – на 21 день)
Тяжесть в животе	10 ± 6	100	4,3 ± 1,0
Тошнота	10 ± 6	100	4,0 ± 1,0
Рвота	0	0	0
Изжога	33 ± 9	100	5,3 ± 0,4
Отрыжка	10 ± 6	100	13,0 ± 5,0

Таблица 3. Динамика показателей анализа и биохимии крови, мочи у больных (M ± m)

Показатели	Исходно	Через 2 недели	Через 4-6 недель
Анализ крови			
Гемоглобин, г/л	136,3 ± 11,7	135,1 ± 12,1	136,9 ± 10,8
Гематокрит, %	43,2 ± 4,1	41,2 ± 3,9	42,9 ± 4,0
Лейкоциты	6,4 ± 0,8	6,3 ± 0,7	6,4 ± 0,7
Тромбоциты	332,5 ± 30,3	326,1 ± 28,7	314,5 ± 41,0
СОЭ	8,1 ± 0,6	7,6 ± 0,9	7,3 ± 1,0
Биохимия крови			
Общий белок, г/л	76,7 ± 8,8	77,4 ± 9,0	76,8 ± 6,9
Общий билирубин, мкмоль/л	11,7 ± 1,6	10,6 ± 9,8	10,9 ± 1,9
Глюкоза, ммоль/л	5,3 ± 0,7	5,2 ± 0,4	5,0 ± 0,7
Анализ мочи			
Белок	нет	нет	нет
Глюкоза	нет	нет	нет
Эритроциты в п/з	0-1	нет	0-1
Лейкоциты	1-3	0-2	0-2

Примечание: *достоверные различия по сравнению с исходным (p < 0,05), в скобках – абсолютное количество больных.

в животе у 20 человек, тяжесть в животе после еды, тошнота и отрыжка воздухом – у 3 человек, а изжога – у 10 человек.

В динамике лечения у пациентов боли в животе купировались в срок от 5 до 7 дней (у 1 пациента – на 21 день); тяжесть в животе, тошнота и изжога – в срок от 3 до 6 дней, отрыжка воздухом – в срок от 11 до 15 дней.

Переносимость и безопасность препарата по результатам изменений показателей анализа и биохимии крови, анализа мочи представлены в таблице 3.

Как видно из таблицы 3, показатели крови и биохимические показатели, анализы мочи в период терапии Панавиром через 2 недели от начала лечения и в отдаленный период (через 4-6 недель от окончания терапии) достоверно не изменялись.

Побочные реакции при терапии Панавиром фиксировались у 2 больных (в 7 ± 5% случаев) в виде аллергической реакции (крапивницы) после пятой инъекции (у 1 пациента) и чувство тошноты, горечи во рту после первой инъекции (у 1 больного) были представлены

в слабой степени выраженности и не требовали отмены препарата.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Панавир – растительный биологически активный полисахарид, относящийся к классу гексозных полисахаридов.

Монотерапия Панавиром эффективна в терапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированных с НР, при этом рубцевание язвы наступило у 67% больных за 2 недели и у 93% пациентов – за 3 недели; эрадикация НР достигнута у 10% больных и снижение обсемененности НР слизистой оболочки желудка зафиксировано у 24% пациентов.

Лечение Панавиром больных с медленным рубцеванием язв желудка позволяет преодолеть «торпидность» и добиться полного рубцевания язв в срок от 2 до 3 недель. Мы видим в этом неплохую перспективу использования препарата.

Препарат хорошо переносится. У 1 больной развилась крапивница после последней инъекции, что, согласно схеме, заставило отказаться от дальнейшего лечения.

Вышеизложенное позволяет сделать следующие **выводы**.

1. Монотерапия Панавиром фирмы «Флора и фауна+» (Россия) эффективна в терапии ЯБ, ассоциированных с НР, при этом рубцевание язв наступило у 93% больных в течение 3 недель. У больных с труднорубцующимися язвами желудка терапия препаратом позволяет преодолеть «торпидность» и добиться полного рубцевания язв в срок от 2 до 3 недель.

2. Переносимость и безопасность препарата Панавир в целом хорошая: побочные эффекты (крапивница, тошнота и горечь во рту) были слабой степени выраженности и не требовали отмены препарата.

Список литературы:

1. Минушкин О.Н., Аронова О.В. Современный взгляд на проблему эрадикации *Helicobacter pylori*. Практикующий врач. 2002, № 1. С.52-54.
2. Минушкин О.Н., Володин Д.В., Зверков И.В., Иванова О.И., Шулепова А.Г., Бурдина Е.Г. Возраст и эрадикационное лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Терапевтический архив. 2007, № 2. С. 22-26.
3. Шкатова Е.Ю. Механизмы формирования торпидного течения гастродуodenальных язв, разработка многофакторного прогнозирования и патогенетического лечения. М. Автореферат диссертации д.м.н. 2008, с. 48.
4. Хомерики Н.М. Маастрихт-2 и Маастрихт-3: что нужно знать практическому врачу. Фарматека. 2007, № 6, с. 35-37.

ПАНАВИР®



Российский противовирусный и
иммуномодулирующий препарат
растительного происхождения



Форма выпуска:

0,04 мг/мл раствор для инъекций

Per. № P N000299/02

суппозитории ректальные 200 мкг

Per. № ЛС-001696

гель для наружного
применения 0,002 %

Per. № ЛС-001697

- Доказанная высокая эффективность в отношении вирусов: Herpes simplex (I, II), Herpes Zoster, Epstein-Barr, Cytomegalovirus, Human papillomavirus, клещевого энцефалита, гриппа.
- Уникальный профиль безопасности.
- Обладает прямым противовирусным действием и индуцирует выработку α - и γ -интерферонов, нормализует иммунный статус.
- Выпускается в формах, обеспечивающих максимальную биодоступность.

**КОМБИНАЦИЯ СИСТЕМНОГО
И МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ДАЕТ
НАИЛУЧШИЙ РЕЗУЛЬТАТ**

Телефон горячей линии: +7 (495) 921 41 51

www.panavir.ru

www.panavir.com

О.Н. МИНУШКИН,
А.В. СЕРГЕЕВ,

Кафедра
гастроэнтерологии
Учебно-научного
медицинского центра
Управления делами
Президента РФ

Применение препарата Пролит у больных желчнокаменной болезнью в сочетании с мочекаменной болезнью

Проблема современной диагностики и лечения желчнокаменной болезни (ЖКБ) до сих пор окончательно не решена и привлекает внимание широкого круга практических врачей и исследователей.

Консервативное лечение холелитиаза, помимо холекинетики и спазмолитиков, включает и литолитические препараты группы хенооксихоловой и урсодезоксихоловой кислоты (Хенофальк, Урсофальк и другие их аналоги) (1, 2). При этом для эффективного растворения необходимо, чтобы камни были только мягкие холестериновые, а их размер не превышал 15-20 мм при заполнении желчного пузыря не более чем наполовину и желчевыводящие пути полностью сохраняли свою функцию. Наибольший эффект дает комбинированное лечение больных холелитиазом хено- и урсодезоксихоловыми кислотами. Комбинированная терапия (5-6 мг/кг урсо- и 5-10 мг/кг хенодесоксихоловой кислот) способствует более быстрому растворению холестериновых желчных камней, чем применение каждой из этих кислот в отдельности. Через 12 мес. полное растворение камней отмечается у 50-65% больных (1, 2). Однако эффект холелитической терапии носит временный характер, что приводит к рецидивам желчнокаменной болезни у некоторых больных после прекращения лечения (2). Кроме того, пока не существует эффективных методов растворения желчных камней, содержащих большое количество

кальция и/или желчных пигментов (3). В этой связи актуальны альтернативные методы профилактики и лечения болезней желчного пузыря и желчных путей.

В настоящее время в России в качестве вспомогательного средства в лечении и профилактике холелитиаза стала применяться биологически активная добавка Пролит, выпускаемая компанией «Гринвуд». Растительный комплекс содержит экстракты листьев шелковичной куражовой, папайи, осота полевого, филлантус нирури, плодов перца кубебы, корневищ императы цилиндрической, травы почечного чая в минимальных дозировках. Основным компонентом БАД Пролит является экстракт шелковичной куражовой (5), который обладает свойством разрушать конкременты в почках и мочевыводящих путях, желчном пузыре и желчных протоках, в последнем случае – конкременты различных размеров и биохимического состава. Это свойство растения позволяет добиваться хороших результатов при мочекаменной и желчнокаменной болезнях (4).

Цель исследования: оценить клиническую эффективность и безопасность применения препарата Пролит у пациентов с мочекаменной болезнью (МКБ) в сочетании с начальной стадией ЖКБ.

Задачи исследования:

- оценить влияние препарата Пролит на динамику клинических симптомов МКБ и ЖКБ по данным индивидуального дневника при курсовой монотерапии препаратом;

- оценить влияние препарата на сократительную способность желчного пузыря и работу сфинктерного аппарата по данным УЗИ в ответ на пищевую завтрак до и после применения препарата;

- оценить литолитическое действие препарата по данным УЗИ;

- оценить влияние препарата на гомогенность желчи по данным УЗИ у больных с калькулезным холециститом;

- установить эффективную дозу препарата.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Всего к исследованию было принято 30 пациентов с МКБ в сочетании с ЖКБ (в том числе – с начальной стадией), которые были разделены на 2 группы.

I группу составили 15 пациентов: 7 женщины и 8 мужчин, средний возраст которых составил $56,6 \pm 2,56$ года. Конкременты лоханки и чашечек левой почки определялись у 7 пациентов (у 6 пациентов – до 0,4-0,6 см, у одного – конкремент размером 23 мм), правой почки – у 6, у одного пациента наблюдались двусторонние конкременты ЧЛС, и еще у одной пациентки не обнаружено конкрементов при УЗИ, однако наблюдалось расширение ЧЛС и дилатация мочевыводящих путей. Осадок в желчном пузыре (ЖП) имелся у 13 пациентов, у одного пациента имелись мелкие конкременты ЖП в сочетании с осадком и еще у одного пациента – мелкие холестериновые конкременты ЖП без осадка.

II группу составили 15 пациентов: 8 женщин и 7 мужчин, средний возраст – $61,7 \pm 3,4$ года. Конкременты

лоханки и чашечек левой почки определялись у 9 больных (у 8 пациентов – до 0,4-0,6 см, у одного пациента – конкремент размером 20 мм), конкременты правой почки – у 2 пациентов, двусторонние – у 4 больных (у одного пациента микролиты сочетались с крупным конкрементом размером 18 мм в правой почке).

Осадок в ЖП имелся у 12 пациентов, у 3 – мелкие конкременты.

Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Препарат применялся в течение трех месяцев. Больные I группы принимали Пролит в дозе 1 капсула 3 р./сут.; пациенты II группы – по 2 капсулы 3 р./сут.

Критериями оценки эффективности и переносимости БАД Пролит служили:

- динамика клинических симптомов;
- динамика сократительной функции желчного пузыря по данным УЗИ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Пациенты обеих групп предъявляли жалобы на боли в верхней и нижней части живота. Динамика клинических симптомов в I группе представлена в таблице 1. Боли в верхней части живота наблюдались у 13 из 15 больных I группы (86,7%). Боли преимущественно локализовались в правом подреберье, у половины пациентов они были умеренными или сильными. У всех пациентов боли носили приступообразный характер, возникали после еды, провоцировались приемом жирной или жареной пищи. У 5 пациентов отмечалась иррадиация болей в спину и подвздошную область. Боли в нижней части живота, пояснице наблюдались у 11 из 15 больных I группы (73,3%). У 6 пациентов боли носили приступообразный характер, были связаны с приемом пищи. Боли в нижней части живота наблюдались у 7 из 15 больных II группы (46,7%). У 6 пациентов боли носили приступообразный характер, у одного пациента отмечались постоянные умеренные боли в левой поясничной области.

Данные представлены в таблице 1. Из представленных данных видно, что на фоне трехмесячного курса применения препарата Пролит у пациентов I группы отмечены положительные сдвиги в клинической симптоматике: к концу терапии

Таблица 1. Динамика клинических симптомов у пациентов I группы до и после лечения препаратом Пролит

Параметры	До лечения (N=15 (100%))	После лечения (где n – количество больных, имевших данный признак до лечения)		
		Не изменились	Уменьшились	Исчезли
Боли в верхней части живота	13 (86,7%)	3 (20%)	6 (46,1%)	4 (26,7%)
Боли в нижней части живота	11 (73,3%)	8 (53,3%)	–	3 (20%)

Таблица 2. Динамика клинических симптомов у пациентов II группы до и после применения препарата Пролит

Параметры	До лечения (N=15 (100%))	После лечения (где n – количество больных, имевших данный признак до лечения)		
		Не изменились	Уменьшились	Исчезли
Боли в верхней части живота	8 (53,3%)	2 (13,3%)	1 (6,7%)	5 (33,3%)
Боли в нижней части живота	7 (46,7%)	–	–	7 (46,7%)

Таблица 3. Изучение сократительной функции желчного пузыря до и после лечения

Сократительная функция	До лечения		После лечения	
	Сохранена	Снижена	Сохранена	Снижена
I группа (n = 15)	7 (46,7%)	8 (53,3%)	10 (66,7%)	5 (33,3%)
II группа (n = 15)	6 (40%)	9 (60%)	11 (73,3%)	4 (26,7%)

боли в верхней части живота были купированы и не рецидивировали у 4 (26,7%) из 13 больных (86,7%), положительная динамика в отношении интенсивности, продолжительности и частоты рецидивов болевых приступов отмечена у 6 (46,1%) из 13 больных (86,7%). У трех пациентов положительной динамики отмечено не было (20%). У 3 пациентов с почечными коликами (20%) в ходе терапии боли в нижней части живота были купированы и не рецидивировали в период наблюдения, у 8 пациентов существенной динамики не отмечено.

Во II группе боли в верхней части живота фиксировались у 8 из 15 больных (53,3%), преобладали боли в правом подреберье умеренной интенсивности, у двоих пациентов – с иррадиацией в спину. У всех пациентов боли носили приступообразный характер, были связаны с приемом пищи. Боли в нижней части живота наблюдались у 7 из 15 больных II группы (46,7%). У 6 пациентов боли носили приступообразный характер, у одного пациента отмечались постоянные умеренные боли в левой поясничной области.

Динамика клинических симптомов во II группе представлена в таблице 2.

Из представленных данных видно, что на фоне трехмесячного курса применения БАД Пролит в дозе 2 капсулы 3 р./день у пациентов II группы отмечены положительные сдвиги в клинической симптоматике. К концу терапии боли в верхней части живота были купированы и не рецидивировали у 5 (33,3%) из 8 (53,3%) пациентов, положительная динамика (уменьшение частоты и интенсивности боли) наблюдалась у одного пациента (6,7%), 2 пациента динамики не продемонстрировали (13,3%). Боли в нижней части живота были купированы (и в дальнейшем не рецидивировали) у всех пациентов к концу первого месяца терапии. Как видно из представленных данных, эффективность применения препарата в отношении клинических симптомов во II группе была выше по сравнению с I группой. Данные изучения сократительной функции ЖП до и после применения препарата представлены в таблице 3.

В I группе произошло восстановление исходно сниженной сократительной функции ЖП у 3 из 8 больных (37,5%). Во II группе после применения препарата сократительная функция ЖП восстановилась у 5 из 9 больных (55,6%). Данные УЗИ-

Таблица 4. Динамика «осадка» желчного пузыря у исследуемых больных

Группы больных	До лечения	После лечения		
	Взвесь в ЖП (п. больных)	При контроле взвеси не обнаружено	Положительная динамика в отношении объема взвеси в ЖП	Без динамики
I группа	14	5 (35,7%)	1 (7,1%)	8 (57,2 %)
II группа	12	7 (58,3%)	0	5 (41,7 %)

Таблица 5. Динамика УЗИ у пациентов с МКБ

Группы больных	Растворение конкрементов ЧЛС	Положительная динамика количества и размеров конкрементов	Без динамики
I группа (n = 14)	2 (14,3%)	0	13 (86,7%)
II группа (n = 15)	10 (66,7%)	2 (13,3%)	3 (20%)

исследования желчного пузыря представлены в таблице 4.

Осадок в ЖП наблюдался у 14 пациентов I группы: у одного пациента – осадок + мелкие холестериновые конкременты. Еще у одного пациента наблюдались мелкие холестериновые конкременты без осадка в ЖП.

У 5 из 14 (35,7%) пациентов к концу курса применения препарата Пролит осадка в ЖП не обнаружено, у одного (7,1%) пациента отмечалась положительная динамика к концу курса терапии в отношении объема осадка.

Осадок в ЖП наблюдался у 12 пациентов II группы, у троих имелись мелкие холестериновые конкременты.

После окончания применения препарата осадок сохранился у 5 пациентов, у 7 (58,3%) – осадка не обнаружено. Конкременты ЖП у двух пациентов остались прежних размеров (0,4-0,8 см), у одного пациента, исходно имевшего 2 мелких конкремента, при контроле не обнаружено одного конкремента в ЖП (0,5 см). Данные ультразвукового исследования мочевыводящей системы у пациентов I и II групп представлены в таблице 5.

Как видно из представленных данных, в I группе в ходе терапии отмечен выход конкрементов ЧЛС у двух из 14 пациентов (14,3%). У больных II группы наблюдалось растворение микролитов у 10 пациентов (66,7%),

из них у 8 – в течение первого месяца терапии. Два (13,3%) пациента продемонстрировали положительную динамику: исчезновение мелких конкрементов с сохранением крупного (18 мм) – у одного пациента и уменьшение в размерах крупного конкремента (23 мм) до 0,8 см – у второго пациента. Три (20%) пациента (с конкрементами 0,4-0,6 см) динамики не продемонстрировали.

НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЯВЛЕНИЯ

Аллергических реакций не отмечено. У двух пациентов I группы и одного пациента II группы наблюдались почечные колики при выходе конкрементов. В дальнейшем боли не рецидивировали.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сочетание МКБ и ЖКБ является редким в клинической практике, и для нас представлялось интересным оценить действие БАД Пролит у таких больных. В результате проведенного клинического исследования доказано положительное действие препарата Пролит на клиническое течение заболевания у пациентов с начальной стадией ЖКБ: боли были купированы или уменьшились у 10 (13) пациентов I группы (76,8%) и у 6 (8) пациентов II группы (75%).

Согласно инструментальным данным, сократительная функция ЖП восстановилась у 3 (8) больных I группы (37,5%) и 5 (9) больных II группы (55,6%).

Положительная динамика в отношении объема осадка в ЖП была достигнута у 6 (14) пациентов I группы (42,8%) и 7 (12) пациентов II группы (58,3%). Отмечено растворение мелкого холестеринового конкремента в ЖП у одного (3) пациента II группы.

У пациентов с МКБ растворение конкрементов или положительная динамика в отношении их размеров и количества отмечены у двух (14) пациентов (14,3%) I группы и 12 (15) пациентов (80%) II группы. Этим данным соответствуют и клинические проявления – положительный эффект в отношении болей в нижней части живота и пояснице отмечен у 3 (11) пациентов II группы (27,3%) и у 7 (7) пациентов II группы (100%).


Таким образом, Пролит можно эффективно назначать в качестве монотерапии у пациентов, имеющих МКБ в сочетании с ЖКБ.

ВЫВОДЫ

1. Пролит эффективен в отношении клинических симптомов, связанных как с МКБ, так и с начальной стадией ЖКБ. При МКБ эффект препарата зависит от дозы.

2. Литолитическое действие препарата Пролит у пациентов с МКБ наиболее выражено при применении препарата в дозе 2 капсулы 3 раза в день.

3. Препарат эффективно влияет на сократительную способность ЖП, что приводит к восстановлению гомогенности содержимого его полости у пациентов с начальной стадией ЖКБ. Наилучший эффект достигнут при применении препарата в дозе 2 капсулы 3 раза в день. То есть в этом случае эффект также зависит от дозы.

4. У большинства больных препарат не вызывает побочных действий. У 3 больных (10%) отмечено возникновение почечной колики после начала применения препарата, что было связано с отхождением конкрементов ЧЛС. 

Список литературы:

- Ильченко Л.Ю., Голованова Л.Е. Урсодиэзоксиколовая кислота. К 100-летию обнаружения. // Consilium-medicum. 2002, № 6, с. 2-6.
- Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001, с. 3.
- Липницкий Е.Н. и др. Механизм холелитиаза. Международный медицинский журнал. 2001. №2, с. 164-169.
- Толчий Н.В. Возможность применения препаратов восточной медицины в работе общепрактикующего (семейного) врача (обзор клинических исследований). «Поликлиника». 2005, № 3, с. 4.
- Соколов С.Я., Замотаев И.А. Справочник по лекарственным растениям. Фитотерапия. М. 1989.

ПРОЛИТ-СУПЕР КАПСУЛЫ

РЕКОМЕНДОВАН В КАЧЕСТВЕ БАД К ПИЩЕ -
ИСТОЧНИКА ГЛИКОЗИДОВ, ПАНАКСОЗИДОВ, САПОНИНОВ,
ФЛАВОНОИДОВ, ЭФИРНЫХ МАСЕЛ



СОСТАВ:

листья шелковочашечника курчавого, листья почечного чая,
корень женьшеня настоящего, морской конек, корневище императы
цилиндрической, корень солодки голой.

**В классической восточной фитотерапии
этот рецепт применяется для:**

- выведения из почек и желчного пузыря мелких камней и песка;
- профилактики и предупреждения воспалений, профилактики почечных колик;
- комплексного лечения дискинезии желчевыводящих путей.

Свойства: основным компонентом "Пролит-супер капсул" является уникальное растение - шелковочашечник (стробилант) курчавый или кеджибеллинг - жемчужина индонезийской флоры. Он обладает исключительно редким свойством разрушать конкременты (камни) в почках и мочевыводящем тракте, желчном пузыре и желчных протоках. Это свойство растения позволяет добиваться феноменальных результатов при мочекаменной и желчнокаменной болезнях. Другие лекарственные травы, входящие в состав препарата «Пролит-супер капсулы», имеют диуретическое действие, сопровождающееся усиленным выделением из организма мочевины, мочевой кислоты и хлоридов; антиспастическое, расслабляющее действие на гладкую мускулатуру, что облегчает боли при прохождении конкрементов (камней, песка) по мочеточнику, мочеиспускательному каналу и желчным протокам; а также легкое слабительное действие, улучшающее эвакуаторную функцию кишечника. Благодаря бактерицидным свойствам этих растений удастся предупреждать развитие воспалений в мочевыводящей и желчевыводящей системах.

Рекомендации по применению: взрослым - по 1-2 капсулы 2-3 раза в день во время еды с пищей. Продолжительность приема - 30 дней.

Противопоказания: беременность, кормление грудью, индивидуальная непереносимость компонентов продукта. Перед применением рекомендуется проконсультироваться с врачом.

Условия хранения: в сухом прохладном, защищенном от света месте.

Реализация через аптечную сеть и специализированные отделы торговой сети.

Срок годности: 3 года.



Форма выпуска:
60 капсул по 600 мг

ПРОИЗВЕДЕНО В ИНДОНЕЗИИ

**Разрешено
к применению в России.**

Не является лекарством.

Урсodeоксиhoлевая кислота в гастроэнтерологии

О.Н. МИНУШКИН,
д.м.н., профессор
УНМЦ управления делами
Президента РФ

Вопросы использования высушенной желчи бурого медведя в лечении болезней печени, желудка, кишечника уходит в глубь веков (древний Китай). Современный этап изучения влияния желчных кислот на органы желудочно-кишечного тракта начинается в 1902 году, когда немецкий исследователь О. Хаммерстен описал желчную кислоту полярного медведя и впервые ввел термин «урсохолевая кислота». С тех пор начали использоваться первые препараты, показавшие эффект при заболеваниях печени. Было установлено, что лечебным эффектом обладает урсodeоксиhoлевая кислота, которая в середине 50-х годов прошлого века была синтезирована японскими учеными.

С этого времени начинается планомерное изучение желчи и клиническая оценка эффективности УДХК у больных желчнокаменной болезнью и заболеваниями печени. Желчь человека содержит соли желчных кислот, состоящих из хенодеоксиhoлевой, холевой и деоксиhoлевой кислот. Она содержит

также и УДХК, но ее нормальное содержание не превышает 5% от общего пула желчных кислот (1, 2). УДХК – это третичная нетоксичная желчная кислота, которая синтезируется в печени из 7-кетолитохолевой кислоты, являющейся продуктом бактериального окисления хенодеоксиhoлевой кислоты. УДХК более полярна и гидрофильна по сравнению с другими желчными кислотами, что исключает возможность образования токсичных для клеток печени мицелл.

В экспериментальных работах показано, что при использовании УДХК в дозе 10-15 мг/кг в сутки содержание токсичных желчных кислот снижается и УДХК становится основным компонентом желчи (1, 3, 4, 5).

МЕТАБОЛИЗМ УДХК

- В печени происходит эффективная конъюгация УДХК с глицином, таурином, N-ацетилглюкозамином, глюкуроновой кислотой и сульфатом. После этого она попадает в желчь.

- В тонкой кишке конъюгаты пассивно всасываются в терминальной

части тонкой кишки – всасываются активно.

- Вновь попадают в печень и вступают в новый цикл.
- Невсосавшиеся конъюгаты в толстой кишке метаболизируются бактериями и выводятся преимущественно с калом.

ИЗВЕСТНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ДЕЙСТВИЯ УДХК ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

- I. Холеретический эффект:
 - 1) вытеснение пула токсичных гидрофобных желчных кислот за счет конкурентного захвата рецепторов в подвздошной кишке;
 - 2) стимуляция экзоцитоза в гепатоцитах путем активации Са-зависимой L-протеиназы, что уменьшает концентрацию гидрофобных желчных кислот;
 - 3) индуцирует бикарбонатный холерез, что увеличивает выведение гидрофобных желчных кислот в кишечник.
- II. Цитопротективный эффект:
 - встраивается в клеточную мембрану гепатоцита, которая становится более устойчивой к повреждающему действию токсичных агентов.
- III. Антиапоптотический эффект:
 - снижает концентрацию ионизированного Са в клетках, что предотвращает выход цитохрома С из митохондрий, блокирующий, в свою очередь, активацию каскада и апоптоз гепатоцитов и холангиоцитов.
- IV. Иммуномодулирующий эффект:

Кроме заболеваний печени, желчь и ее компоненты участвуют в патогенезе многих заболеваний органов пищеварения (ГЭРБ – тот вариант ее, где основным компонентом повреждения являются желчные кислоты, рефлюкс-гастрит, желчнокаменная болезнь; некоторые варианты панкреатита, холестероз желчного пузыря, дискинезии желчных путей, хроническая билиарная недостаточность, функциональная диспепсия, профилактика колитов, рака толстой кишки).

- уменьшает экспрессию молекул HLA I класса на гепатоцитах и HLA II класса на холангиоцитах, что предотвращает активацию цитотоксических Т-лимфоцитов;

- снижает синтез иммунокомпетентного Ig M, что уменьшает продукцию аутоантител;

- оба механизма ведут к снижению иммунопатологических реакций;

- снижает продукцию провоспалительных цитокинов (ИЛ – 1, 2, 6, TNF- α , ИНФ- γ).

V. Гипохолестеринемический эффект:

- снижает всасывание холестерина в кишечнике;

- снижает синтез холестерина в печени и уменьшает его поступление в желчь.

VI. Литолитический эффект:

- уменьшает содержание холестерина в желчи и снижает ее литогенность, обеспечивая растворение образованных и предупреждает образование «новых» камней.

VII. Антифибротический эффект:

- ингибирует пролиферативную активность фибробластов, стимулированную фактором роста трофоцитарного происхождения;

- уменьшает функциональную активность звездчатых клеток, связанную с поглощением апоптозных телец;

- уменьшает дегенерацию гепатоцитов и пролиферацию холангиоцитов (6, 7, 8, 9).

Перечисленные выше механизмы действия урсодезоксихолевой кислоты (Урсосан) – являются физиологическим обоснованием в клинической практике. Уже сегодня для многих заболеваний печени препараты УДХК являются средством выбора, для некоторых – в сочетании в варианте лечения, что заметно улучшает прогноз лечения; для некоторых – как симптоматическая терапия.

Если рассматривать современный патогенез заболеваний печени – УДХК воздействует на основные патогенетические механизмы развития и прогрессирования заболеваний и не имеет аналогов по механизму действия. Уже теперь УДХК

существенно улучшила прогноз многих болезней печени и открыла перспективы для еще более широкого использования.

Кроме заболеваний печени, желчь и ее компоненты участвуют в патогенезе многих заболеваний органов пищеварения (ГЭРБ – тот вариант ее, где основным компонентом повреждения являются желчные кислоты, рефлюкс-гастрит, желчнокаменная болезнь; некоторые варианты панкреатита, холестероз желчного пузыря, дискинезии желчных путей, хроническая билиарная недостаточность, функциональная диспепсия, профилактика колитов, рака толстой кишки).

Всего к настоящему моменту препараты УДХК используются в лечении более 40 заболеваний и функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ УРСОСАНОМ (СОБСТВЕННЫЕ ДАННЫЕ)

Представленные данные основаны на изучении и лечении 600 больных с различной патологией органов пищеварения:

Лечение больных с патологией желчного пузыря

Предпосылкой к растворению холестеринных желчных камней является перенасыщение желчи холестерином, а в качестве способствующих факторов рассматриваются следующие:

- увеличение доли деоксихолевой кислоты в желчи;

- наличие в желчи субстанций (гликопротеинов), способствующих кристаллизации и ускоряющих формирование кристаллов моногидрата холестерина;

- нарушение опорожнения желчного пузыря.

Урсодезоксихолевая кислота влияет на все патогенетические факторы. Существуют также необходимые условия, которые должны быть соблюдены:

- желчные камни должны быть холестеринными;

- максимальный диаметр камня не должен превышать 10 мм;

- желчный пузырь должен нормально функционировать;

- просвет желчного пузыря должен быть заполнен камнем не более чем наполовину;

- пузырный проток должен быть проходим;

- так как возможны рецидивы камней, то препараты УДХК могут быть эффективным методом профилактики.

I группа – оценке эффективности лечения Урсосаном были подвергнуты 60 больных (40 женщин, 20 мужчин), средний возраст составил $50,7 \pm 3,1$ года (от 31 до 72 лет).

Механизмы действия урсодезоксихолевой кислоты (Урсосан) – являются физиологическим обоснованием в клинической практике. Уже сегодня для многих заболеваний печени препараты УДХК являются средством выбора, для некоторых – в сочетании в варианте лечения, что заметно улучшает прогноз лечения; для некоторых – как симптоматическая терапия.

Характер патологии:

- билиарный сладж – 30 больных;
- множественные камни (3-5 мм) – 20 больных;

- множественные камни (6-10 мм) – 6 больных;

- единичные камни (6-10 мм) – 4 больных.

Схема терапии: Урсосан 10 мг/кг/сутки – для больных желчнокаменной болезнью; 5-7 мг/кг/сутки – для больных сладжем. Срок лечения составил 6-12 месяцев. Контроль УЗИ – 1 раз в 2-3 месяца.

Результаты лечения:

- полное растворение камней, осадка – 50 больных;

- уменьшение размеров камней – 6 больных;

- без динамики – 2 больных;

- увеличение размеров камней – 2 больных.

Шесть больных, у которых зафиксировали уменьшение размеров камней, потребовали продолже-



ние лечения в тех же дозах или увеличение дозы препарата при нормальной переносимости лечения. Средние сроки растворения составили 1 год 3 месяца. Увеличение дозы могло быть проведено и в более ранние сроки (6 месяцев терапии, если уменьшение размеров камней или общего объема их составило менее 50% от исходных показателей). 4 больных, которые не проявили тенденцию к растворению камней, в течение года были оперированы. Камни у них носили билирубиновый характер. Переносимость лечения была хорошей, у 4 больных отмечена тенденция к послаблению стула, которая носила временный характер и не потребовала отмены лечения или уменьшения дозы.

В целом результаты лечения больных ЖКБ Урсосаном должны быть оценены как весьма хорошие, а при соблюдении показаний этот метод может рассматриваться как альтернатива операции.

II группа – больные, страдавшие холестерозом желчного пузыря (30 больных). Холестероз желчного пузыря (ХЖП) – заболевание, характеризующееся нарушением обмена холестерина с преимущественным отложением его в стенку желчного пузыря. Причина отложения ХС в стенку желчного пузыря не совсем ясна. Существует точка зрения, что это один из вариантов желчнокаменной болезни. Это представляется маловероятным. Они (ЖКБ и ХЖП) протекают как два самостоятельных заболевания, а камень если и образуются при ХЖП, то в

тот период, когда заметно снижается сократительная способность желчного пузыря. Единственно, что по-настоящему делает их схожими, – это эффективность лечения препаратами желчных кислот и то только в случаях «холестериновых» камней.

Форма болезни: 20 больных – сетчато-полипозная форма и 10 больных – диффузная сетчатая форма.

Средний возраст больных составил $45,6 \pm 7,3$ года (разброс от 19 до 70 лет). Женщин было 13, мужчин – 17. У мужчин болезнь развивается в более молодом возрасте.

Схема лечения: Урсосан 15 мг/кг/сутки; срок лечения от 6 месяцев до 1,2 года в лечебных дозах; поддерживающие дозы – 7,5 мг/кг/сутки (варианты: перманентный, прерывистый).

Результаты лечения

Общая эффективность лечения с восстановлением стенки желчного пузыря достигнута у 70% больных. Средние сроки лечения составили 9 месяцев (у части больных – до 6 месяцев, у части – 1-1,2 года). У молодых пациентов сроки эффективного лечения были короче: 5-6 месяцев. Больных с неполным эффектом переводили на поддерживаемое лечение. Эффективность этого лечения оценивали с позиции удержания достигнутого эффекта (по отложениям холестерина в стенке и по повышению сократительной способности желчного пузыря). У 3 больных (10%) эффекта не было. Мы связали это с резким снижением

сократительной способности желчного пузыря и не достижении в нем эффективной концентрации УДХК. Эти больные были переданы хирургам для проведения холецистэктомии.

В целом мы рассматриваем терапию больных ХЖП Урсосаном как весьма эффективную.

Остается нерешенным вопрос о показаниях к лечению, дозах, продолжительности, не отработаны схемы поддерживающего лечения. Но перспективы лечения больных ХЖП препаратами УДХК обнадеживают.

Результаты лечения Урсосаном больных с хроническими заболеваниями печени

Первичный билиарный цирроз (ПБЦ) (негнойный деструктивный холангит, при котором воспалительные изменения поражают прежде всего междольковые и септальные желчные протоки с постепенным распространением на перипортальные поля; вторым компонентом болезни является фиброз, постепенно прогрессирующий в цирроз печени).

Осложнениями заболевания являются портальная гипертензия со всеми последствиями ее и прогрессирующая печеночная недостаточность. В основе заболевания лежат, скорее всего, аутоиммунные процессы, связанные с разрушением желчных протоков.

Диагностика основана на выявлении антимитохондриальных антител (АМА), антинуклеарных антител (АНА) в сочетании со специфической морфологической картиной, свойственной ПБЦ. Наиболее стойким биохимическим изменением является повышение уровня щелочной фосфатазы (ЩФ) и ГГТП. Уровень холестерина также повышается, но это не носит стойкого характера.

Основными препаратами для лечения ПБЦ являются цитостатики и иммунодепрессанты, но и лечение ими рассматривается как симптоматическое, так как остается неясной этиология заболевания. В ряду симптоматической терапии все

Препараты урсодезоксихолевой кислоты имеют небольшую историю клинического применения, но они за этот короткий период укрепили свои позиции. Начав с растворения холестериновых камней, расширили показания по заболеваниям печени, вышли за пределы печени и билиарной системы в лечении заболеваний пищевода, желудка, поджелудочной железы (всего на сегодняшний день они используются в лечении 40 нозологических форм). Есть все основания думать, что влияние на апоптоз и иммунную систему вскоре заметно расширит круг болезней, при которых они войдут в комплекс лечения.



урсодеоксихолевая кислота

УРСОСАН

Первая звезда гепатологии



- Урсосан – препарат первого выбора для патогенетической терапии заболеваний печени и желчевыводящих путей
- Воздействует на все известные звенья патогенеза заболеваний печени и желчевыводящих путей. Активное вещество препарата не имеет аналогов по механизму действия
- Урсосан внесен в Федеральный льготный список лекарственных средств ДЛО (приказ Росздравнадзора № 702-пр/04 от 27.12.2004 г.)
- Урсосан:
Высокая эффективность доказана ведущими медицинскими центрами России
Стандарты качества Европейского Союза (сертификаты GMP и ISO)
Фармакоэкономические преимущества

большее место завоевывают препараты урсодеооксиголевой кислоты. Так как их эффект оказался дозозависимым, то использование эффективных доз поставило эту терапию в разряд первоочередной. Выбор используемых доз препаратов зависит от стадии заболевания.

Наш опыт лечения Урсосаном составляет 22 больных ПБЦ. Все больные – женщины, средний возраст составил $53,1 \pm 3,2$ года. Диагноз ставился на основании биохимического синдрома холестаза, который фиксировался на протяжении 2-5 лет, наличия антимитохондриальных антител (АМА) у всех больных (в титре 1:80 – 1:640). У части больных проводилась пункционная биопсия с морфологическим изучением биоптата. Всем больным проводились вирусологические исследования (В, С, G, ТТ): по данным ПЦР, результат у всех отрицательный.

Урсосан назначался в дозе 15 мг/кг массы тела, лечение проводилось в течение года (по протоколу), биохимический контроль каждые 3 месяца:

В первые 3 месяца значительно уменьшился или полностью нормализовался «синдром цитолиза»:

АЛТ – $103,7 \pm 2,3 \rightarrow 46,4 \pm 8,7$;

АСТ – $67,0 \pm 4,9 \rightarrow 33,2 \pm 7,7$.

Уменьшился уровень холестаза:

ЩФ – $369,9 \pm 4,2$ (исходно) $\rightarrow 280,3 \pm 37,2$ (через 3 мес.);

ГТПП – $207 \pm 3,3$ (исходно) $\rightarrow 99,9 \pm 6,4$ (через 3 мес.).

В дальнейшем положительная динамика продолжалась с нормализацией цитолиза и заметным уменьшением и стабилизацией синдрома холестаза и уровня АМА.

В последующем мы продолжали наблюдать больных и проводить

поддерживающее лечение Урсосаном в суточной дозе 500-750 мг. При попытке отменить лечение, как правило, биохимические показатели, титр АМА повышались, нередко превосходя исходные показатели, и требовали перехода к лечебным дозам либо (у 4 больных) к суточной дозе Урсосаном 20 мг/кг/сутки.

К настоящему времени период наблюдения составляет 5-6 лет, состояние больных – стабильное, самочувствие вполне удовлетворительное.

В целом мы оценили результаты лечения Урсосаном как весьма положительные. Сравнительный анализ с данными прошлых лет (лечение колхицином, метатрексатом) показали преимущества лечения, исход и течение ПБЦ – на фоне УДХК. Хотелось бы отметить также отсутствие послабления у этой группы больных.

Хронический гепатит С, холестатический вариант – 30 больных, получавших Урсосан в суточной дозе 12-15,0 мг/кг/сутки.

Хронический алкогольный гепатит, холестатический вариант – 30 больных. Урсосан использован в суточной дозе 15 мг/кг/сутки.

Хронический гепатит В – 30 больных (20 из них имели холестатический вариант).

Первичный склерозирующий холангит – 2 больных, продуктивная фаза, оба больных имели холестаз, клинически – кожный зуд.

Больные с хроническим вирусным гепатитом не имели возможности получать противовирусную терапию, а терапия Урсосаном рассматривалась как симптоматическая.

Средний возраст больных составил $51,2 \pm 8,6$ лет (с разбросом от

24 до 70 лет), продолжительность заболевания в среднем составила 10,5 лет (диагностика в учреждениях Медицинского Центра осуществлялась по диспансеризации на базе городской больницы; в большинстве случаев мотивом к госпитализации и «транспортным» диагнозом был диагноз – механическая желтуха). Степень активности процесса была умеренная – уровень трансаминаз составил 4-5 норм, холестаз умеренный. В группе алкогольного гепатита холестаз был выраженным: ЩФ – 3-5 норм, ГТПП – 10-15 норм.

Продолжительность терапии лечебными дозами составила 6 месяцев и 1 год – для больных ПСХ.

Переносимость терапии, в целом, была нормальной, у 4 больных отмечено послабление стула, не потребовавшее изменения характера лечения.

Максимально быстро удалось достичь эффекта по отношению к кожному зуду (2 месяца); динамика биохимических показателей – к третьему месяцу лечения с сохранением этой тенденции к шестому месяцу. У больных алкогольной болезнью синдром цитолиза имел заметно более быструю динамику по сравнению с вирусным гепатитом. У 6 больных с АБП, показавших замедленную динамику синдрома холестаза, были использованы большие дозы УДХК (20 мг/кг/сутки). Больные с ПСХ продемонстрировали медленную реакцию как по отношению к кожному зуду, так и по отношению к биохимическому симптомокомплексу.

Полная отмена препарата через 2-4 недели приводила у 1/3 больных к возврату активности процесса и требовала возобновления лечения, особенно у больных с кожным зудом.

Анализ этих случаев показал, что динамика биохимического симптомокомплекса была более медленной. С нашей точки зрения, эта клиническая ситуация требует либо более медленной отмены лечения, либо перевода больных на поддерживающее лечение в суточной дозе 250-500 мг Урсосана.

Урсодезоксиголевая кислота более полярна и гидрофильна по сравнению с другими желчными кислотами, что исключает возможность образования токсичных для клеток печени мицелл.

В экспериментальных работах показано, что при использовании УДХК в дозе 10-15 мг/кг в сутки содержание токсичных желчных кислот снижается и УДХК становится основным компонентом желчи.

Опыт лечения Урсосаном отдельных групп больных

Хроническая билиарная недостаточность (ХБН) – в группу вошли больные с патологией печени и уменьшенной продукцией желчи, больные с холецистэктомией и значительными потерями желчных кислот, больные с правосторонней гемиколэктомией и нарушением вторичного обмена желчных кислот.

Диагностировали ХБН на основании клинических проявлений (непереносимость жирной пищи, послабление стула, стеаторея, признаки недостаточности витаминов группы В), по дебиту холевой кислоты – при этапном хроматическом дуоденальном зондировании.

Всего было изучено 30 больных (мужчин – 17, женщин – 13). Средний возраст – 43,6 лет.

Клинический симптомокомплекс включал: снижение массы тела, дискинезию толстой кишки с склонностью к диарее и стеаторее, боли в животе, нарушение синтеза витаминов группы В.

Урсосан назначался в дозе 10 мг/кг/сутки курсом 1-3 месяца. Эффективность терапии оценивалась по динамике клинических проявлений.

В целом мы оценили терапию как эффективную. Эффект сохранялся от 3 до 6 месяцев. Лечение возобновлялось при возврате симптомов билиарной недостаточности.

Хронический рефлюкс-гастрит

Основным механизмом развития этого заболевания являлся заброс дуоденального содержимого в желудок, а фактором повреждения при этом считались желчные кислоты. Назначение Урсосана пре-

следовало цель изменить синтез желчных кислот, уменьшив в пуле количество токсичных.

Общее количество больных составило 20 человек (мужчин – 10, женщин – 10). В основе рефлюкса лежала патология двенадцатиперстной кишки, хронический панкреатит, патология кишечника, приводящие к дуоденостазу или повышению внутрибрюшного давления. Урсосан назначался в суточной дозе 10 мг/кг/сутки; продолжительность лечения составила 2 месяца. Клинические проявления заключались в появлении чувства тяжести в эпигастрии во время или вскоре после еды. Диагностика – морфоэндоскопическая – исходно и после лечения.

Клинический эффект зафиксирован через 2-3 недели лечения, во всех случаях регистрировалось эндоскопическое улучшение. Эффект терапии сохранялся в течение 3-6 месяцев и он заметно удлинялся при лечении причины, приведшей к дуоденостазу и повышению внутрибрюшного давления, стимулировавших дуодено-гастральный рефлюкс.


Рефлюкс-эзофагит у больных после гастроэктомии – 5 человек. Повреждающим агентом являлись желчные кислоты. Урсосан назначался в суточной дозе 750 мг, продолжительность лечения – от 6 до 12 месяцев. Купирование изжоги наступило в течение 3-4 недель лечения. У всех больных была эрозивная форма эзофагита, положительная эндоскопическая динамика – в течение 4-6 месяцев, по достижении которой доза Урсосана может быть уменьшена до 250 мг/сутки, продолжительность лечения на сегодняшний день не определена,

возможно, лечение должно носить прерывистый характер.

ОБЩЕЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Препараты урсодезоксихолевой кислоты имеют небольшую историю клинического применения, но они за этот короткий период укрепили свои позиции. Начав с растворения холестериновых камней, расширили показания по заболеваниям печени, вышли за пределы печени и билиарной системы в лечении заболеваний пищевода, желудка, поджелудочной железы (всего на сегодняшний день они используются в лечении 40 нозологических форм). Есть все основания думать, что влияние на апоптоз и иммунную систему вскоре заметно расширит круг болезней, при которых они войдут в комплекс лечения.

Урсодезоксихолевая кислота – это третичная нетоксичная желчная кислота, которая синтезируется в печени из 7-кетолитохолевой кислоты, являющейся продуктом бактериального окисления хенодезоксихолевой кислоты. УДХК более полярна и гидрофильна по сравнению с другими желчными кислотами, что исключает возможность образования токсичных для клеток печени мицелл.

Наш опыт лечения Урсосаном подтверждает эту точку зрения, показывает хороший эффект лечения некоторых заболеваний желудочно-кишечного тракта, намечает пути коррекции принятых схем лечения и активно приглашает к его использованию в лечении. 

Список литературы:

1. Буевров А.О. Урсодезоксихолевая кислота при алкогольной болезни печени: патогенетическое и клиническое обоснование применения. «Клинические перспективы гастроэнтерологии и гепатологии», № 1, 2004, 15-20.
2. Надинская М.Ю. Исследование применения урсодезоксихолевой кислоты в гепатологии с позиции медицины, основанной на научных доказательствах. Consillium medicum, 2003, т. 5, № 6, 318-322.
3. Рейзис А.Р. Урсодезоксихолевая кислота – Урсосан: действие и сферы применения в настоящем и будущем. Медицинское информационное издание, выпуск № 1, 2007 г., 1-11 стр.
4. Рейзис А.Р. Применение препаратов урсодезоксихолевой кислоты (Урсосана) в лечении острых и хронических вирусных гепатитов. Информационное письмо 2006 г., стр. 1-19.
5. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей. Гэотар – Медицина, 2002, с. 3, 254.
6. Beuers U. et all. Formation of isoursodeoxycholic acid in man. J. Hepatologi 1991, 13, 97-103.
7. Hempeling W. et all. Systematic review unca – adverse effects and drug interactions. Aliment Pharmacol, 2003, 18, 963-972.
8. Neuman D. Hepatoprotective properties of UDCA. J. Gastroenterology, 1993, 104, 1865-70.
9. Hofman A. Pharmacology of UDCA an enterohepatic drug. Scand. J. Gastroenterology suppl., 1994, 204, 1-15.

СИНДРОМ ИЗБЫТОЧНОГО ВСЕГДА ЛИ МЫ ЕГО

VIII съезд
Научного общества
гастроэнтерологов России.
Москва, 4-7 марта, 2008 г.

6 марта 2008 г. в Большом зале Дома ученых РАН в рамках VIII съезда Научного общества гастроэнтерологов России состоялся симпозиум «Синдром избыточного бактериального роста: всегда ли мы его диагностируем и лечим?». Симпозиум состоялся при поддержке фирмы «Солвей Фарма». В работе симпозиума приняли участие более 200 врачей из многих регионов России. С научными докладами выступили профессор, заведующий отделением патологии желчевыводящих путей ЦНИИ гастроэнтерологии А.А Ильченко, профессор, академик РАЕН Э.П. Яковенко, профессор Е. А. Белоусова.



А.А. Ильченко,
д.м.н., профессор, заведующий отделением патологии
желчевыводящих путей ЦНИИ гастроэнтерологии

О синдроме избыточного бактериального роста мы говорим в той ситуации, когда количество микробов в тонкой кишке превышает 10³-10⁴ на один грамм кишечного содержимого. Если отталкиваться от физиологической роли желчи, то одной из ее функций является способность подавлять рост кишечной микрофлоры в двенадцатиперстной кишке.

В настоящее время для характеристики количества и качества, поступающей желчи, ее вида существует термин билиарной недостаточности, который трактуется как уменьшение количества желчи и желчных кислот, поступающих в кишечник за один час после введения раздражителя. Выделяют три степени: легкая, средняя и тяжелая. В нашей клинике мы часто встречаемся с легкой и средней степенью билиарной недостаточности и за-

нимаемся консервативным лечением патологии билиарного тракта. По нашим данным, она выявлена у значительного большинства обследованных больных, практически у 92%. Если проанализировать уровень желчных кислот у пациентов с различными вариантами патологии, то здесь имеются достаточно широкие колебания, что и обеспечивает разные степени билиарной недостаточности.

Естественно, если мы корригируем билиарную недостаточность, мы повышаем и бактерицидное свойство желчи. Каким образом происходит коррекция? Здесь ничего нового не придумали, это естественное замещение дефицита желчных кислот. В наших исследованиях представлен анализ клинической симптоматики, представлено девять клинических симптомов, которые наиболее часто встречаются у больных с билиарной дисфункцией, и показано, что на фоне курса терапии происходит положительная динамика, но у трети больных сохраняются диспепсические расстройства, ко-


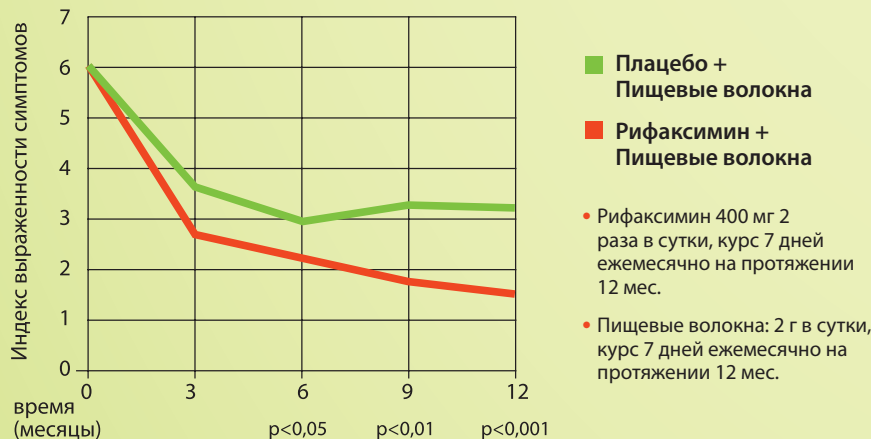
торые, видимо, имеют другой генез. Сегодня я могу представить вам новый препарат Альфа Нормикс (рифаксимин) с достаточно широким спектром действия, который влияет как на аэробную, так и на анаэробную микрофлору, как грамположительную, так и грамотрицательную. Препарат практически не всасывается через слизистую оболочку кишечника, т.е. не обладает дезактивными действиями и, естественно, не оказывает каких-то побочных эффектов. Основным механизмом является ингибирование бактериальной РНК. Он практически не всасывается в кровь при оральном приеме внутрь, зато достигает высокого уровня концентрации в слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта. За счет этого он обладает превосходным профилем безопасности, оказывает селективное воздействие на органы ЖКТ. И хотя он только появился на нашем фармацевтическом рынке, видимо, это будет препарат выбора при лечении синдрома избыточного бактериального обсеменения. 

Рисунок 1. Снижение выраженности клинических симптомов избыточного бактериального роста на фоне терапии рифаксимином



БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА: ДИАГНОСТИРУЕМ И ЛЕЧИМ?

Повышенная кислотность и кислотозависимое заболевание – это проблема практически всей гастроэнтерологии. Какие мы имеем виды нарушения микрофлоры? Это, конечно, кишечные инфекции.

А вот дисбактериоз кишечника – это условно патогенная микрофлора. Но это тоже избыточный бактериальный рост. Как только начинается перевес бактерий, появляется избыток газа, нарушается химия кишечного содержимого, раздувается кишечник, появляются боль, нарушения стула, понос, запор. Но это не собственное клиническое проявление болезни, а проявление именно избыточного бактериального роста. Дисбактериоз – это синдром какого-то заболевания. Поэтому лечение основного заболевания – это и есть идеология лечения. Оно должно присутствовать, но дальше мы должны восстановить кишечную микрофлору. Как восстанавливать нормальную микрофлору? В зависимости от диспепсии. В 90% случаев развивается бродильная диспепсия. Особенно у женщин. Поскольку они борются с избыточным весом и насыщение получают от растительной пищи. Но она не физиологична для человека. Мы едим растительную клетчатку, но для чего? В основном для того, чтобы у человека был ежедневный стул. Если у человека есть бродильная диспепсия – на семь дней он должен стать плотоядным, то есть резко ограничить растительные продукты.

Далее. Есть показания для назначе-

ния антибактериальных препаратов.

Первое, что вы должны понять, – есть или нет транслокация кишечных бактерий. От этого зависят ваши действия. Если есть транслокация, вы должны дать всасывающиеся препараты, которые простерилизуют билиарную систему, мочевые пути. Если транслокации нет, значит, нужны кишечные антисептики, которые не всасываются, и подавляют рост микрофлоры в тонкой и толстой кишке. Новый антибиотик Альфа Нормик (рифаксимин) – не всасывающийся препарат. У него широкий спектр действия, он влияет на аэробы и анаэробы, действует на анальную кишечную микрофлору. По своей сути он является эубиотиоком. Назначается от 200 до 400 мг, т.е. по 1-2 таблетки два раза в день. Продолжительность лечения при острых кишечных инфекциях – 3 дня, при лечении дисбактериоза – от 5 до 7 дней. Одновременно с рифаксимином на 2-4-ой неделе назначают пробиотики, т.е. препараты, которые поддерживают рост нормальной микрофлоры в этой ситуации. При нормальном стуле и запоре препаратом выбора является Дюфалак, доза индивидуальная. При поносах – другие препараты. После антибактериальной терапии переходим на прием пробиотика. Выбор пробиотика – это целая система. Можно назначать комбинированные препараты, в состав которых входят и анаэробы, и аэробы. Одновременно назначаются кишечные абсорбенты для снижения



Э.П. Яковенко,
д.м.н., профессор, академик РАЕН, РГМУ


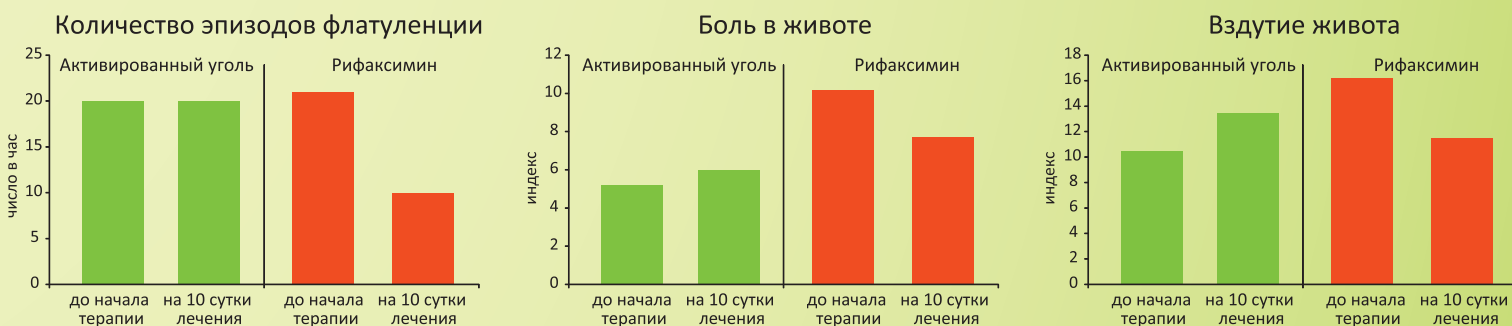
агрессивности кишечного содержимого. Ферменты назначают не с первого дня, потому что они разрушатся микрофлорой, если есть избыточный бактериальный рост. И следующее – не жалеете витаминов. В обязательном порядке – парентеральное введение витаминов В₁, В₆, никотиновой кислоты. Вы получаете улучшение трофических процессов всех органов и тканей. И если такое лечение добавить к лечению основного заболевания, эффект будет очень хороший. 

Рисунок 2. Снижение выраженности симптомов, связанных с газообразованием, на фоне терапии рифаксимином



СИНДРОМ ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



Е.А. Белоусова,

д.м.н., профессор, руководитель курса гастроэнтерологии при кафедре терапии МОНКИ им. М.Ф. Владимирского

Заболевание поджелудочной железы всегда сопровождается тремя состояниями: нарушением процессов переваривания и всасывания, развитием синдрома избыточного бактериального роста и, как следствие этого, нарушением эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта.


Дефицит панкреатических ферментов, недостаточность амилазы, приводит к вытеснению неперевариваемых нутриентов в просвет толстой кишки. Здесь развиваются брожение и гниение, что создает фон для развития микробной колонизации тонкой кишки вследствие нарушения переваривания. То есть

имеет место синдром избыточного бактериального роста. Далее, в результате действия микробных токсинов повреждаются мембранные ферменты тонкой кишки, нарушается пищеварение, и это приводит к обратной реакции: усиливается нарушение переваривания и всасывания и, соответственно, усиливается микробная контаминация. При терапии заболевания поджелудочной железы с синдромом избыточного бактериального роста прежде всего назначаются ферменты. Если мы имеем дело с выраженной экскреторной недостаточностью поджелудочной железы, то здесь должна быть адекватная, высокая доза ферментных препаратов.

Мне представляется, что наиболее эффективным и безболезненным для деконтаминации тонкой кишки является использование микробных метаболитов, таких как Хилак-форте. Ниша их действия, в основном, тонкая кишка, они улучшают ее трофику, осмолярность и рН. Также необходимо назначение таких препаратов, как Бактисубтил, Споробактерин или Энтерол, которые являются транзиторной формой для человеческого организма, но метаболизируются точно так же, как нормальная микрофлора.

При хроническом панкреатите в 40% случаев развивается синдром избыточного бактериального роста. И это те пациенты, которым обязательно нужно назначать адекватные дозы ферментов. Вот данные исследования о применении высоких доз ферментов: от 100 до 150 тыс. единиц в сутки, т.е. примерно 50 тыс. единиц на прием. У большей части пациентов, по данным водородного теста, синдром избыточного бактериального роста исчез. У меньшей части пациентов он сохранялся, но исчезли явления

метеоризма. И у определенного количества пациентов имелось клиническое улучшение, но синдром избыточного бактериального роста, по данным водородного теста, сохранялся.

Причиной этого, вероятно, явилось то, что ферменты могут разрушаться бактериальными токсинами. Поэтому именно здесь находится точка приложения для антибактериальной терапии и, в частности, для терапии Альфа Нормиксом. То что он эффективен в отношении и анаэробной, и аэробной флоры – очень большое преимущество. Он практически не вызывает бактериальной резистентности, поэтому может использоваться повторными курсами. Мы не имеем достаточного опыта применения этого препарата, но, по данным литературы, препарат мне очень импонирует. 



СЕЛЕКТИВНЫЙ КИШЕЧНЫЙ АНТИБИОТИК ШИРОКОГО СПЕКТРА ДЕЙСТВИЯ



- Острые желудочно-кишечные инфекции
- Синдром избыточного бактериального роста
- Печеночная энцефалопатия
- Воспалительные заболевания кишечника
- Профилактика инфекционных осложнений при колоректальных хирургических вмешательствах

VIII съезд Научного общества
гастроэнтерологов России.
Москва, 4-7 марта, 2008 г.

РЕЗУЛЬТАТЫ

6 марта 2008 года в Камерном зале Дома ученых РАН в рамках VIII съезда Научного общества гастроэнтерологов России состоялся симпозиум, посвященный результатам российского мультицентрового контролируемого исследования по безопасности применения НПВП «ЗАСЛОН-1», организованный фармацевтической компанией «Хемофарм». Выступивший с докладом председатель симпозиума профессор Л.Б. Лазебник представил предварительные результаты исследования «ЗАСЛОН-1», посвященного изучению безопасности применения НПВП; сопредседатель симпозиума к.м.н. Е.С. Цветкова прокомментировала результаты исследования с точки зрения ревматолога. Итоговый доклад симпозиума профессора В.Н. Дроздова был посвящен перспективам и планам следующего исследования – «ЗАСЛОН-2». Представителем региональных центров, в которых проводилось исследование, выступил профессор А.П. Ребров с докладом «Результаты исследования «ЗАСЛОН-1» в Саратове».

ТОЧКА ЗРЕНИЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА



Л.Б. Лазебник, д.м.н., профессор, президент НОГР, директор ЦНИИ гастроэнтерологии, главный терапевт Департамента здравоохранения г. Москвы

Чуть меньше года назад мы вместе с сербской ассоциацией гастроэнтерологов и при поддержке компании «Хемофарм» начали проводить международное исследование безопасности НПВП, которое назвали «ЗАСЛОН» – аббревиатура обозначающая, Защита Слизистой желудка От Нестероидных Противовоспалительных препаратов. Насущность проблемы заключается в том, что десятки тысяч людей принимают НПВП. Это препараты как бытового приема, так и применяемые для курсового лечения. И принимают их

в любой лекарственной форме. Чаще всего – в виде таблеток. Некоторые из этих препаратов могут приниматься для вторичной профилактики острых сердечно-сосудистых заболеваний и рака толстого кишечника. В некоторых странах эти препараты уже вошли в рекомендации по лечению. Но каждый раз, назначая больному НПВП, мы сталкиваемся с проблемой эрозивных и язвенных поражений в верхних отделах пищеварительного тракта. Спектр повреждений широк: верхний отдел желудочно-кишечного тракта, тонкая кишка, толстая кишка, печень, – и это только то, что мы можем увидеть. Примерно 15,9 человек на 100 тыс. населения погибают от приема нестероидных противовоспалительных препаратов, вызывающих кровотечения из верхних и нижних отделов ЖКТ, перфорации. Риск повреждения достаточно высокий: одна язва на пять пациентов, эндоскопическая язва. У одного из 70 больных разовьется клиническая язва, у одного из 150 – желудочно-кишечные кровотечения, один из 1200 обязательно умрет от кровотечения.

Информированность об этой ситуации невелика. Если о ней хорошо знают в крупных городах, то на периферии этого вообще никто не учитывает. Хорошо если участковый врач спрашивает у больных с язвой желудка или язвой двенадцатиперстной кишки, принимают ли они НПВП. Как правило – не спрашивает, и получается, что язва – сама по себе, артропатии – сами по себе. Нередко гастропатия, связанная с применением НПВП, протекает без выраженной клиники. В Москве сейчас сложилась, казалось бы, парадоксальная ситуация: количество больных с язвенной болезнью катастрофически уменьшается, а количество желудочных крово-

течений остается стабильным из года в год. И когда мы начали разбираться, оказалось, что все эти больные принимают нестероидные противовоспалительные препараты – либо по назначению врача, либо сами. Хочу привести сугубо предварительные результаты открытого рандомизированного сравнительного исследования «ЗАСЛОН-1». Мы изучали действие на слизистую оболочку желудка комбинации диклофенака и фамотицина в сравнении с диклофенаком у больных с ревматоидным артритом и с остеоартрозом. Пока удалось обследовать 179 больных, хотя мы планировали больше. Из них 73 человека с диагнозом ревматоидный артрит и 106 – с остеоартрозом. Средний возраст больных ревматоидным артритом – 44,2 года, остеоартрозом – 50,1 года. Длительность заболевания при ревматоидном артрите – 7,1 года, при остеоартрозе – 7,9 года.

Диклофенак получали 38% больных ревматоидным артритом, остеоартрозом – 43%. Что отмечено? Диспепсия при диклофенаке – у 5 человек, при диклофенаке/фамотицине – у 2-х человек. Эрозивный гастрит: диклофенак – 4, диклофенак/фамотицин – 2. Язва: диклофенак – 2, диклофенак/фамотицин – 0. Интенсивность болевых симптомов на фоне сочетания диклофенак/фамотицин не выражено. Синдром диспепсии на фоне сочетания диклофенака с фамотицином менее выражен. Итак, применение фамотицина в качестве гастропротекторной терапии, уменьшило число нежелательных проявлений со стороны желудка в 2,5 раза, фамотицин достоверно снижает явления диспепсии, развивающейся на фоне приема диклофенака. Повторяю, что это пока еще только предварительные данные.

ИССЛЕДОВАНИЯ «ЗАСЛОН-1»


ТОЧКА ЗРЕНИЯ РЕВМАТОЛОГА

При обсуждении проблемы применения нестероидных противовоспалительных препаратов очень трудно отделить ревматологию от гастроэнтерологии или кардиологии. Возможно, та терапия, которую мы применяем чаще всего – нестероидные противовоспалительные препараты, – приводит к улучшению состояния качества жизни наших больных, если ориентироваться на суставный синдром, но имеет целый ряд нежелательных эффектов. Избежать их сегодня не представляется возможным, несмотря на то что очень многие годы клинические фармакологи создавали нестероидные препараты. Все, кто занимается терапией, а тем более клиническими исследованиями, знает, что любой нестероидный противовоспалительный препарат сравнивается с «золотым стандартом» – диклофенаком. Естественно, с препаратом оригинальным, лишенным тех свойств, которые имеют некоторые его дженерики. Диклофенак в значительной степени подавляет циклооксигиназу-1 и в достаточной степени влияет и на воспалительную индукцию циклооксигиназы-2. Это и позволяет считать его стандартным препаратом при сопоставлении с ним новых, появляющихся на рынке НПВП. Еще раз хотела бы подчеркнуть, что для больных с очень широким спек-

тром заболеваний применение нестероидных препаратов не показано. Для каждого, конечно, степень выраженности этих осложнений может быть разная, но именно поражение желудочно-кишечного тракта и сосудов, безусловно, следует учитывать при назначении НПВП. Наши пациенты уже не молоды и имеют целый ряд сопутствующих заболеваний, которые, естественно, также требуют внимания при подборе терапии. Например, очевидная ситуация – сочетание артериальной гипертензии у наших больных с таким основным заболеванием, как ревматоидный артрит. Следует иметь в виду, что нестероидные препараты, которые мы назначаем, могут, по существу, нивелировать действие препаратов, которые назначаются для лечения артериальной гипертензии. Они способны приводить к повышению артериального давления у лиц, страдающих артериальной гипертензией, и, как следствие, – к развитию целого ряда состояний, самыми тяжелыми из которых является инсульт. При обработке данных нас не удивило, что эффективность лечения у лиц, которые уже получали различную терапию нестероидными препаратами, оказалась достаточно высокой. У группы пациентов с остеоартрозом оценивали боль в суставах до и после лечения. И динамика оказалась



Е.С. Цветкова,
 к.м.н., ведущий научный сотрудник лаборатории
 клинических исследований и международных связей
 института ревматологии РАМН

даже более выраженной, чем в группе у пациентов с ревматоидным артритом. Группа пациентов с ревматоидным артритом оценила состояние своего здоровья как улучшенное. По тем данным, которыми мы располагаем сегодня, не выявлено никакого клинически значимого изменения артериального давления и изменения уровня ферментов ни в одной из групп. Предварительные данные, которые мы получили, свидетельствуют о том, что при совместном применении диклофенака и фамотидина нам удалось получить противовоспалительный и анальгизирующий эффект у больных ревматоидным артритом и остеоартрозом. Не было отмены препарата из-за неэффективности ни у одного из пациентов. Я думаю, что еще более интересные данные будут, когда мы проанализируем эндоскопические результаты и сопоставим их с клиническими данными по течению ревматических заболеваний. 






А.П. Ребров, д.м.н., профессор, Саратовский государственный медицинский университет

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ «ЗАСЛОН-1» В САРАТОВЕ

В исследование «ЗАСЛОН-1» в нашем Центре было включено 42 пациента, средний возраст 51-52 года. По нозологиям: у 26 пациентов – остеоар-


троз, 14 пациентов – с ревматоидным артритом. У большинства пациентов с ревматоидным артритом была продвинутая стадия заболевания. У больных остеоартрозом в основном была вторая стадия заболевания. В целом, у больных с ревматоидным артритом и остеоартрозом была явная положительная динамика на фоне терапии диклофенаком, причем более выраженная у больных с остеоартрозом. В отношении оценки состояния: у пациентов с ревматоидным артритом положительная динамика также выражена сильнее, чем у пациентов с остеоартрозом. По переносимости терапии мы приводим данные по всей выборке больных ревматоидным артритом. У пациентов, которые принимали

только диклофенак, болевая симптоматика, сопровождаемая диспепсией, нарастала. У тех же, кто принимал диклофенак с фамотидином – абсолютно противоположная картина. У пациентов с остеоартрозом, в целом, явное улучшение по параметрам, оценивающим удовлетворенность лечением.

Несколько слов о безопасности терапии. В анализах гемоглобина и печеночных ферментов не было отрицательной динамики за все время ведения терапии. Не было негативной динамики и в отношении артериального давления. У нас не было выбытия пациентов из-за нежелательных изменений, не было той диспепсии, которая бы заставляла прерывать начатое лечение. 

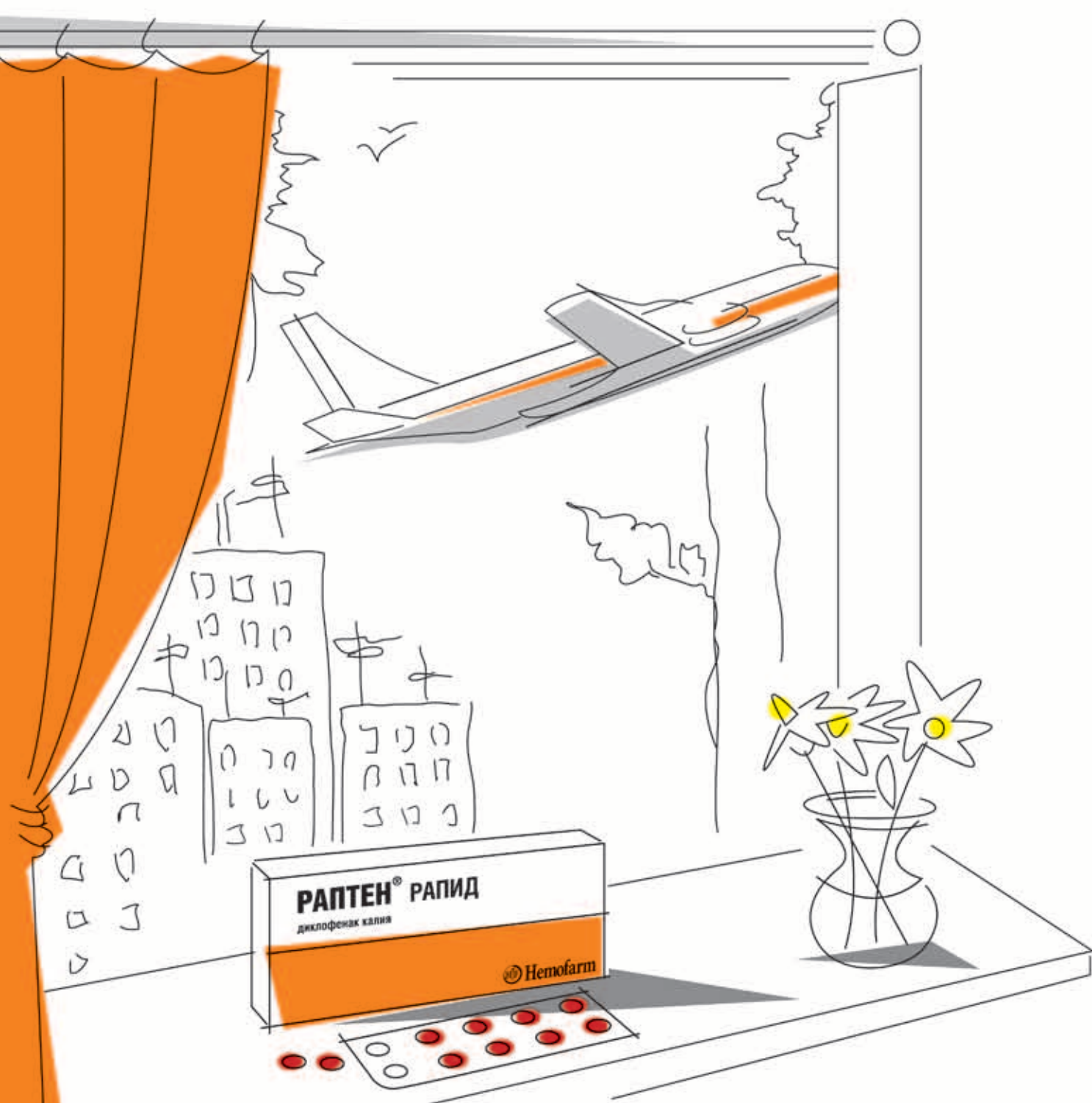
О ПЕРСПЕКТИВАХ НОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ «ЗАСЛОН-2»

Следующее клиническое исследование называется «ЗАСЛОН-2». Данное исследование, скорее всего, будет носить международный характер. Поэтому его проведение планируется в пяти медицинских центрах РФ и в пяти – республики Сербия. Длительность исследования – 6 месяцев. Целью исследования является изучение защитного действия комбинации диклофенака и гастропротектора лансопразола в сравнении с диклофенаком/плацебо на слизистую оболочку у больных с ревматоидным остеоартрозом. Критерии отбора пациентов остаются примерно теми же, что и в первом исследовании, – это пациенты 30-65 лет с ревматоидным артритом и остеоартрозом. Примерно те же самые критерии исключения из обследования: наличие активной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, язвы желудка, эрозии, выявленной при первой эндоскопии, прием других

препаратов – как нестероидных противовоспалительных, так и ингибиторов протонной помпы. Одна из групп обследуемых будет получать комбинацию диклофенак/лансопразол в дозе 100/30 мг в течение четырех недель. Больные другой группы будут получать диклофенак/плацебо в дозе 100 мг также в течение четырех недель. Защита ЖКТ от воздействия НПВП становится все более актуальной в связи с учащавшимися случаями желудочно-кишечных кровотечений и поражений слизистой. Поэтому компания «Хемофарм» совместно с ведущими ревматологами и гастроэнтерологами решила разработать комбинированные препараты, способные выполнить эту задачу. Я хочу поблагодарить компанию «Хемофарм» за сотрудничество с нами. В тезисах по результатам наших исследований будут отмечены новые лекарственные формы и их комбинации, которые позволят нам с меньшей долей риска применять весьма эффективные препараты. 



В.Н. Дроздов, д.м.н., профессор, руководитель отдела научных и клиничко-диагностических исследований ЦНИИ гастроэнтерологии



РАПТЕН РАПИД

БОЛЬ УХОДИТ БЫСТРЕЕ

- Нестероидный противовоспалительный препарат для купирования болевого синдрома
- Обезболивает также быстро, как внутримышечная инъекция
- Позитивное влияние на процессы биосинтеза в хрящевой ткани
- Хорошая переносимость

 **Hemofarm**

Представительство в Москве: ул.Трифоновская, 456
Тел.: (495) 221 70 40. Факс: (495) 221 70 46.
www.hemofarm.ru, e-mail: hemof@hemofarm.ru



VII Всероссийский конгресс «ПРОФЕССИЯ и ЗДОРОВЬЕ»

25 - 27 ноября 2008 г.

Российская академия государственной службы при Президенте РФ,
г. Москва, проспект Вернадского, 84

Организаторы Конгресса:

- АНО «Здоровье работающего населения России»;
- Совет Федерации Федерального Собрания РФ;
- Министерство здравоохранения и социального развития РФ;
- Российская академия медицинских наук;
- ГУ НИИ медицины труда РАМН;
- Общероссийская общественная организация «Здоровье работающего населения России»;
- Ассоциация промышленников горно-металлургического комплекса России;
- Федерация независимых профсоюзов России;
- Международный центр телемедицины.

Основные научные направления Конгресса:

- Сохранение здоровья работающего населения как один из стратегических приоритетов программы социально-экономического развития Российской Федерации;
- Основные направления реформирования системы управления охраной труда в современных условиях;
- Реализация корпоративных программ управления профессиональными рисками: российский и зарубежный опыт;
- Проблемы демографического развития и репродуктивного здоровья работающих;
- Совершенствование нормативно-правовой базы в сфере технического регулирования и санитарного надзора;
- Человек и производственная среда: новые технологии и материалы, средства индивидуальной и коллективной защиты, промышленная экология;
- Современные подходы в сфере медицинской, социальной и профессиональной реабилитации работников;
- Перспективы совершенствования отраслевой инновационной политики в российском здравоохранении;
- Развитие страховых принципов формирования расходов по сохранению здоровья работающих. Солидарная ответственность работников, работодателей, государства;
- Современные модели усиления мотивации работающих к ведению здорового образа жизни.



Основные разделы выставки:

- Медицинская техника и оборудование;
- Фармакология;
- Дезинфекционные и санитарные средства;
- Средства индивидуальной и коллективной защиты;
- Детекторы, измерители, сигнализация на производстве;
- Эргономика и организация рабочего места;
- Инвентарь и средства для поддержания чистоты;
- Спецодежда, спецобувь;
- Автоматизированные установки сигнализации и пожаротушения, огнетушащие вещества и механизмы тушения, средства обеспечения работ в чрезвычайных ситуациях;
- Технологии и оборудование для охраны окружающей среды;
- Очистительные приборы промышленного и бытового назначения;
- Очистка атмосферного воздуха и воды;
- Спортивные товары: оборудование, тренажеры, инвентарь, одежда, аксессуары.
- Курортология, реабилитация;
- Лечебное, диетическое питание, экологически чистые продукты;
- Медицинская информатизация;
- Инновации в медицине;
- Нормативно-техническая и правовая документация по теме Конгресса;
- Специализированная литература по профилю Конгресса.



НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ФАРМАКОТЕРАПИЯ И ДИЕТОЛОГИЯ В ПЕДИАТРИИ», VI Форум «ДЕТИ И ЛЕКАРСТВА», II Форум «ПИТАНИЕ И ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ»

16 – 17 сентября 2008 года

г. Иваново, проспект Ф.Энгельса, д. 8, ГОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия

Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в Конференции, Форумах и 10-й Медицинской специализированной выставке «Охрана здоровья детей – новые технологии-2008».

В ходе работы Конференции будут комплексно рассмотрены вопросы организации службы охраны здоровья детей, обсуждены наиболее актуальные проблемы современной педиатрии. В их числе:

- Значение лекарственного обеспечения в реализации приоритетного национального проекта «Здоровье»
- Фармацевтический рынок – вопросы эффективности и безопасности применения лекарственных средств у детей на современном этапе
- Создание Российского национального педиатрического формуляра лекарственных средств
- Новости Национального календаря вакцинопрофилактики
- Национальная программа вскармливания детей раннего возраста
- Качество и безопасность продуктов детского питания

ОРГАНИЗАТОРЫ КОНФЕРЕНЦИИ И ФОРУМОВ:

Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Российская академия медицинских наук, Союз педиатров России, ГУ Научный центр здоровья детей РАМН, Департамент здравоохранения Ивановской области, ГОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия, ВК «Меткомцентр».

Заявки на доклады и симпозиумы принимаются до 13 июня 2008 г., тезисы для публикации – до 30 июня 2008 г., работы на **Конкурс молодых ученых** – до 29 августа 2008 г.

Дополнительную информацию по вопросам участия в Конференции, выставке, Конкурсе работ молодых ученых и публикации тезисов можно получить по телефонам в Москве: 8 (499) 134-13-08, 783-27-93, 134-30-83; 8 (495) 967-15-66, 967-14-18, 681-76-65, 631-14-12 и на вэб-сайтах: www.pediatr-russia.ru, www.nczd.ru

Адрес оргкомитета: 119991, г. Москва, Ломоносовский проспект, д. 2/62, ГУ Научный центр здоровья детей РАМН, e-mail: orgkomitet@nczd.ru



МЕДИЦИНСКАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА «ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ – НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ-2008»

16 – 17 сентября 2008 года

г. Иваново, проспект Ф.Энгельса, д. 8, ГОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия

Параллельно с Конференцией и Форумами пройдет 10-я Медицинская специализированная выставка «Охрана здоровья детей – новые технологии-2008», на стендах которой будут представлены свыше 50 ведущих отечественных и зарубежных компаний из 20 стран. Ежегодно выставку посещают свыше 2000 человек.

Основные разделы выставки:

- Лекарственные средства
- Медицинские инструменты
- Медицинская мебель и оборудование для оснащения родильных домов, детских больниц, поликлиник
- Витамины и гомеопатические средства
- Детское питание
- Средства по уходу за детьми
- Специализированные издания и литература

ОРГАНИЗАТОР ВЫСТАВКИ: Выставочная компания «Меткомцентр»

Дополнительную информацию по вопросам участия в Конференции, Форумах и выставке можно получить по телефонам: 8 (495) 681-76-65, 631-14-12 e-mail: zmir@sumail.ru



19–21 ноября 2008 года в Москве состоится

III КОНГРЕСС С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «РОССИЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ», посвященный 250-летию ММА имени И.М. Сеченова

Форум организуется под эгидой Минздравсоцразвития РФ,
сопредседатели Оргкомитета:
академик РАН и РАМН М. А. Пальцев, академик РАМН Н. Д. Ющук

В программе Форума:

- совместное заседание Российского Медицинского Форума и общего собрания Российской академии медицинских наук: «Московская медицинская академия и отечественная наука» в Колонном зале Дома Союзов;
- конференция «Проблемы реформирования высшей медицинской школы»;
- V международная конференция «Молекулярная медицина и биобезопасность»;
- международный симпозиум «Биобезопасность разработки, производства и применения лекарственных средств»;
- международный симпозиум «Правовые аспекты применения лекарственных средств в клинической практике»;
- конференции и симпозиумы, посвященные актуальным проблемам медицины.

В рамках форума пройдут конкурсы «Образовательные программы», «Перспективные работы молодых ученых», «Лучшие учебные издания».

Организационно-техническая поддержка – ММА-Экспо
Контактные телефоны: (495) 248-5016, (495)248-8892
Email: mmaexpo@mail.ru

Более 3-х тысяч ведущих специалистов, представляющих различные направления медицины и медицинского образования из России и ряда зарубежных стран, получат возможность участвовать в работе тематических конференций, симпозиумов и заседаний под председательством ведущих ученых и специалистов.



опыта
уникального
сокращения
карьерный
будущего
медицины
карьерный

АПТЕКА

15-ая МЕЖДУНАРОДНАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА
15th INTERNATIONAL SPECIALIZED EXHIBITION



Министерство
здравоохранения
и социального развития
Российской Федерации

Ministry of Healthcare
& Social Development
of Russian Federation

**ВЫСТАВКА «АПТЕКА» —
ВЫСТАВКА СПЕЦИАЛИСТОВ
НА БЛАГО ЛЮДЕЙ**

**21-24 ОКТЯБРЯ
МОСКВА, СК «ОЛИМПИЙСКИЙ»**

**OCTOBER 21-24
MOSCOW, SC «OLYMPIISKY»**

**НЕДЕЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ
ФАРМИНДУСТРИИ**

**МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ
КОНГРЕСС**



2008

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ
ИНФОРМАЦИОННЫЙ
СПОНСОР:

Фармацевтический
ИНВЕСТИЦИОННИК

ОФИЦИАЛЬНЫЙ
ИНФОРМАЦИОННО-
АНАЛИТИЧЕСКИЙ
ПАРТНЕР:

РЕМЕДИУМ
ГРУППА КОМПАНИЙ

ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА:

НОВАЯ
АПТЕКА

МОСКОВСКИЕ
Аптеки

ФАРМ
ИНВЕСТИЦИИ

АПТЕЧНОЕ ДЕЛО

ФАРМАЦИЯ

Аптечный
бизнес

КОНТАКТЫ:

(495) 925 65 61/62

WWW.APTEKAEXPO.RU



ЧЕТЫРНАДЦАТАЯ РОССИЙСКАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКАЯ НЕДЕЛЯ



Уважаемые коллеги!

Российская гастроэнтерологическая ассоциация (РГА), Российское общество по изучению печени (РОПИП), Российское общество эндоскопистов (РОЭндо) приглашают Вас принять участие в работе очередного съезда врачей-гастроэнтерологов страны – Четырнадцатой Российской гастроэнтерологической недели. Гастронеделя состоится в Москве **с 6 по 8 октября 2008 года** в Российской академии государственной службы при Президенте РФ по адресу: проспект Вернадского, д. 84 (ст. метро «Юго-Западная»).

Программа Недели включает в себя обсуждение широкого круга теоретических и практических проблем современной гастроэнтерологии и эндоскопии, курс последипломного обучения.

Перед Гастронеделями **4–5 октября 2008 года** будет проведена Осенняя сессия Национальной Школы гастроэнтерологов, гепатологов: «Гастроэнтерология, основанная на доказательствах – 2008». В рамках программы Гастронедели будет проведен симпозиум Российского общества эндоскопистов.

В период проведения Гастронедели будет работать выставка современных лекарственных препаратов, медицинской техники и технологий, применяемых в гастроэнтерологии и лечебном питании, и специализированных изданий. Мы приглашаем представителей отечественных и зарубежных фармацевтических компаний принять участие в выставке и работе научного форума.

Вход на научные заседания Гастронедели свободный.

Адрес для переписки и справок: 119146, Москва, а/я 31, «ГАСТРО»

Телефоны: +7 (495) 263-57-74, 263-58-77 (по общим вопросам),
+7 (495) 248-38-44 (по вопросам размещения в гостиницах).

Факс: +7 (495) 263-57-74, 248-38-44 (авт., круглосуточно).

Электронная почта: rgas@orc.ru

Адреса в интернете: www.gastro.ru, www.liver.ru

Уважаемые читатели!

В таблице 2 статьи Л.В. Масловского и О.Н. Минушкина «Терапевтические аспекты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни», опубликованной в апрельском номере журнала «Эффективная фармакотерапия в гастроэнтерологии» (стр. 26) была допущена ошибка. Предлагаем вам правильный вариант таблицы.

Таблица 2. Количество больных с полным заживлением эрозий через 4 недели лечения разными ИПП в зависимости от степени рефлюкс-эзофагита				
Вид и сроки лечения	Количество больных с полным заживлением эрозий			
	Степень рефлюкс-эзофагита			
	1	2	3	4
Омес 20 мг 2 раза/сут. 4 недели	11/12 (91,6%)	9/11 (81,8%)	10/11 (90,9%)	1/1(100%)
Париет 20 мг 1 раз/сут. 4 недели	16/17 (94,1%)	17/26 (70,8%)	3/12 (25%)	0/5 (0%)
Париет 8 недель	17/17 (100%)	19/26 (86,4%)	8/12 (72,7%)	2/5 (40%)
Нексиум 40 мг 1 раз/сут. 4 недели	5/7 (71,4%)	7/13 (53,8%)	0/10 (0%)	–



ЯПОНСКИЙ ИНЪЕКЦИОННЫЙ ПЛАЦЕНТАРНЫЙ ПРЕПАРАТ

- ▶ Лечение печени (в т.ч. хронические гепатиты В, С)
- ▶ Снятие стресса, раздражительности, усталости
- ▶ Восстановление половой функции организма
- ▶ Поддержание отличной физической формы

Препарат прошел все необходимые клинические испытания в Медицинском центре Управления делами Президента РФ, в Главном клиническом военном госпитале им. Н.Н. Бурденко, является мощным гепатопротектором и разрешен к применению в качестве инъекционного лекарственного средства на территории РФ. Регистрационное удостоверение лекарственного средства №013851/01-2002 Минздрава РФ.



Эксклюзивный представитель на территории РФ и стран Балтии – корпорация RHANA. Москва, ул. Зоологическая, 22

www.rhana.ru

E-mail: laennec@rhana.ru

тел.: (499) 766 22 51, (499) 766 24 61, (499) 766 23 36

Гепат-Мерц®

Эффективен при
токсических поражениях печени
жировой дистрофии печени
острых и хронических гепатитах
циррозах печени

Гепат-Мерц
гранулы



Гепат-Мерц
инфузионный
концентрат

Гепат-Мерц (L-орнитин-L-аспартат)

Улучшает метаболизм печеночных клеток
Стимулирует дезинтоксикационную функцию печени
Обезвреживает нейротоксические субстанции (аммиак)
Корректирует печеночную энцефалопатию
Способствует регрессу порто-кавальных анастомозов
Снижает печеночные ферменты

Рег. удостоверение П № 015093/01, П № 015093/02 от 22.03.2007



Производитель: «Мерц Фарма ГмбХ и Ко.КГаА»,
Германия, Франкфурт-на-Майне
Представительство в России: (495) 660-76-95
www.merz.ru