

Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

1
2011

гастроэнтерология

Люди. События. Даты

К юбилеям Л.Б. Лазебника:
70 лет со дня рождения и 10 лет
руководства Центральным НИИ
гастроэнтерологии ЦНИИГ

Воспалительные заболевания кишечника

Новые возможности лечения
язвенного колита и болезни Крона

Детская гастроэнтерология

Опыт различных
научных школ России

ГРУППА КОМПАНИЙ МЕДФОРУМ

Группа компаний
«Медфорум»
работает
на фармацевтическом
рынке России
с 1997 года
и является
экспертом
в области
образовательных
программ
(конференций, лекций,
тренингов),
освещения сателлитных
симпозиумов
на конгрессах,
консалтинга
и промоакций
для врачей
основных
специализаций

- ◆ В рамках национального проекта «Здоровье» группой компаний «Медфорум» совместно с Министерством здравоохранения и социального развития России, ведущими медицинскими научно-исследовательскими институтами и вузами страны создан постоянно действующий оргкомитет по проведению профессиональных образовательных программ.
- ◆ К сфере реализации данного проекта относится организация профессиональных медицинских форумов с международным участием в Москве, Санкт-Петербурге и регионах России.
- ◆ Издательский дом «Медфорум» с 2005 года выпускает журналы «Вестник семейной медицины» для практикующих врачей, «Аптечный бизнес» для провизоров и фармацевтов, а также линию журналов «Эффективная фармакотерапия», которые выходят по всем направлениям медицины. В 2010 году запущен новый проект «Hi+Med» – высокие технологии в медицине.
- ◆ Солидный научный уровень изданий, актуальная тематика, доступность изложения, современная форма подачи материала помогают практикующему врачу всегда находиться на высоком профессиональном уровне.

Профессионалы выбирают высокий уровень услуг группы компаний «МЕДФОРУМ»!

План региональных научно-практических конференций группы компаний «Медфорум» на I квартал 2011 года

Название, тематика мероприятия	Участники	Дата проведения	Место проведения
Экстрагенитальная патология и беременность: рациональное ведение с позиции доказательной медицины Акушерство-гинекология Педиатрия	Акушеры-гинекологи, педиатры, семейные врачи, терапевты	1 марта 2 марта	Самара
Третий образовательный курс: «Герпетические инфекции»	Дерматовенерологи и косметологи, офтальмологи, неврологи, клинические диагносты, аллергологи и семейные врачи Москвы, Московской области и ЦФО	2 марта	Москва
Социально-значимые заболевания (Верткин А.Л.)*	Терапевты, семейные врачи, неврологи, эндокринологи, врачи скорой помощи, кардиологи, врачи кабинета здоровья, провизоры	11 марта	Самара
Инфекции	Инфекционисты, терапевты, педиатры, вирусологи, пульмонологи, КДЛ, эпидемиологи, акушеры-гинекологи, иммунологи, паразитологи	16 марта	Екатеринбург
Актуальные вопросы взрослой и детской пульмонологии и аллергологии	Детские и взрослые пульмонологи, аллергологи, терапевты, семейные врачи, педиатры	16 марта	Кемерово
Педиатрия	Педиатры, терапевты, семейные врачи	23 марта	Уфа
Актуальные вопросы репродуктивного здоровья	Акушеры-гинекологи, *КДЛ при наличии в программе доклада для данной специальности	24 марта	Уфа
Актуальные вопросы репродуктивного здоровья	Акушеры-гинекологи, *КДЛ при наличии в программе доклада для данной специальности	1 апреля	Санкт-Петербург
Охрана здоровья матери и ребенка	Акушеры-гинекологи, педиатры, неонатологи, *КДЛ при наличии в программе доклада для данной специальности	4-6 апреля, 3 дня	Архангельск
Гастроэнтерология: «Функциональные и воспалительные заболевания кишечника в повседневной практике»	Терапевты - гастроэнтерологи - педиатры - ВОП - рентгенологи	8 апреля	Москва, МО, ЦФО (МОНИКИ) 15 корпус
Инфекции	Инфекционисты, терапевты, педиатры, вирусологи, пульмонологи, КДЛ, эпидемиологи, акушеры-гинекологи, иммунологи, паразитологи Дерматовенерологи, косметологи, фармакологи, онкологи, семейные врачи, КДЛ	14 апреля	Волгоград
Межрегиональная конференция «Высокотехнологичные методы диагностики и лечения» (лабораторная диагностика, УЗИ, функциональная диагностика, микробиология, эндоскопия, лучевая диагностика)	КДЛ, врачи функциональной диагностики, врачи радиоизотопной диагностики, клинические микробиологи, руководители медицинских учреждений, врачи КБЛ, иммунологи, эндоскописты, лучевые диагносты	14-15 апреля	Самара (ПФО)
Дерматовенерология	Дерматовенерологи, дерматологи-косметологи, фармакологи, иммунологи, онкологи	15 апреля	Волгоград
Инфекции	Инфекционисты, терапевты, педиатры, вирусологи, пульмонологи, КДЛ, эпидемиологи, акушеры-гинекологи, иммунологи, паразитологи	21 апреля	Пермь
Неагрессивные способы вскармливания и ухода за детьми раннего возраста	Педиатры, неонатологи, дерматологи, *КДЛ при наличии в программе доклада для данной специальности	конец апреля	Астрахань
Континуум женского здоровья	Акушеры-гинекологи, детские гинекологи, эндокринологи, инфекционисты, ВОП	апрель	Самара
Актуальные вопросы эндокринологии	Эндокринологи, гинекологи, терапевты, семейные врачи	27 апреля	Самара
Дерматовенерология и косметология	Дерматовенерологи, дерматологи-косметологи, фармакологи, иммунологи, онкологи	весна (дата на согласовании)	Сочи

МЕДФОРУМ

Подробную информацию о конференциях можно получить в отделе региональных конференций компании «Медфорум» по телефонам: (495) 234-07-34, 8 (916) 654-77-40; e-mail: forum@webmed.ru

Научные редакторы номера

Редакция журнала



*Профессор
В.Ю. Голофеевский*



Генеральный директор
Издательского дома «Медфорум»
Александр Синичкин
(sinmed@mail.ru)



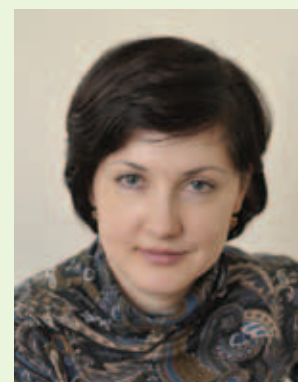
Руководитель проекта
Ирина Киреева
(fgastro@mail.ru)



Менеджер по организации
медицинских конференций
Наталья Осипова
(moskonf@webmed.ru)



Выпускающий редактор
Татьяна Зорнина
(4redaktor@webmed.ru)



Медицинский редактор
Людмила Головина
(editormed@webmed.ru)



*Профессор
Ю.Г. Мухина*



Пишущий редактор
Светлана Евстафьева
(sestaf@mail.ru)



Пишущий редактор
Наталья Токарева
(tokareva1@gmail.com)



Пишущий редактор
Александра Зименкова
(3redaktor@webmed.ru)



Директор издательского дома
группы компаний «Медфорум»
А. СИНИЧКИН

Руководитель проекта
И. КИРЕЕВА

Редакция журнала:
выпускающий редактор
Т. ЗОРНИНА
медицинский редактор Л. ГОЛОВИНА
пишущие редакторы Н. ТОКАРЕВА,
С. ЕВСТАФЬЕВА,
А. ЗИМЕНКОВА
ответственный секретарь
И. РЕПИНА
корректоры
М. БАШИРОВА, Е. САМОЙЛОВА
набор Е. ВИНОГРАДОВА
фотосъемка М. БАЛТАБАЕВ,
А. ШАНИН, Д. ЖДАНОВИЧ
подписка и распространение
Т. КУДРЕШОВА
(podpiska@webmed.ru)

Издательский дом
группы компаний «Медфорум»:
127422, Москва,
ул. Тимирязевская, д. 1, стр. 3
Тел. (495) 234-07-34, www.webmed.ru

Издание зарегистрировано
Федеральной службой по надзору
за соблюдением законодательства
в сфере массовых коммуникаций
и охране культурного наследия
ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005

Отпечатано
в ООО «Немецкая фабрика печати»
Тираж: 20 тыс. экз.

Редакция не несет ответственности за содержание
рекламных материалов. Любое воспроизведение
материалов и их фрагментов возможно только
с письменного разрешения редакции журнала.
Мнение редакции может не совпадать
с мнением авторов.

Люди. События. Даты

К юбилеям Л.Б. Лазебника. «Arte et humanitate, labore et scientia
(Искусством и человеколюбием, трудом и знанием)» 4

Воспалительные заболевания кишечника

В.Ю. Голофеевский, С.И. Ситкин. Трудные вопросы стандартной (базисной) терапии воспалительных заболеваний кишечника 15
И.Е. Хорошилов, С.В. Иванов. Энтеральное питание «Модуленом IBD» как метод патогенетической терапии воспалительных заболеваний кишечника 18
К.А. Шемеровский. Рациональные подходы к терапии бродячестирии 23
В.Б. Гриневич, А.М. Першко, И.В. Губонина. Механизмы эффективности базисной терапии воспалительных заболеваний кишечника препаратами 5-аминосалициловой кислоты 27

Детская гастроэнтерология

М.И. Дубровская, Ю.Г. Мухина. Факторы формирования гастроэзофагеального рефлюкса у детей и современные принципы терапии 33
Е.А. Корниенко. Дифференциальный диагноз хронической диареи у детей 36
Л.И. Кафарская, Б.А. Ефимов, А.Н. Шкопоров, Ю.М. Голубцова, М.Л. Шуникова. Пробиотики в педиатрической практике 44
Р.А. Файзуллина, В.С. Валиев, Ю.А. Тунакова. Современные подходы к использованию сорбционных технологий в коррекции микроэлементных нарушений у детей 49
П.Л. Щербаков. Антацидные препараты в практике детского гастроэнтеролога 56

Литература 61

Медицинский форум

Сателлитный симпозиум компании «Санofi-авентис»
«Рациональная фармакотерапия в гастроэнтерологии»
Особенности лечения органов пищеварения 64
IV Международная конференция «Российская школа колоректальной хирургии»
Новые технологии в колоректальной хирургии 70
Новости РНЦХ им. академика Б.В. Петровского РАМН,
колопроктологическое отделение с хирургией тазового дна 72
Учебно-практическая конференция
«Горизонты наших представлений о воспалительных заболеваниях кишечника – болезни Крона и НЯК у детей и взрослых»
Болезнь Крона и НЯК 74
Областная научно-практическая конференция «Все о дисбактериозе»
Лечение и профилактика дисбактериоза 76
Научно-практическая конференция (Василенковские чтения)
Без пафоса, но на высоком уровне 77
Научно-практическая конференция
«Актуальные вопросы гастроэнтерологии в практике врача-терапевта»
Лечение и профилактика гастроэнтерологических заболеваний 78
Детская гастроэнтерология: стандарты лечения
Современные средства лечения запоров у детей 80
Медицинское страхование
Идет реформа обязательного медицинского страхования 82
Интернет-мозаика 83

Опыт регионов

Гастроэнтерологическая служба Тверского региона
Галина Беляева: «Ситуацию с лечением гастроэнтерологических больных в нашем регионе благополучной считать нельзя» 85



Arte et humanitate, labore et scientia (Искусством и человеколюбием, трудом и знанием)



В начале этого года Леонид Борисович ЛАЗЕБНИК (профессор, доктор медицинских наук, главный терапевт Департамента здравоохранения г. Москвы, директор Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии – ЦНИИГ, заведующий кафедрой геронтологии и гериатрии Российского государственного медицинского стоматологического университета – РГМСУ) отмечает два юбилея: 11 января – 70 лет со дня рождения и 20 февраля – 10 лет руководства Центральным НИИ гастроэнтерологии ЦНИИГ. Многим медикам имя Леонида Борисовича хорошо известно по серьезным и интересным публикациям, связанным с актуальными проблемами кардиологии, общей терапии и геронтологии. И вот уже 10 лет он занимается проблемами гастроэнтерологии. Насколько легко было перейти в новую отрасль медицины, стать не просто клиницистом, но и организатором здравоохранения, с какими проблемами пришлось столкнуться? Об этом Леонид Борисович рассказал нашему корреспонденту, а также поделился своими размышлениями о жизни, медицине и о себе.

Via scientiarum (Дорога знаний)

– Кардинально менять сферу деятельности всегда и сложно, и не сложно... Сложно потому, что каждый раз, переходя на другую работу, приходится приравниваться к новым условиям. Понимая, что нельзя повредить, сломать то, что уже сложилось, то, чем по праву гордится коллектив, ты не имеешь права пропустить дефекты, требующие если не незамедлительного, то скорого исправления. Не сложно – потому что если ты сложившийся врач, то новая работа, новое направление – это естественное продолжение твоей прежней деятельности.

Впрочем, сегодня я думаю, что мог бы работать в любой области здравоохранения. И это – не пустое бахвальство. Дело в том, что нам давали действительно отличную профессиональную подготовку – общеврачебную, общетерапевтическую – на лечебном факультете 1-го Московского медицинского института имени И.М. Сеченова (ныне Первый МГМУ им. И.М. Сеченова). В то время в факультетской терапевтической клинике, куда я пришел ординатором после окончания института, было негласное правило: молодые люди, мечтающие заниматься кардиологией, обязательно должны были поработать в качестве выездных врачей на московской станции скорой помощи. Я был одним из них, и, надо сказать, пятилетний стаж работы на скорой научил меня принимать быстрые и правильные решения, не теряться в сложных ситуациях, брать на себя ответственность. Работа в клинике под руководством строгих учителей директора клиники профессора З.А. Бондарь



и моего непосредственного руководителя ассистента Э.Г. Лейзеровской приучила к системному мышлению и умению работать с больными.

А непосредственно с кардиологическими проблемами была связана моя диссертация, которая, к слову, носила клинико-экспериментальный характер (экспериментальную часть я ставил в лаборатории нормальной и патологической физиологии под руководством академика Е.Б. Бабского, а клиническую – непосредственно под руководством профессоров В.Г. Попова и А.Л. Сыркина). Подобный подход стал традиционным для подготовки отечественных медицинских кадров еще со времен С.П. Боткина (кстати, всемирно известный физиолог И.П. Павлов заведовал у него в клинике лабораторией, где заложил основы экспериментальной физиологии и клинической фармакологии). В диссертации удалось доказать защищающее действие аспарагината калия и магния на миокард от повреждения импульсным электрическим разрядом, что являлось тогда весьма актуальным, так как электрическая дефибрилляция сердца все более входила в повседневную практику. De facto – это была модель защиты сердца при проведении дефибрилляции, способствующая разработке клинических рекомендаций по применению кардиопротекторов.

В те годы на Пироговке активно культивировалась прогрессивная и актуальная на все времена модель общеврачебной клинической подготовки.

Ad notam

(Для заметки, к сведению)
Сегодня, к сожалению, от нее отошли, поэтому к современному медицинскому образованию я отношусь весьма скептически. Оно чрезвычайно удалено от реалий, и, самое главное, студентов перестали учить работать с людьми... Компьютеры, тестовые задачки... А улыбнуться, взять больного

за руку, присесть на край постели... Больной сначала должен почувствовать тепло, исходящее от врача. Опытный врач прекрасно знает, как долго можно «тянуть» самого безнадежного больного, если ты, его доктор, вместе с ним.

Medicus amicus et servus aegrotorum est (Врач – друг и слуга больных)

Потом была преподавательская работа в МГМСУ. Профессор З.А. Бондарь, возглавлявшая факультетскую кафедру терапии, рекомендовала меня на должность ассистента на вновь формируемый лечебный факультет Московского стоматологического института, где я и начал работать с 1970 г., преподавая сначала пропедевтику внутренних болезней на кафедре проф. В.П. Померанцева, а затем госпитальную терапию на кафедре проф. Л.Л. Орлова.

Далее так сложилось, что кафедра проф. Ю.К. Токмачева, на которую меня перевели вместе с курсом вечернего лечебного факультета, стала базироваться в корпусе персональных пенсионеров Городской клинической больницы № 33 им. А.А. Остроумова, где мы столкнулись с совершенно иным социумом – миром пожилых людей. Вместе со мной туда пришли очень опытные сотрудники кафедры, очень хорошие общие терапевты, и тем более удивляло, насколько часто мы стали ошибаться в диагнозах – мы не привыкли к этому в клинике людей среднего возраста. По моим данным, у пожилых выявляется в 2 раза больше ошибочных диагнозов.

Понадобилось время, чтобы понять: мы неправильно думаем. При лечении пожилых людей нужен другой алгоритм постановки диагноза. Не традиционный – «симптом – синдром – диагноз», а «синдром – симптом – диагноз». И первый наш доклад на Московском терапевтическом обществе назывался «Причины диагностических трудностей, ошибок в гериатрии». А тема моей

докторской диссертации касалась проблемы полиморбидности у пожилых людей, недостаточно изученной проблемы влияния различных заболеваний друг на друга.

Aliis inserviendo consumor (Служа другим, расточаю себя)

Собственно, еще в советское время, работая в хозрасчетных поликлиниках, я понял очень важную вещь: работа с пожилыми людьми требует прежде всего длительного с ними общения. Вот пришел молодой доктор, симпатичный, хорошо одетый, внимательный, душевно поговорил, и им становится легче, даже лекарств особенно не требуется. Одиноки наши старики. Не поздравил внучонок – бабушка вызывает доктора. Он придет, поговорит, даст лекарство, давление померяет и пульс пощупает. Наверное, тогда и понял: я – старушечий доктор.

Актуальность геронтологических и гериатрических проблем, без сомнения, с каждым годом будет только возрастать, поскольку демографические сдвиги последних десятилетий приводят к резкому увеличению доли пожилого населения в развитых странах. И это необходимо учитывать, как и то, что в силу физиологических и психологических особенностей, характерных для большинства лиц старшего возраста, медицинская помощь этому контингенту имеет свою специфику.

Вот этими особенностями и занимается кафедра геронтологии и гериатрии Российского государственного медицинского стоматологического университета, которой я руковожу. Наши сотрудники подготовили несколько руководств по актуальным проблемам гериатрии, в том числе, на мой взгляд, очень серьезную монографию, посвященную полиморбидности, множественности заболеваний одного человека.

Возглавив ЦНИИ гастроэнтерологии, я не бросил геронтологию, хотя и пообещал себе, что коллеги-геронтологи не придут за мной.



Два или три года так и было. Но сегодня кафедра базируется в нашем институте. Ее сотрудники разрабатывают направление, которое можно назвать гериатрической гастроэнтерологией (под таким названием опубликована книга).



Aut Caesar, aut nihil
(Или Цезарь, или ничто, все или ничего)

Приглашение в столичный Департамент здравоохранения 18 лет назад (тогда это было Главное медицинское управление) в качестве главного терапевта города было для меня неожиданным, но я всегда буду благодарен А.П. Сельцовскому, который в силу только ему известных обстоятельств выделил мою кандидатуру из числа остальных. Всегда считал, что кадровые решения руководства не подлежат обсуждению. Принимая предложение, понимал, что начинается новая жизнь и что руководству департамента необходим энергичный человек, человек города, специалист общего профиля.

И снова было глубокое погружение в новый мир, на этот раз администрирования здравоохранения. Я понял всю силу грамотно сформулированного документа. Насколько велик и могуч русский административный язык, самый четкий, самый красивый! Это – квинтэссенция мысли, облеченная во фразу. Многие документы и законы не работают только потому, что неграмотно составлены. В своем восприятии я открыл новые грани здравоохранения, понял, что очень многое зависит от моего мировоззрения и толкования.

Кто такой главный специалист? Это эксперт, советник и доброволец. Он обязан высказать свое мнение, даже если с ним не считаются. Несмотря на то, что на него наложены определенные административные права, он не вправе ими пользоваться, он не подписывает приказов о зачислении, закрытии или развертывании каких-то служб – он может лишь подать докладную: «считаю целесообразным».

Opera et studio
(Трудом и старанием)

Тем не менее, за это время сделано немало. Я всегда ратовал за профилактические подходы в медицине, раннюю диагностику

и своевременное терапевтическое вмешательство. Поэтому мы начали с развертывания в Москве программ диспансеризации населения (семь программ, в том числе по раннему выявлению сердечно-сосудистых заболеваний, подростков, женщин с заболеваниями молочных желез и шейки матки, выявления заболеваний предстательной железы у мужчин и т.д.). Все они финансируются Правительством Москвы.

A posteriori
(Исходя из опыта, на основании опыта)

Парадокс. Русские люди безумно любят лечиться в медицинских учреждениях, но по поводу самых серьезных заболеваний они врачуют себя самостоятельно, без специалиста, к тому же ругая медицину. Наши соотечественники не проводят разделения между состоянием здравоохранения и состоянием собственного здоровья. Раз плохое здоровье, значит, плохое здравоохранение.

У меня много тому примеров. Как-то на совещании в Департаменте здравоохранения с ветеранами один из них очень горячо критиковал нас: «Это геноцид лучшей части русского народа! У меня давно кашель, а врачи ничего не могут сделать!» «А вы не пробовали бросить курить?» – спрашиваю я. А в ответ: «Курил и буду курить!»

Omnium profecto artium medicina nobilissima

(Из всех наук, безусловно, медицина самая благородная (Гиппократ))

Сегодня нам пытаются навязать модель: нужны лишь медики-специалисты, а не врачи-терапевты, которых путают с врачами общей практики. Это колоссальная ошибка! Мне хотелось бы, чтобы те, кто решает судьбу отечественной медицины, поняли, что невозможно обойтись без терапевта. Потому что у каждого человека должен быть свой лечащий врач, который



ведет больного, назначает ему соответствующие лекарственные препараты, выявляет у него симптомы новых заболеваний, оценивает эффекты лечения, назначаемого специалистами различного профиля. Нужен специалист по синдромам и симптомам, нужен специалист, обладающий системным мышлением, а это – терапевт.

Если он не справляется самостоятельно, то направляет своего пациента к специалисту и затем выполняет его назначения, контролируя эффективность лечения. Каждый специалист, не видя больного в целом, назначает свое. Один специалист, другой... и пациент принимает уже не один десяток различных лекарственных средств. Кто должен учитывать взаимодействия этих препаратов в организме? Специалисты лечат либо заболевание, либо орган. А терапевт должен лечить не просто болезнь, а больного человека.

Ad vocem

(К слову, кстати сказать)

Формулу «Лечить не болезнь, а больного человека» долго приписывали Боткину. Я при написании книги о величайшем российском враче отметил это. А спустя некоторое время обнаружил в источниках, что эта мысль якобы принадлежит М.Я. Мудрову. Но в конце концов оказалось, что и не он первым пришел к подобному выводу. Гиппократ – вот автор этого священного для врача руководства. Увы, не все наши учителя хорошо знакомы с работами классиков, которые по существу уже все сказали. Мне недавно довелось прочитать переводы Гиппократа. В них с удивлением обратил внимание на формулировку определения здоровья, которая практически в первозданном виде предлагается нам ВОЗ. Действительно, чем человек может измерить свое здоровье? Только ощущениями. И эта мысль высказана Гиппократом 2000 лет назад!

Debes, ergo potes

(Должен – значит можешь)

В 2000 г. ушел из жизни академик РАМН, профессор А.С. Логинов, бессменный директор Института гастроэнтерологии. Мудрый А.П. Сельцовский, отработывая на мне свое решение, спросил: «Я же сам – травматолог и что-то не понимаю: терапия и гастроэнтерология – это отдаленные друг от друга области? Так почему до сих пор не лежит ваше заявление, или вы считаете, что я должен вам предложить?» Вот так я получил это назначение.

Придя в институт, я испытал настоящий шок: на мне ответственность за 540 больных, которые должны быть вылечены, и чуть большее число сотрудников, которые должны быть накормлены. Встал я около окна, смотрю во двор и думаю: что же делать? Я не очень молодой человек, а тут такое поручение.

Впрочем, для меня каждое поручение – проверка на прочность. Должен – значит можешь. Начал с дорожки, сегодня проходящей через территорию соседней больницы к остановке городского транспорта. Договорился с главврачом соседней больницы, прорубили калитку и сделали дорожку: он – со своей стороны, я – со своей. Теперь стало удобно до нас добираться.

Обрисовав круг злободневных задач, понял: отпуск в ближайшие годы не светит (их, неотгулянных, набралось уже несметное количество). Больным, врачам и ученым нужно, чтобы было тепло, не протекала крыша, из окон не сквозило, а из крана лилась холодная и горячая вода. Начинать с создания условий для жизни и работы, и вскоре обнаружил в себе нераскрытые способности хозяйственника и администратора.

Alea jacta est

(Жребий брошен, нет пути назад)

De actu et visu (по опыту и наблюдениям), гастроэнтерология – это часть общей терапии. Более того,



взгляд на некоторые ее проблемы с позиции общего терапевта, по моему убеждению, привнесит определенную систему в подходы к диагностике и лечению заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Когда я вникал в «производственную» проблематику института, я вновь благодарил своих учителей и общетерапевтическую подготовку, заложенную на Пироговке. Я убедился, что, не будучи





гастроэнтерологом, вижу проблему, причем более полно, нежели узкий специалист.

Сначала сотрудники института побаивались, что НИИ гастроэнтерологии я превращу в институт терапии, но я считал и считаю – крупнейший в мире НИИ гастроэнтерологии нужен и городу, и стране (к сожалению, не все власти предрежающие это понимают). Однако всякой узкой специализации необходим системный подход, этому меня учили на Пироговке, это единственно правильный подход к гарантированному качеству лечебно-диагностического процесса. Потребовалось достаточное количество времени, чтобы сотрудники ЦНИИГ прониклись этим мировоззрением, и вот лучший энтеролог страны профессор Асфольд Иванович Парфенов активно изучает патологию суставов, легких, пищевода у больных с воспалительными заболеваниями кишечника, обещает заняться еще и сердцем. По-моему, это сама логика медицины.

Я работаю по принципу, которому научили в *alma mater*: за больного, попавшего к тебе, ты несешь полную ответствен-

ность – «от и до», *ab ovo usque ad mala* (от начала и до конца). Все болезни – твои. Пациент должен быть полностью обследован и должен получить адекватное лечение. Этот принцип постепенно передается всем сотрудникам профилированного ЦНИИГ, то есть фактически складывается институт терапии, профилированный на патологию органов пищеварения.

Argumentum ad rem (Аргумент к делу)

Повторюсь, я – за системный подход в медицине. Вот пример: глютенная энтеропатия, которая часто манифестирует расстройствами половой системы, пародонтозом, остеопорозом. Мы поработали вместе с гинекологами и показали, что причиной бесплодия у некоторых женщин является именно непереносимость глютена, аминокислоты, входящей в состав некоторых хлебобулочных изделий. Совместно с коллегами-гинекологами мы рекомендовали этим женщинам соблюдение «аглютеновой» диеты, и многие из них смогли забеременеть и родить детишек.

А вирусные гепатиты? Кто ими должен заниматься? Инфекционисты? А цирроз – это «чья» болезнь, терапевта или гастроэнтеролога? Общепрактические отделения переполнены больными с циррозами печени.

Наша узкая межведомственная разобщенность, когда все мечутся в трех соснах и не могут найти нужного доктора, больным добра не приносит.

Раньше так было на Западе, теперь это дефект и нашей системы. Ничего хорошего сей подход не дал, а от больного увел. *Absque omni exsertione* (без всякого сомнения), врач общей практики должен уметь все (или почти все) делать сам – и эндоскопию, и УЗИ, и биопсию печени, и рентгеновское исследование. А что сегодня? Даже пальпировать печень умеют далеко не все врачи.

Ignoscito saepe alteri, nunquam tibi (Другим прощай часто, себе – никогда)

Я – человек требовательный и жесткий по отношению к себе, поэтому имею право быть таким же по отношению к помощникам. Я понимаю, что все – люди и у всех свои слабости, но я никогда не буду терпеть сотрудника, если он плохо работает, не выполняет заданий, безразличен к больному, берет с пациентов деньги. Так меня учили. Так учу и я.

Должность директора института открыла мне многие аспекты бытия. К примеру, я понял: не переставив людей, трудно решить проблему. Или: сначала – специалист, а уж потом – оборудование. Только придя к выводу, что данный человек может решить ту или иную проблему, поставь ему оборудование. «Железки» – дело наживное.

Полагаю, что формирование институтской команды (никогда не имеющее конца) сегодня практически завершено. Причем сохранены авторитетные, заслуженные специалисты – *opinion*-лидеры, руководители направлений – мудрые люди и их ученики.

Наверное, я «коллекционирую» врачей и горжусь каждым человеком, который пришел ко мне и со мной не расстался. Бесконечно верю в команду единомышленников (для меня это те врачи, которые прежде всего видят больного). А еще меня радует, что к нам приходит молодежь, начинающая осознавать свои альтруистические наклонности (которые заложены в каждом человеке и которые не дает ни один институт). Я бываю резким человеком и часто эмоционально реагирую, если мне кажется, что врач сделал что-то не так, не помог больному. Но коллеги не обижаются, не уходят.

Esse oportet ut vivas, non vivere ut edas

(Надо есть, чтобы жить, а не жить, чтобы есть)

В какой-то степени и институт формирует меня. Я по-новому



взглянул на гастроэнтерологию, понял, что это основная терапевтическая дисциплина; что мы, в конечном итоге, это то, что мы едим. Пришел к курьезному заключению и шучу, что человеческое тело – не что иное, как наружная оболочка пищеварительной трубки, а голова – совершенное приспособление для жевания, удобный рычаг: верхняя челюсть – большое плечо, а нижняя – малое.

Я чрезвычайно рад, что коллеги – заслуженные врачи еще старой школы – приняли меня здесь. Теперь мы вместе разрабатываем многие институтские направления.

Dies diem docet (День учит день)

Например, алгоритмы диагностики хронического панкреатита. Правда, следует отметить, что российский панкреатит, как правило, алкогольный. Брось пить – и его не будет.

Мы занимаемся атерогенезом, доказываем теорию, по которой атеросклероз – болезнь гепатоцита, конечная часть процесса, который начинается в кишечнике и развивается в печени.

Дисбактериоз – еще одно направление наших исследований. Уверен, что именно в нем следует искать причины многих заболеваний. Кишечник – это обитель микроорганизмов, заселяющая нас, а мы – продукты их жизнедеятельности. Когда наши симбионты живут в гармонии, человек молод, здоров и красив. Если же они не могут прийти к миру, конфликтуют между собой, человек болеет. Это же очевидно: организм человека, его микрофлора и окружающая среда – компоненты единой экологической системы.

Одно из новейших направлений, которым занимаются наши специалисты, – лечение заболеваний кишечника стромальными клетками. Еще совсем недавно мы были лидерами в данной области, оторвались от зарубежных коллег на 4 года. Теперь, увы, разрыв сократился примерно вдвое – амери-

канцы запустили программу промышленного масштаба.

Я еще не отметил серьезные успехи наших специалистов, занимающихся патологией желчного пузыря, желчевыводящих путей и метаболическим синдромом.

Ведутся серьезные работы по эпидемиологии наиболее распространенных заболеваний, по изучению моторики пищеварительной трубки, по фармакоэкономике заболеваний органов пищеварения, по биохимии пищеварительных гормонов, по изучению костного метаболизма и анемий у больных с патологией органов пищеварения, по особенностям фармакокинетики и клинической эффективности кардиологических препаратов у больных с заболеваниями печени и т.д.

Argumenta ponderantur, non numerantur

(Сила аргументов не в числе, а в весомости)

За 10 лет нам удалось создать действительно серьезную экспериментальную базу. Основное внимание в нынешней работе института сосредоточено на изучении причин, механизмов развития и профилактике наиболее распространенных, социально значимых заболеваний органов пищеварения (хронических заболеваний печени и желчных путей, поджелудочной железы, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, а также неинфекционных заболеваний тонкой и толстой кишок).

Мы первыми в России начали проводить эпидемиологические исследования (к слову, получили за них первую премию на XII Международном конгрессе по заболеваниям пищевода в Японии). Серьезная работа ведется по эпидемиологии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (при поддержке Научного общества гастроэнтерологов России, Всемирной ассоциации гастроэнтерологов и Европейской ассоциации гастроэнтерологов и эндоскопистов), пытаемся установить истин-

ную картину распространенности заболевания, выработать адекватные меры по своевременной диагностике и лечению.

Структура института с моим приходом кардинально не изменилась, поскольку при моем предшественнике акад. А.С. Логинове был сформулирован очень верный принцип функциональности под-





разделений. У нас 10 клинических отделений. Самые большие – два гепатологических отделения, каждое на 60 коек (заведующие д.м.н. Е.В. Голованова и к.м.н. Г.Н. Якимчук), занимаются проблемами хро-

нического гепатита, портальной гипертензии, поражениями печени у наркоманов и алкогольными заболеваниями печени.

Отделение патологии поджелудочной железы (60 коек) (руководители доктора медицинских наук Л.В. Винокурова и Е.А. Дубцова) – единственное в России. Оно хорошо оснащено (есть оборудование для проведения эзофагогастро-дуоденоскопий и УЗИ органов брюшной полости), его сотрудники, помимо хронического алкогольного панкреатита, изучают роль цитокинов и интерферонов в развитии воспаления поджелудочной железы, гормональной регуляции ее функций.

Отделение патологии желчных путей (60 коек, руководитель отдела проф. А.А. Ильченко) занимается ранней диагностикой, патогенезом, морфогенезом, профилактикой и лечением хронического холецистита и желчнокаменной болезни (широко используется эндоскопия, исследования кислотности желудочного сока – компьютерная рН-метрия, суточный рН-мониторинг, УЗИ, эндоскопическая ультрасонография).

Есть отделение патологии верхних отделов ЖКТ (60 коек, руководитель отдела проф. Ю.В. Васильев), отдел патологии кишечника (руководители проф. А.И. Парфенов и д.м.н. И.Н. Ручкина), хорошо оснащенные оборудованием (ректоскопами и колоноскопами с видеосистемой), занимающиеся изучением синдрома нарушенного всасывания, глютенной энтеропатии, болезни Уиппла, нарушенный всасывания при первичных формах иммунодефицита. Техническое оснащение последнего – предмет нашей особой гордости (проф. П.Л. Щербаков). Его специалистами внедрены методы интестинофиброскопии (с множественной биопсией слизистой оболочки различных отделов тонкой кишки), колонофиброскопии с илеоскопией; разработан и внедрен водородный тест для диагностики лактазной недостаточности

и нарушений скорости транзита по тонкой кишке. Без ложной скромности: это лучшее отделение патологии тонкой кишки в России.

Отделение сочетанных заболеваний органов пищеварения (60 коек) (проф. Л.А. Звенигородская), где изучаются изменения органов пищеварения у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ревматические пороки, ИБС, гипертоническая болезнь), вирусными заболеваниями печени и др. Наши высококвалифицированные специалисты здесь также располагают всем необходимым оборудованием – для проведения ЭГДС, УЗИ, доплерографии, холтеровского мониторирования и мониторинга артериального давления, внутрижелудочной рН-метрии (суточное мониторирование) и др.

Rem cum cura age (Веди дело заботливо)

Есть еще одно отделение, предмет особой гордости, именуемое отделением апитерапии. Созданное в свое время по заданию правительства Москвы, оно решали вопросы эффективности лечения заболеваний органов пищеварения продуктами пчеловодства, что и было, кстати, успешно решено. Помимо хорошо изученного общеукрепляющего воздействия меда на организм человека, было показано и вызвало международный интерес наблюдение об эффективности прополиса как антисептического средства для лечения геликобактериоза.

Из отделения вышло много статей, научных сообщений и диссертаций и серьезная научная монография.

Сейчас это отделение общетерапевтического профиля для самых сложных, тяжелых, общесоматических и иного профиля больных. Врачи здесь, не трудно догадаться, общие терапевты, возглавляет отделение моя ученица д.м.н., проф. О.М. Михеева. Туда попадают больные, которые уже прошли многие больницы и отделения других стационаров, где они не получили по тем или иным причинам доста-





точно квалифицированной помощи. Нередко это больные, у которых на фоне хронических заболеваний органов пищеварения или симптомов, напоминающих таковые, мы выявляем серьезную патологию иной локализации – запущенные формы опухолей мозга, тяжелейшие психопатические расстройства, онкологические заболевания, заболевания легких, сер-дечно-сосудистой системы и т.д., до бесконечности...

О таком отделении я мечтал, когда ушел с Пироговки. Здесь работают очень сильные терапевты. *Veo voto* (по моему мнению), чтобы окончательно стать общим терапевтом, необходимо проработать в общей терапии лет 15–20. Только тогда появляется чутье, какая-то особая врачебная интуиция, без которой в трудных случаях не обойтись. Вот сегодня привезли девочку – похожа на тень... Думаю, что она пыталась похудеть и довела себя... Явные признаки психопатического расстройства. Завтра будет пациент с лихорадкой неясной природы, от которого отказались все врачи... А я – главный терапевт города, значит, должен брать на себя всех, самых сложных, тяжелых.

Ad rem

(По существу дела, к делу)

Какую гастроэнтерологическую патологию можно назвать «болезнью XXI века»? Скорее всего, гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь. Но от нее не отстают и вирусные гепатиты, желчнокаменная болезнь. К сожалению, профилактикой этих заболеваний никто всерьез не собирается заниматься, а жить без желчного пузыря, согласитесь, не лучшая перспектива. Надо отметить и рост аутоиммунных заболеваний (в частности, воспалительные заболевания кишечника, *неспецифический* язвенный колит). Это мировые тенденции.

Conditio sine qua non

(Обязательное условие)

Несколько слов к вопросу о месте фармакотерапии в гастроэнтерологии – она, безусловно, должна

быть и эффективной, и рациональной. А это всецело зависит от лечащего врача. Мы серьезно занимались этими вопросами и показали, что, *exempli causa* (например), при различных заболеваниях органов пищеварения, сочетающихся с другими патологиями, требуются ЛС, которые не подвергаются метаболизму в печени.

Если мы лечим больного с АГ и заболеванием печени, то антигипертензивные препараты, которые подвергаются метаболизму в печени, неэффективны – пораженная печень не произведет метаболит в нужном количестве. Не зная этого, врач начинает увеличивать дозировку. И от функционирования кишечника зависит активность многих препаратов – при ленивом, редко опорожняющемся кишечнике ЛС накапливаются, всасываются, развивая побочные эффекты.

Но я думаю, будущее все же за биологической терапией. Лечение химическими препаратами уходит в прошлое. Лечить «химией», обязательно проявляющей себя неожиданными системными эффектами, сложно и опасно, альтернативная терапия – биологическая. Сейчас на первое место выходят моноклональные антитела. И хотя они обладают системными эффектами, мы показали, что терапия мезенхимальными стромальными клетками гораздо безопаснее и не менее эффективна.

Chirurgus mente prius et oculis agat, quam armata manu

(Пусть хирург прежде действует умом и глазами, а затем – вооруженной (скальпелем) рукой)

Я считаю, что хирургия – лишь этап в лечении больного с заболеванием органов пищеварения. Мы разрабатываем концепцию пожизненной функциесохраняющей терапии больных с заболеваниями органов пищеварения. Весьма актуальна проблема пострезекци-

онных синдромов – постгастрорезекционного, постхолецистэктомического, постгемиколэктомического и т.д. Функцию отсутствующего органа или участка пищеварительной трубки нужно чем-то заменить. Орган в пищеварении заменяем, функция должна быть обязательно сохранена. Так, если плохо функционирует поджелудочная железа, врач прописывает ферменты и т.д. И, соответственно, хирургия должна сохранять все функции ЖКТ. Нашим хирургам нередко приходится исправлять вольные или невольные дефекты предшествующих вмешательств на органах брюшной полости.

Medicus medico amicus est

(Врач врачу друг (помощник))

Есть еще один момент, о котором я много думаю. Почему последние годы мы так самозабвенно продолжаем смотреть на Запад как на истину в последней инстанции: читаем только зарубежные журналы, превозносим чужие исследования и клинику, пытаемся экстраполировать их опыт на нашу неизученную действительность?

Попробуйте высокоразвитую цивилизацию «пересадить» в африканское племя. Это невозможно: у племени – свои законы жизни, и живет оно дольше, чем западная цивилизация. Та же ситуация и с нашим менталитетом, наукой, медициной и здравоохранением. Экстраполировать надо лишь через призму отечественных особенностей.

Справедливости ради, последнее время не без удовольствия наблюдаю, как растет на международных конференциях число участников из России. К сожалению, пока не многие из них выступают. Когда я пришел в ЦНИИГ, обратил внимание сотрудников на необходимость участия наших специалистов в научных форумах – встретил непонимание. А сейчас посмотрите: на последней Европейской гастро неделе от нас было 18 докладов. Мы даже разра-



ботали собственный и уже узнаваемый дизайн докладов (свой цвет, формат и пр.).

Omnes et singulos
(Вместе и по отдельности)

И еще одна мысль вслух. С большим трудом нам удалось реанимировать Научное общество гастроэнтерологов России (официально представлено во Всемирной ассоциации гастроэнтерологов и участвует во всех его мероприятиях). В лучшие времена в нем состояло свыше 1000 членов, потом все пришло в упадок. Теперь оно вновь оживает. Мы начали проводить ежегодные Съезды гастроэнтерологов России, на последний съехалось уже более 1200 делегатов. А в планах – сделать так, чтобы съезд принимал документы, формирующие нормативные и методические основы современной гастроэнтерологии.

Я уверен, что российская гастроэнтерологическая школа должна быть объединена, мы должны проводить совместные мероприятия с Российской гастроэнтерологической ассоциацией. Но, к сожалению, пока все мои попытки сближения не привели к успеху.

Amat victoria curam
(Победа любит старание)

А в заключение, дорогие коллеги, я приглашаю вас в ЦНИИ гастроэнтерологии учиться и работать (мы получили аккредитацию как учреждение последипломного образования по специальностям гастроэнтерология, терапия, хирургия, эндоскопия). Сертификационный цикл для москвичей – бесплатно, для остальных – расценки утверждены Департаментом здравоохранения Москвы (и они невысокие). К сожалению, общежития у нас нет.

Принимайте участие в работе наших съездов, других научных форумов, читайте журнал «Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология» и пишите в него (он признан ВАК для публикаций материалов докторских и кандидатских диссертаций). Пора объединяться – время возрождать отечественную гастроэнтерологическую школу.

И не забудьте о ваших пациентах – в сложных случаях мы готовы оказать помощь и им. Коммерческих услуг, слава Богу, у нас нет, работаем по линии Фонда обязательного медицинского страхования. Москвичи приходят к нам с направлением из поликлиники, паспортом и полисом. А приезжие из других регионов РФ обращаются сначала в Департамент здравоохранения за разовым талоном. Без объективных причин мы никому не отказываем. ☺

Редколлегия и читатели журнала сердечно поздравляют Леонида Борисовича с юбилеями и желают ему крепкого здоровья, личного счастья и многих лет плодотворных творческих свершений!

Справка

ЛАЗЕБНИК
Леонид Борисович

Профессор, доктор медицинских наук, главный терапевт Департамента здравоохранения г. Москвы, директор Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии (ЦНИИГ), заведующий кафедрой терапии, гериатрии и апитерапии Российского государственного медицинского стоматологического университета (РГМСУ).

В 1965 г. Л.Б. Лазебник окончил 1-й Московский медицинский институт им. И.М. Сеченова, а в 1967 г. – клиническую ординатуру при кафедре факультетской терапии того же института (досрочно) и был оставлен в клинике городским ординатором. Леонид Борисович имеет высшую квалификационную категорию по терапии.

С 1993 г. – главный терапевт Департамента здравоохранения г. Москвы.

С февраля 2001 г. – директор Центрального института гастроэнтерологии.

Член редакционных советов и редколлегий многих медицинских журналов, в ЦНИИГ начал издавать новый журнал – «Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология» (признан ВАК для публикаций материалов докторских и кандидатских диссертаций).

Автор многочисленных научных статей и нескольких монографий, в том числе руководства «Практическая гериатрия (избранные клинические и организационные аспекты)»; книга «Ишемическая болезнь сердца у пожилых», «Гипертоническая болезнь у пожилых», «Хроническая ишемическая болезнь кишечника» (в соавторстве), «Российские терапевты» и др.

Научный руководитель большого количества докторских и кандидатских диссертаций, имеет десятки последователей и учеников.



НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

«ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И ОРГАНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА В ПОВСЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ»

Дата проведения: 8 апреля 2011 г.

Место проведения: Москва, ул. Щепкина, д. 61/2, МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, конференц-зал (корпус 15)

Начало регистрации: 9:00 *Начало конференции: 10:00*
Проводится выставочная экспозиция «Медэкспо».

ОРГАНИЗАТОРЫ

- Министерство здравоохранения Московской области
- Факультет усовершенствования врачей МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского
- Кафедра гастроэнтерологии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского
- Кафедра общей врачебной практики МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского
- Группа компаний «Медфорум»

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПАРТНЕРЫ

- Журнал «Эффективная фармакотерапия. Гастроэнтерология»
- Журнал «Вестник семейной медицины»
- Журнал «Hi+Med»

ЭФФЕКТИВНАЯ
ФАРМАКОТЕРАПИЯ
гастроэнтерология

ВЕСТИК
СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

Hi+Med
Высокие технологии в медицине

В ПРОГРАММЕ КОНФЕРЕНЦИИ:

- Абдоминальный болевой синдром при заболеваниях кишечника
- Дифференциальный диагноз синдрома диареи
- Скрининг колоректального рака
- Спектр предраковой патологии кишечника: наблюдение и профилактика
- Трудности ведения больных с синдромом раздраженного кишечника
- Диагностические возможности эндоскопии при заболеваниях кишечника
- Современная лучевая диагностика болезней кишечника
- Желудочно-кишечные кровотечения: этиология, дифференциальный диагноз, лечение
- Дифференциальный диагноз язвенного колита и болезни Крона
- Базисная терапия больных воспалительными заболеваниями кишечника: международные и российские рекомендации
- Функциональные гастроинтестинальные расстройства у детей
- Диетотерапия при заболеваниях кишечника

*Участие в конференции бесплатное.
Всем слушателям конференции будет вручен
СЕРТИФИКАТ УЧАСТНИКА.*

Для участников конференции организован кофе-брейк.

Дополнительная информация по телефону: (495) 234-07-34



*Вячеслав Юрьевич Голофеевский,
профессор, доктор медицинских наук,
академик МАНЭБ, проректор
по научной и инновационной работе
Санкт-Петербургского
медико-социального института*

Сегодня благодаря усилиям ученых и клиницистов-гастроэнтерологов всего мира стали более понятны многие патогенетические аспекты воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) – язвенного колита и болезни Крона. Достижения в лечении этих заболеваний за последние десятилетия несомненны, несмотря на то что их этиология во многом остается загадкой. Так или иначе, мы наблюдаем снижение смертности, улучшение результатов лечения и увеличение продолжительности ремиссии в подавляющем большинстве случаев язвенного колита и болезни Крона. Этим успехам способствовали, в частности, достижения в изучении патоморфогенеза и генетических аспектов ВЗК, а также разработка современных терапевтических опций и комплексного подхода к лечению. В то же время любому специалисту-гастроэнтерологу сегодня понятно, что эффективность терапии ВЗК тесно связана с адекватностью их диагностики и лечения на первичном этапе развития патологии, контролем эффективности терапии в процессе наблюдения, правильной интерпретацией активности заболеваний, подбором эффективных доз и комбинаций лекарственных средств и т.д. Таким образом, казалось бы, пациентов с ВЗК можно было бы в большинстве случаев успешно лечить и реабилитировать в клинических и амбулаторных условиях. Однако практика убеждает в том, что на этапах первичной диагностики ВЗК и последующего формирования, как правило, их рецидивирующего течения возникает много проблем, обусловленных той или иной распространенностью поражения кишечника, развитием осложнений, включая внекишечные, резистентностью к стероидной терапии и стероидной зависимостью. В главной теме номера журнала, посвященной воспалительным заболеваниям кишечника (ВЗК), содержатся статьи, касающиеся, на первый взгляд, лишь отдельных аспектов лечения этих заболеваний. Тем не менее, авторами публикуемых статей сделана очередная попытка представить новые сведения о возможностях патогенетического лечения этой трудной патологии, основанных на доказательных научных исследованиях.



Трудные вопросы стандартной (базисной) терапии воспалительных заболеваний кишечника

Военно-медицинская академия
им. С.М. Кирова,
Санкт-Петербургская
медицинская академия
им. И.И. Мечникова

Д.м.н. В.Ю. ГОЛОФЕЕВСКИЙ, к.м.н. С.И. СИТКИН

Месалазин (5-аминосалициловая кислота). Известно, что ранее препаратом выбора был сульфасалазин, введенный в клиническую практику в начале 40-х годов XX века. В процессе изучения его фармакокинетических и фармакодинамических характеристик с оценкой побочных эффектов было установлено, что единственным активным противовоспалительным компонентом сульфасалазина является месалазин (5-аминосалициловая кислота, 5-АСК). Его противовоспалительное действие связывают с ингибированием липооксигеназного пути метаболизма арахидоновой кислоты и торможением синтеза и освобождения простагландинов и лейкотриенов, эффективным торможением образования провоспалительных цитокинов, включая TNF- α , в слизистой оболочке кишечника, а также с его антиоксидантными свойствами. Заметим, что эти же фармакологические эффекты постулируются для ряда биологических препаратов (инфликсимаб и т.д.), которые, как оказалось, далеко не безопасны и не дешевы.

Лекарственные формы месалазина, которые сегодня доступны врачу и пациенту, многообразны (таблетки и гранулы с различным рН-зависимым покрытием для

В данной статье освещены наши взгляды на многие трудные и, может быть, дискуссионные вопросы, которые сегодня возникают в процессе взаимодействия врача-гастроэнтеролога и пациента с ВЗК. Эти вопросы подлежат решению совместными усилиями клиницистов и исследователей. Поэтому, учитывая дискуссионность статьи, мы умышленно не цитируем многих авторов и не упоминаем коммерческие названия лекарственных средств. Прежде всего, кратко напомним, что современная стандартная (базисная) терапия ВЗК включает ряд терапевтических опций (направлений). Так, в многочисленных исследованиях было доказано, что основу стандартной лекарственной терапии ВЗК должны составлять месалазин, глюкокортикостероиды, включая топический препарат будесонид, а также иммуносупрессанты (азатиоприн и другие).

перорального применения, среди которых, по данным литературы, преимуществом обладают препараты с покрытием из эудрагита L, свечи, клизмы, пена в разных дозировках для ректального введения). Это позволяет назначать их дифференцированно с учетом нозологической формы ВЗК, распространенности и локализации воспаления, степени тяжести заболевания, наличия внекишечных проявлений. Очевидно, что

выбор лекарственной формы месалазина определяется, прежде всего, тяжестью и локализацией патологии, но именно поэтому важен вопрос о дозах первично назначаемого препарата. Иначе говоря, речь идет о том, что эффективность терапии является дозозависимой. Наш опыт свидетельствует об оправданности тезиса, что доза месалазина должна соответствовать активности воспаления. Исходя из этого, в неко-



торых случаях мы безопасно применяли месалазин в более высоких дозах, чем это обычно рекомендуется. Например, при тяжелых первичных атаках язвенного колита нами были успешно использованы дозы месалазина до 8 г/сут (4 г перорально и 4 г ректально), назначаемые на короткое время (7–10 дней) с последующим снижением дозы под «прикрытием» кортикостероидов. Стала также очевидной целесообразность длительного применения месалазина для поддержания ремиссии ВЗК

Лекарственные формы месалазина, которые сегодня доступны врачу и пациенту, многообразны, что позволяет назначать их дифференцированно с учетом нозологической формы ВЗК, распространенности и локализации воспаления, степени тяжести заболевания, наличия внекишечных проявлений.

и профилактики колоректального рака у таких пациентов. К настоящему времени осуществлен ряд мультицентровых исследований, в которых показана эффективность монотерапии месалазином язвенного проктита, проктосигмоидита и даже неосложненного левостороннего колита. При этом лекарственные формы для ректального введения оказались высокоэффективными. Многообещающим является также создание новых лекарственных форм месалазина, которые существенно повышают комплаенс пациентов. К таким формам, например, относятся гранулы месалазина на основе полимерной матрицы, обеспечивающей замедленное (пролонгированное) высвобождение действующего вещества и соответственно высокую внутрипросветную концентрацию месалазина на всем протяжении толстой кишки (вплоть до прямой кишки).

Для повышения эффективности терапии действующие стандарты рекомендуют комбинированное применение пероральных и ректальных форм месалазина при левостороннем и распространенном/тотальном язвенном колите. Комбинированная терапия быстрее и эффективнее индуцирует ремиссию за счет гораздо более высокого (чем при монотерапии) уровня месалазина в слизистой оболочке кишечника. Так, длительная комбинированная терапия высокими дозами перорального и ректального месалазина при часто рецидивирующем язвенном колите обеспечивает 90% снижение частоты обострений и потребности в кортикостероидах по сравнению со стандартной пероральной терапией, а дополнительное назначение месалазина ректально, даже 2 раза в неделю по выходным, достоверно превосходит по эффективности только пероральную терапию, приводя к снижению частоты рецидивов более чем в 4 раза (с 76,9% до 18,2%).

Глюкокортикостероиды. Существуют разные точки зрения. Одна из них заключается в том, что если первичная монотерапия препаратами 5-СК не имеет значимого эффекта, то необходимо быстрое включение в схемы терапии глюкокортикостероидных средств (ГКС) (чаще используется преднизолон), а при тяжелых и распространенных формах ВЗК глюкокортикостероиды в сочетании с препаратами месалазина составляют основу базисной терапии. Другая точка зрения заключается в том, что преднизолон должен быть назначен всем без исключения пациентам с момента постановки диагноза. И вот здесь возникает вопрос о дозах стероидных препаратов.

Так, пероральный прием традиционных ГКС (на примере преднизолона) обычно начинают с 30–40 мг (при необходимости до 50–60 мг) в сутки с постепенным снижением и последующей отменой на фоне терапии препаратами месалазина. Как показыва-

ют некоторые авторы, назначение преднизолона в дозе более 60 мг в сутки существенного значения не имеет. Напротив, применение высоких (1,5 мг/кг) и сверхвысоких (2 мг/кг) доз преднизолона (то есть 90–120 мг/сут при массе тела 60 кг), как предлагают некоторые авторы, кажется не вполне оправданным, учитывая возможность применения топических кортикостероидов (будесонид) и иммуносупрессантов.

Традиционные ГКС высокоэффективны при лечении больных с тяжелыми и среднетяжелыми формами ВЗК, позволяют добиться ремиссии в 50–70%, а в сочетании с препаратами месалазина – в 90% случаев. Однако их применение часто (у 55–70% больных) сопровождается выраженными побочными эффектами. Поэтому наибольшие перспективы в применении ГКС возлагают на топические кортикостероидные препараты.

По сравнению с традиционными кортикостероидами системного действия, топический кортикостероидный препарат будесонид обладает очень высокой степенью сродства к специфическим глюкокортикоидным рецепторам. Так, например, если степень сродства гидрокортизона к рецепторам составляет 9 единиц, преднизолона – 16 единиц, то степень сродства будесонида – 935 единиц. Поэтому будесонид обладает целенаправленным местным действием. Около 90% будесонида метаболизируется в печени и только 10% может оказывать системное действие. Результатом пресистемной элиминации будесонида является, прежде всего, низкая вероятность развития побочных эффектов, которые наблюдаются при применении будесонида в 2,4 раза реже, чем при приеме эквивалентных доз преднизолона.

Будесонид, как показали исследования, обладает выраженным местным быстродействующим противовоспалительным эффектом. Механизм действия основан на уменьшении выделения медиаторов воспаления из тучных клеток, макрофагов, лимфоци-



тов и нейтрофилов, подавлении хемотаксиса и миграции клеток воспаления и мембраностабилизирующем действии. Специфичность механизма действия будесонида связана с индукцией ряда протеинов (например, макрокортина), которые влияют на метаболизм арахидоновой кислоты (ингибируя фосфолипазу А) и предупреждают таким способом образование медиаторов воспаления (лейкотриенов и простагландинов).

Выполненные клинические исследования позволяют рекомендовать будесонид для лечения легких и среднетяжелых форм ВЗК, прежде всего с поражением подвздошной и/или восходящей кишки. Примечательно то, что оптимальная доза будесонида составляет 9 мг в сутки в течение не менее 8 недель. При поражении поперечной и/или нисходящей ободочной кишки, а также при тяжелых формах болезни Крона и язвенного колита дозировки могут быть увеличены (до 18 мг в день). Опыт показал, что будесонид обеспечивает не только достижение ремиссии ВЗК, но и может быть использован для ее поддержания в течение длительного времени в дозе 3–6 мг. Важно и то, что будесонид может обеспечивать плавный и безопасный перевод пациентов с системных кортикостероидов на топические препараты вплоть до их отмены.

Иммуносупрессанты. Клинические исследования показали эффективность ряда иммуносупрессивных препаратов у больных ВЗК. Иммуносупрессанты применяют, как правило, в качестве альтернативной терапии, поскольку (по разным данным от 10 до 25% случаев) терапия месалазином и глюкокортикостероидами недостаточно эффективна. Многие ведущие клиницисты считают, что иммуносупрессивные препараты (в частности, азатиоприн) следует шире применять в лечении ВЗК, особенно в связи с побочными эффектами стероидных препаратов. В отношении других

иммуносупрессивных препаратов (метотрексат, циклоспорин, такролимус и т.д.) данные клинических исследований остаются противоречивыми.

Таким образом, следует отметить, что препараты трех представленных групп могут обеспечить терапевтический эффект в 80–90% всех случаев язвенного колита и болезни Крона и составляют основу стандартной терапии хронических воспалительных заболеваний кишечника, входя в официальные стандарты лечения.

Что касается новых терапевтических стратегий с применением биологических препаратов, таких как антагонисты TNF-α (инфликсимаб, адалимумаб и др.) и иные провоспалительные цитокинов, то, несмотря на многочисленные мультицентровые исследования, например ACCENT I и II, CLASSIC I и II и др., эффективность их считается доказанной только при болезни Крона. Более того, дискуссия о стратегиях терапии step-up и step-down при ВЗК остается незавершенной, хотя более предпочтительными представляются преимущества «восходящей» терапии.

В заключение необходимо отметить еще один вопрос совершенствования диагностики ВЗК и оказания пациентам терапевтической помощи, ответ на который кажется нам важным. Это качественная и своевременная диагностика заболевания на этапе *первичной диагностики* (не секрет, что у многих пациентов до сих пор этот период начинается в инфекционной клинике) с использованием эндоскопии и гистологии, определением клинико-эндоскопической и гистологической активности заболевания. Делается это далеко не во всех случаях и далеко не во всех медицинских центрах, хотя сам принцип ни у кого сомнений не вызывает. Например, наши гистологические наблюдения показали, что **на первичном этапе диагностики можно обнаружить разные морфологические варианты, от своевременной оценки которых напрямую зависит адек-**

ватность первичной терапии ВЗК и выбор лекарственных средств.

Кроме того, гистологическое исследование абсолютно необходимо для дифференциальной диагностики, особенно в случаях так называемых недифференцированных и микроскопических колитов. И конечно же, гистологическое исследование необходимо в процессе диспансерного наблюдения для принятия последующих терапевтических решений.

Будесонид, как показали исследования, обладает выраженным местным быстродействующим противовоспалительным эффектом. Механизм действия основан на уменьшении выделения медиаторов воспаления из тучных клеток, макрофагов, лимфоцитов и нейтрофилов, подавлении хемотаксиса и миграции клеток воспаления и мембраностабилизирующем действии.

Наконец, следует признать, что «золотой пули» в лечении ВЗК в ближайшие годы мы, вероятно, так и не найдем, тем более что в целом схемы терапии и выбор лекарственных препаратов для лечения язвенного колита или болезни Крона могут существенно различаться. Очевидно, тем не менее, что лечение пациентов с ВЗК еще долго будет оставаться комплексным, с попытками одновременного воздействия на многие патогенетические механизмы этих заболеваний. Именно поэтому следует приветствовать новые клинические исследования, в которых оценивается дополнительный терапевтический эффект лечебного питания, включения пре- и пробиотических препаратов, псиллиума и бутирата, антиоксидантов и антибактериальных препаратов, лейкоцитафереза и даже экзотических способов в виде искусственной инвазии *Trichuris Suis*. ☺



Санкт-Петербургская
государственная
медицинская академия
им. И.И. Мечникова

Энтеральное питание «Модуленом IBD» как метод патогенетической терапии воспалительных заболеваний кишечника

Д.м.н. И.Е. ХОРОШИЛОВ, С.В. ИВАНОВ

Язвенный колит и болезнь Крона относятся к так называемым воспалительным заболеваниям кишечника, в патогенезе которых ведущее значение имеет неспецифическое иммунное воспаление в слизистой оболочке толстой или тонкой (чаще – подвздошной) кишки [4, 12].

Поскольку клиническая картина данных заболеваний характеризуется наличием выраженных в той или иной степени синдромов диареи, мальабсорбции, в ряде случаев – стенозов и кровотечений, у большинства пациентов отмечаются нарушения питания. Это выражается в снижении массы тела, уменьшении содержания в крови общего белка, альбумина, гемоглобина. У этих пациентов, особенно в период обострения, определяется отрицательный баланс азота, дефициты белка, железа, кальция, магния, фолиевой кислоты [2, 5].

В лечении пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона традиционно используют противовоспалительные препараты группы 5-аминосалициловой кислоты (салофальк, сульфасалазин), кортикостероиды (будесонид, преднизолон), иммуносупрессанты (азатиоприн), ингибиторы фактора некроза

опухли (инфликсимаб). Данные препараты влияют на патогенез заболевания и уменьшают острые признаки воспалительного синдрома, но практически не оказывают действия на статус питания этих больных, симптомы недостаточности питания, гипо- или авитаминозов, анемии, в ряде случаев – признаки остеопороза, алопеции и гипогонадизма сохраняются [3].

Ещё в 70-е годы прошлого века господствовала концепция о необходимости «отдыха кишечника», а пациентам с болезнью Крона и язвенной болезнью в острой фазе назначалось полное парентеральное питание. Начиная с середины 80-х годов прошлого века, эта концепция сменилась представлением о целесообразности назначения раннего энтерального питания этим больным в связи с тем, что поступление питательных веществ из просвета улучшает репарацию поврежденной сли-

зистой оболочки тонкой и толстой кишки [11, 13].

Для этих целей могут быть назначены полностью сбалансированные питательные смеси для энтерального питания. Одной из таких современных питательных смесей является «Модулен IBD» («Нестле», Швейцария), специально предназначенный для питания пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника. В 100 г сухой смеси «Модулен IBD» содержится 18 г молочного белка, 23 г жиров, 54 г углеводов, 14 макро- и микроэлементов и 13 витаминов. Энергетическая ценность 100 г смеси составляет 500 ккал, осмоляльность – 270 мосм/л.

Особенностью состава смеси «Модулен IBD», которая обеспечивает ее лечебные свойства, является наличие противовоспалительного фактора роста слизистой оболочки (TGF- β 2), который снижает исходно повышенные уровни интерлейкина-1, интерлейкина-8 и гамма-интерферона в слизистой оболочке кишечника этих больных.

Смесь «Модулен IBD» предназначена для перорального приема или для зондового энтерального питания. Она может назначаться как дополнение к основному рациону питания в количестве 1–3 стаканов в день или в качестве единственного источника питания.



Применение «Модулена IBD» у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника позволяет:

- обеспечить адекватное поступление нутриентов и энергии;
- компенсировать дефицит белков, железа, кальция, других макро- и микроэлементов и витаминов;
- ускорить наступление ремиссии заболевания за счет снижения активности воспаления и усиления репарации поврежденной слизистой оболочки.

У взрослых с болезнью Крона энтеральное питание в качестве монотерапии применяется, только в тех случаях, когда лечение кортикостероидами неэффективно или привело к возникновению осложнений (сахарный диабет, остеопороз, синдром Кушинга, и др.) [9].

В составе комплексной медикаментозной терапии энтеральное питание этим больным назначается при тотальном и субтотальном поражении толстой кишки, при вовлечении в процесс тонкой кишки, а также после хирургических вмешательств (резекций кишечника). При наличии выраженного синдрома мальабсорбции предпочтительнее не пероральное, а зондовое энтеральное питание.

У детей до 12 лет с болезнью Крона энтеральное питание является терапией первого выбора (в качестве монотерапии) и оно эффективно для достижения ремиссии вне зависимости от активности процесса и локализации поражения [6, 7, 10].

У больных язвенным колитом энтеральное питание назначается при наличии признаков недостаточности питания, дефицита макро- и микронутриентов. В качестве монотерапии ни парентеральное, ни энтеральное питание в настоящее время не используются [8].

Нами проведено проспективное открытое контролируемое клиническое исследование, целью которого было оценить эффективность нутриционной поддержки сбалансированной энтеральной питательной смесью «Модулен IBD»

у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника на фоне комплексной терапии.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось в клинике пропедевтики внутренних болезней с курсом нутрициологии и клинического питания Санкт-Петербургской государственной медицинской академии имени И. И. Мечникова. В исследование участвовали 24 пациента с болезнью Крона и язвенным колитом и, госпитализированные в связи с обострением заболевания. Средний возраст больных составил $36,8 \pm 10,4$ лет.

Для выявления недостаточности питания у данной группы пациентов в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения РФ № 330 (2006 г.) использовали следующие показатели: индекс массы тела (ИМТ) $< 19 \text{ кг/м}^2$, окружность плеча $< 26 \text{ см}$ (для мужчин) и $< 25 \text{ см}$ (для женщин), толщина кожно-жировой складки над трицепсом (ТКСТ) $< 9,5 \text{ мм}$ (для мужчин) и $< 13 \text{ мм}$ (для женщин), общий белок крови $< 65 \text{ г/л}$, альбумин сыворотки крови $< 35 \text{ г/л}$.

Все пациенты получали базисную медикаментозную терапию, включающую препараты 5-аминосалициловой кислоты (сульфасалазин, салофальк) и кортикостероиды (преднизолон).

Все пациенты были разделены на две группы:

1. Основная группа (14 человек): 5 пациентов с болезнью Крона и 9 пациентов с язвенным колитом. Эти пациенты получали в дополнение к базисной терапии и обычному диетическому питанию смесь «Модулен IBD» в объеме 400–600 мл в день в течение 12–14 дней. Смесь назначалась в 2–3 приема между основными порциями пищи небольшими порциями (методом «сипинга»).
2. Контрольная группа (10 человек): 3 пациентов с болезнью Крона и 7 пациентов с язвенным колитом. В эту группу вошли пациенты, получали только базис-

ную медикаментозную терапию и диетическое питание. Нутриционная поддержка смесью «Модулен IBD» не проводилась.

При обследовании исходного нутриционного статуса (состояния питания) у 17 пациентов были выявлены признаки недостаточности питания по типу «маразма» (истощение мышечного белка), у 7 пациентов – по типу «маразм-квашинкор» (истощение как мышечного, так и сывороточного белка).

Особенностью состава смеси «Модулен IBD», которая обеспечивает ее лечебные свойства, является наличие противовоспалительного фактора роста слизистой оболочки (TGF- β 2), который снижает исходно повышенные уровни интерлейкина-1, интерлейкина-8 и γ -интерферона в слизистой оболочке кишечника больных НЯК и БК.

Значимых различий по полу, возрасту, локализации поражения в кишечнике, тяжести течения заболевания и типу имеющейся недостаточности питания в основной и контрольной группах не было.

Оценка статуса питания и эффективности проводимой нутриционной поддержки оценивалась по следующим показателям:

- индекс массы тела и динамика массы тела;
- компонентный анализ состава тела (биоимпедансный анализ с помощью прибора «Диамант-АСТ») с определением массы жировой ткани (абсолютное количество жира) и тощей массы тела (обезжиренная масса тела);
- окружность плеча и мышц плеча (соматический белок);
- толщина кожно-жировых складок в стандартных точках на бицепсе, под лопаткой и в паховой области (с помощью калипера);

Таблица 1. Сравнение динамики массы тела в основной и контрольной группах

Фактор воздействия	Эффект	(+) эффект	(-) эффект	Всего
		Повышение массы тела	Снижение или отсутствие динамики массы тела	
		Количество пациентов		
(+) фактор	Смесь «Модулен IBD» (основная группа)	11	3	14
(-) фактор	Обычная диета (группа сравнения)	1	9	10
Всего		12	12	24

Таблица 2. Интерпретация значения критерия ϕ (согласно рекомендациям Rea и Parker)

Значение критерия ϕ	Сила взаимосвязи
< 0,1	Несущественная
0,1–0,2	Слабая
0,2–0,4	Средняя
0,4–0,6	Относительно сильная
0,6–0,8	Сильная
0,8–1,0	Очень сильная

- содержание общего белка и альбумина крови (висцеральный белок).

Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета прикладных программ SPSS Statistics 17.0 (США). Для статистического сравнения основной

и контрольной групп был использован критерий χ -квадрат (критерий согласия Пирсона). В том случае, если ожидаемое число наблюдений в некоторых ячейках четырехпольной таблицы было менее 5, для определения уровня статистической значимости использовался точный критерий Фишера. Для статистического сравнения основной и контрольной групп с помощью критерия χ -квадрат использовался следующий алгоритм:

1. Для каждого из изучаемых показателей нутриционного статуса были построены четырехпольная таблица, фактором воздействия рассматривалось дополнительное энтеральное питание смесью «Модулен IBD»,

отсутствием фактора воздействия считалась обычная диета. За положительный эффект принимали увеличение значения изучаемого показателя нутриционного статуса в динамике, за отрицательный (табл. 1).

2. Построенные для каждого из показателей нутриционного статуса четырехпольные таблицы были проанализированы с помощью критерия χ -квадрат, в результате чего были получены данные о достигнутом уровне статистической значимости (p).
3. Помимо статистической проверки гипотез, был проведен анализ «величины эффекта», то есть силы взаимосвязи между фактором (проведение нутриционной поддержки смесью «Модулен IBD») и полученным эффектом (повышение значения показателя нутриционного статуса). Для этой цели был использован критерий ϕ , оценка полученного значения критерия проводилась согласно рекомендациям Rea и Parker [1]. Интерпретация значения критерия ϕ представлена в таблице 2.

Результаты исследования и их обсуждение

Учитывая статистически выраженное отклонение распределения вариационного ряда значений изучаемых показателей от нормального и небольшого объема выборки, для корректного отображения данных описательной статистики выбрано представление медианы, максимума и минимума значений показателей нутриционного статуса в основной и в контрольной группах до и после курса лечения.

Динамика показателей нутриционного статуса в основной и контрольной группах, значение критерия χ -квадрат (либо критерия Фишера) и достигнутые уровни статистической значимости представлены в таблице 3.

Статистически значимая динамика показателей нутриционного статуса представлена на рисунке 1.

Сила взаимосвязи между фактором проведения нутриционной

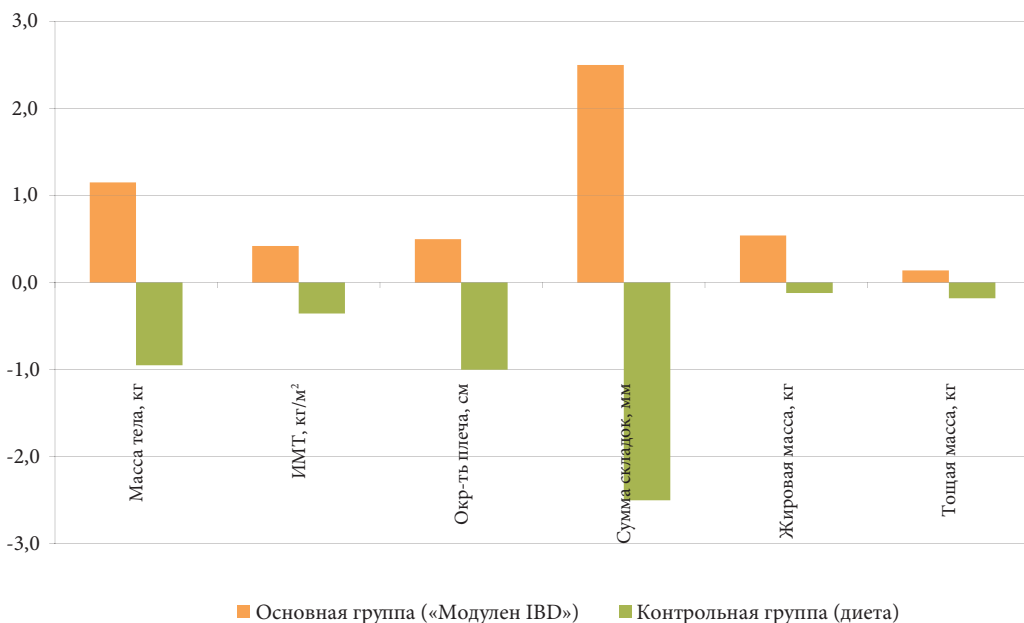


Рис. 1. Динамика показателей нутриционного статуса в основной (дополнительное энтеральное питание смесью «Модулен IBD») и контрольной (лечебная диета) группах



Таблица 3. Динамика показателей нутриционного статуса у пациентов в основной и контрольной группах

Показатель	Группа	Момент обследования		Среднее арифм.	Медиана	Min	Max	Значение критерия	p
		(до/после курса нутриционной поддержки)							
Масса тела**, кг	Основная	До		54,6	53,3	43,1	68,3	10,97	0,001
		После		55,9	55,5	39,8	70,0		
	Контрольная	До		55,2	55,7	41,8	72,0		
		После		54,3	54,8	41,1	70,6		
ИМТ**, кг/м ²	Основная	До		17,6	17,5	15,5	20,2	10,97	0,001
		После		18,1	18,3	15,0	20,7		
	Контрольная	До		19,1	19,6	15,7	21,0		
		После		18,8	19,0	15,4	20,8		
Окружность плеча**, см	Основная	До		23,0	23,3	18,5	28,0	17,14	< 0,001
		После		23,9	24,3	19,0	29,0		
	Контрольная	До		24,9	24,5	21,5	28,5		
		После		23,9	23,3	21,0	27,5		
ТКСТ, мм	Основная	До		5,5	5,0	3,0	11,0	1,39	0,223
		После		6,2	5,3	4,0	11,0		
	Контрольная	До		8,8	8,8	4,5	14,0		
		После		8,5	9,3	5,0	13,0		
Сумма 4 кожно-жировых складок**, мм	Основная	До		18,5	17,8	13,0	28,0	10,36	0,002
		После		21,8	22,0	14,0	30,0		
	Контрольная	До		28,0	26,8	16,5	40,0		
		После		25,4	25,5	17,0	33,0		
Масса жировой ткани*, кг	Основная	До		7,7	6,5	3,4	12,6	5,662	0,024
		После		8,3	7,8	3,1	13,6		
	Контрольная	До		10,7	10,6	8,4	13,3		
		После		10,4	10,7	8,0	13,0		
Тощая масса тела*, кг	Основная	До		12,6	12,6	8,9	15,5	4,608	0,040
		После		12,8	13,2	8,5	16,4		
	Контрольная	До		11,9	11,7	8,9	16,5		
		После		11,8	11,7	8,7	16,1		
Общий белок, г/л	Основная	До		67,6	71,5	32,0	80,0	0	0,660
		После		69,6	70,5	62,0	76,0		
	Контрольная	До		68,8	69,5	58,0	79,0		
		После		70,6	71,5	61,0	79,0		

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$



Таблица 4. Сила взаимосвязи между фактором проведения нутриционной поддержки и повышением значения показателей нутриционного статуса

Показатель	Значение критерия ϕ	Сила взаимосвязи
Масса тела	0,68	Сильная
ИМТ	0,68	Сильная
Окружность плеча	0,85	Очень сильная
Сумма 4 кожно-жировых складок	0,66	Сильная
Масса жировой ткани	0,49	Относительно сильная
Тощая масса тела	0,44	Относительно сильная

поддержки (дополнительного энтерального питания) и повышением значения показателей нутриционного статуса представлена в таблице 4.

чалось статистически значимое увеличение массы тела ($p < 0,01$) и индекса массы тела ($p < 0,01$). Но наиболее важным клиническим эффектом нутриционной поддержки следует считать изменение компонентного состава организма за счет увеличения мышечной массы и белков крови, т.е. увеличение как соматического, так и висцерального пула белка. Данный факт подтверждается статистически значимым увеличением тощей массы тела ($p < 0,05$) и окружности плеча ($p < 0,001$), при этом наблюдается относительно сильная (для тощей массы тела) и очень сильная (для окружности плеча) взаимосвязь нутриционной поддержки и увеличения данных показателей нутриционного статуса. Не отмечено статистически значимого изменения уровня общего белка, что может объясняться тем, что у подавляющего большинства участвовавших в исследовании пациентов наблюдалась недостаточность питания по типу «маразма», не сопровождающаяся значимым снижением уровня белков в крови.

Помимо увеличения мышечного белка и тощей массы тела, после курса нутриционной поддержки отмечено статистически значимое увеличение жировой массы ($p < 0,05$, относительно сильная взаимосвязь) и суммарной тол-

щины 4 кожно-жировых складок ($p < 0,01$, сильная взаимосвязь).

Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что после курса нутриционной поддержки увеличивается масса соматической жировой ткани, при этом неизвестно, изменилось ли количество висцерального жира. Необходимо отметить, что толщина кожно-жировой складки трицепса достоверно не изменялась, что позволяет сделать предположение о перераспределении жира в организме в сторону увеличения жировых запасов на туловище, при этом количество жировой ткани на конечностях не увеличивается. Данное предположение можно подтвердить только исследованиями с использованием двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии, которая позволяет оценить не только жировую массу в целом, но количество жировой ткани на каждой из конечностей, однако использование данного метода ограничено высокой стоимостью исследования.

Таким образом, после проведенного курса нутриционной поддержки с помощью дополнительного энтерального питания смесью «Модулен IBD» у пациентов с обострением воспалительных заболеваний кишечника отмечено улучшение показателей нутриционного статуса, свидетельствующее об увеличении пластических и энергетических запасов организма. Наше исследование позволяет сделать вывод о том, что назначение дополнительного энтерального питания смесью «Модулен IBD» в составе комплексной терапии воспалительных заболеваний кишечника в фазе обострения существенно улучшает нутриционный статус пациента, способствует лечению недостаточности питания и повышает энергетические и пластические резервы организма. ☺

Назначение дополнительного энтерального питания смесью «Модулен IBD» в составе комплексной терапии воспалительных заболеваний кишечника в фазе обострения существенно улучшает нутриционный статус пациента, способствует лечению недостаточности питания и повышает энергетические и пластические запасы организма.

Анализ клинических показателей свидетельствует о том, что следствием недостаточности питания и связанного с ней дефицита нутриентов и энергии в результате повышенных потерь белка через кишечник и активного воспалительного процесса является замедление репаративных процессов в слизистой оболочке тонкой и толстой кишки и, в конечном итоге, удлинение сроков ремиссии заболевания.

После курса нутриционной поддержки в виде дополнительного энтерального питания отме-

Литература → 61 с.



Рациональные подходы к терапии брадиэнтерии

НИИ
экспериментальной
медицины РАМН,
Санкт-Петербург

Д.м.н. К.А. ШЕМЕРОВСКИЙ

Брадиэнтерия – замедление циркадианного ритма энтеральной активности [15]. В нормальных физиологических условиях циркадианный ритм энтеральной активности проявляется в виде регулярного цикла эвакуаторной функции кишечника с частотой стула не менее 7 раз в неделю. Замедление этого ежедневного ритма является брадиэнтерией – когда частота стула становится нерегулярной и составляет от 1 до 6 раз в неделю (табл. 1).

С позиций современной хронобиологии и хрономедицины регулярность (ежедневность) циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника является одним из атрибутивных свойств функционирования пищеварительной системы [1] и обеспечивает высокую эффективность и устойчивость биологических систем [10].

В соответствии с хрономедицинской классификацией нарушений эвакуаторной функции кишечника принято выделять три основных степени тяжести брадиэнтерии: I степень тяжести брадиэнтерии (легкая) характеризуется замедлением частоты стула в диапазоне 5–6 раз в неделю; II степень тяжести брадиэнтерии (умеренная) проявляется замедлением частоты стула до 3–4 раз в неделю; III степень

Проблема роли кишечника в поддержании здоровья человека, поставленная еще И.И. Мечниковым в учении «Ортобиоз» [5], интенсивно разрабатывается современными геронтологами и гастроэнтерологами [2, 9, 11, 12], изучающими закономерности питания, микробиоценоза и интеллекта человека, что может способствовать повышению качества жизни многих пациентов.

тяжести брадиэнтерии (тяжелая) диагностируется при замедлении частоты стула до 1–2 раз в неделю. В сущности, III степень тяжести брадиэнтерии (при частоте стула 1–2 раза в неделю) соответствует диагностируемому критерию запора (по Римскому Консенсусу III 2006 г.), когда частота стула составляет менее 3 раз в неделю.

Исследование циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника, выполненное у 2501 работающего медика, показало, что у 56% из них эвакуаторная

функция кишечника была регулярной (не менее 7 раз в неделю). Брадиэнтерия (при частоте стула от 1 до 6 раз в неделю) была выявлена у 1102 лиц, считающих себя здоровыми, то есть у 44% обследованных. Кроме того, обнаружено, что регулярный ритм кишечника (7 раз в неделю) был связан преимущественно с утренней (физиологической) фазой его эвакуаторной функции. При наличии брадиэнтерии (1–6 раз в неделю) доминировала вечерняя фаза опорожнения кишечника, а в утренние часы опо-

Таблица 1. Хронофизиологическая классификация эвакуаторной функции кишечника

Число дней в неделю со стулом	Число дней в неделю без стула	Регулярность циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника
7	0	Регулярный ритм
5–6	1–2	Нерегулярный ритм – брадиэнтерия I степени тяжести
3–4	3–4	Нерегулярный ритм – брадиэнтерия II степени тяжести
1–2	5–6	Нерегулярный ритм – брадиэнтерия III степени тяжести

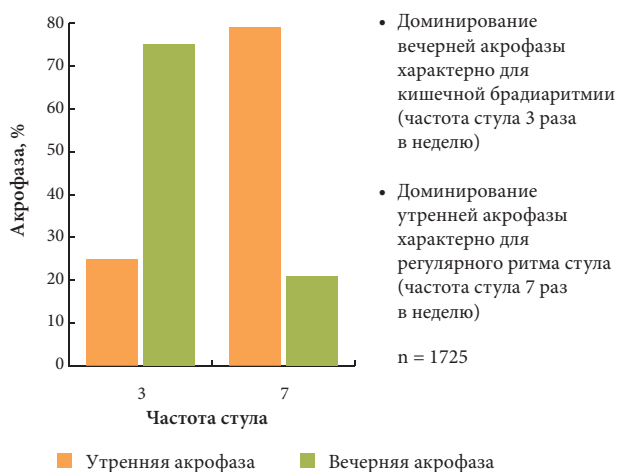


Рис. 1. Зависимость регулярности стула от его акрофазы

рождение кишечника отмечалось существенно реже (табл. 2).

Зависимость регулярности циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника от акрофазы ее реализации представлена на рис. 1. Доминирование утренней фазы опорожнения кишечника оказалось связано именно с физиологически оптимальным – ежедневным ритмом этой функции при частоте стула не менее 7 раз в неделю. А при частоте стула 3–4 раза в неделю (через день), как правило, доминирует вечерняя (пессимальная) фаза этой функции.

Сравнительное исследование качества жизни у лиц с регулярным и нерегулярным ритмом опорожнения кишечника показало, что при регулярном ритме стула чаще встречалось «отличное» (5 баллов) качество жизни, а при нерегулярной частоте стула – при брадиэнтерии – чаще

встречалось «неудовлетворительное» (2 балла) качество жизни.

Следовательно, брадиэнтерия – это замедление ритма кишечника с понижением частоты стула и с понижением уровня качества жизни человека.

Исследование основных факторов регулярности циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника выявило четыре главных фактора: питание, двигательная активность, соблюдение циркадианного ритма сна/бодрствования и своевременность опорожнения кишечника. Парциальный относительный вклад каждого из этих факторов в регулярность кишечного ритма оказался следующим: вклад фактора улучшения питания (от хорошего к оптимальному) в регулярность ритма кишечника составил 15%, вклад фактора двигательной активности (от хорошей к оптимальной) составил 18%, вклад ритма сна (от хорошего к лучшему) – 19%. Фактор своевременности опорожнения кишечника (приуроченность акта дефекации к физиологически оптимальному утреннему периоду) в регулярности кишечного ритма составил 48% [14]. Следовательно, своевременность фазы дефекации, а именно утренняя фаза этого циркадианного ритма, является ключевым механизмом регулярности эвакуаторной функции кишечника. Причем относительный вклад оптимальной фазы стула в регулярность этой функции (48%) оказался соизмеримым с суммой трех остальных основных факторов этой регулярности (питания, движения и сна – 52%).

Поскольку доказано, что брадиаритмия кишечника (брадиэнтерия или запор) увеличивает риск возникновения не только воспалительных заболеваний кишечника, но и рака толстой кишки (колоректального рака) [14, 15], карциномы кишечника (более чем в 2 раза), следует полагать, что устранение функционального запора должно служить существенным фактором профилактики возникновения рака толстой кишки.

Таблица 2. Частота и акрофаза циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника у работающих медиков (n = 2501)

Частота стула (раз в неделю)	Число лиц с диагностированной акрофазой ритма стула		Всего обследовано
	утренняя акрофаза	вечерняя акрофаза	
7	1098	301	1399
1–6	435	667	1102
Всего	1533	968	2501

Таблица 3. Эффективность терапии пациентов с нерегулярным ритмом эвакуаторной функции кишечника

Средство	Эффективность восстановления ритма стула	Автор, год проведения исследования
Ламинолакт в драже	50%	Лоранская Т.И., Лебедева Р.П., 2003
Активиа	Повышение частоты стула от 1–2 раз в неделю до 2–3 раз в неделю	Парфенов А.И., Ручкина И.Н., 2006
Дюфалак	Повышение частоты стула до 3–4 раз в неделю	Сидорова И.С., Данилова О.С., 2004
Фитомуцил	5–6 раз/нед – 44%; 7 раз /нед – 42%	Шульпекова Ю.О., Ивашкин В.Т., Денисов Н.Л., 2007
Базисная терапия и Мелаксен + базисная терапия	43% и 57%	Комаров Ф.И. и др., 2006
Тримебутин	Укорочение толстокишечного транзита от 100 часов до 60 часов	Schang J.C. et al., 1993
Форлак	5–6 раз/нед – 36%; 7 раз/нед – 50%	Шемеровский К.А., 2000
Пищевые волокна	64–72%	Циммерман Я.С. и др., 2008
Лактулоза	82%	Маев И.В. и др., 2006
Дульколак в свечах	100%	Wiryakosol S. et al., 2007



Дульколакс®

Надежное облегчение

- Предсказуемый эффект
- Точное быстрое действие
- Удобство в употреблении



Реклама



000 «Берингер Ингельхайм»
125171, г. Москва, Ленинградское шоссе, д. 16а, стр. 1
тел.: (495) 411 78 01; факс: (495) 411 78 02

www.dulcolax.ru

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.
ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ.

Таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой: П N015358/01 от 21.04.2010. Суппозитории ректальные: П N014230/01 от 10.09.2008.



Дульколакс – местно действующее слабительное из группы производных дифенилметана, которое стимулирует нервные окончания в слизистой оболочке толстой кишки.

Для лечения пациентов с запором предложено множество фармакологических средств. В Великобритании, где 50% населения принимают слабительные препараты, синтезировано более 200 таких средств, а в США – более 700 видов слабительных [11], однако эффективность лечения запора с помощью слабительных средств остается не всегда высокой (табл. 3).

Лечение больных, страдающих запором, пробиотиками с молочнокислыми микроорганизмами восстанавливало ритм стула лишь у 50% лиц [3] или повышало частоту стула от 1–2 раз в неделю до 2–3 раз в неделю [6]. Применение пребиотиков у лиц с запором приводило к повышению его частоты лишь до 3–4 раз в неделю [8]. Даже современные фармакотерапевтические влияния на энкефалинергическую систему кишечника [17], ускоряя транзит по толстой

кишке, не позволяют добиться высокой эффективности в плане восстановления циркадианной регулярности кишечного ритма. Одной из причин неадекватной эффективности таких средств, по-видимому, является отсутствие учета временной структуры циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника.

Российская гастроэнтерологическая ассоциация, исходя из принципов доказательной медицины и рациональной фармакотерапии, рекомендует как одно из наиболее эффективных средств для нормализации ритма дефекации Дульколакс [7]. Дульколакс – местно действующее слабительное из группы производных дифенилметана, которое стимулирует нервные окончания в слизистой оболочке толстой кишки. Как местное слабительное средство с антирезорбтивным эффектом, после гидролиза в толстом кишечнике данный препарат увеличивает секрецию воды в нем, ускоряет и увеличивает его перистальтику. Это приводит к стимуляции акта дефекации, уменьшению времени эвакуации и размягчению стула. Эффект Дульколакса в форме свечей наступает примерно через 30 минут. Дульколакс устраняет

гипотонические и резистентные хронические запоры у взрослых и у детей, показан к применению у лежачих больных, для регулирования стула при геморрое, в предоперационной подготовке и в послеоперационном периоде. В плацебо-контролируемом исследовании показано, что Дульколакс в свечах, устраняя послеоперационный парез кишечника, вызывал появление стула в 100% случаев, тогда как эффект плацебо составил 20% случаев [18].

Выводы

1. Рациональная терапия брадиэнтерии предполагает восстановление циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника с оптимальной (утренней) акрофазой и регулярной частотой (не менее 7 раз в неделю).
2. При терапии пациентов с запором большинство современных средств не позволяют добиться высокой (100%) эффективности лечения.
3. Одним из самых эффективных средств для нормализации ритма эвакуаторной функции кишечника является **Дульколакс** (в свечах), позволяющий добиться 100% эффективности лечения. ☺

Литература →
61 с.



Механизмы эффективности базисной терапии воспалительных заболеваний кишечника препаратами 5-аминосалициловой кислоты

Военно-медицинская академия
им. С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Проф. В.Б. ГРИНЕВИЧ, проф. А.М. ПЕРШКО, И.В. ГУБОНИНА

К числу базисных средств терапии НЯК и БК относятся производные 5-аминосалициловой кислоты, клиническая эффективность которых достоверно связана с возможностью создания высокой концентрации препарата в зоне поражения кишечника. Однако, учитывая тот факт, что при воспалительных заболеваниях кишечника часто наблюдается синдром избыточного бактериального роста, сопутствующие нарушения моторики кишечника, а также изменения внутрипросветного кислотно-основного состояния, которые, в конечном итоге, определяют механизмы высвобождения 5-СК из месалазинов, представляется целесообразным исследование клинической эффективности различных форм 5-АСК.

Материал и методы

В 2010 г. нами было проведено открытое исследование эффективности Пентасы у больных с левосторонней формой неспецифического язвенного колита легкого и среднетяжелого течения. Диагноз заболевания был верифицирован при эндоскопическом и гистологическом исследовании толстой кишки. Тяжесть течения заболевания определяли по критериям Truelove et Wits. Всего в исследование было включено 46 больных, средний

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) – патология, распространенная в индустриально развитых странах преимущественно среди городского населения. В последние годы наблюдается постоянный рост первичной заболеваемости. Так, по данным многочисленных исследований, первичная заболеваемость неспецифическим язвенным колитом (НЯК) и болезнью Крона (БК) в странах Западной Европы и Северной Америки колеблется соответственно от 5 до 20 и от 2 до 8 случаев при общей распространенности заболеваний соответственно от 30 до 250 и от 20 до 150 случаев на 100 тыс. населения.

возраст $45,1 \pm 4$ лет. Пентасу назначали в дозе 4 г/сут (4 приема), курс лечения не более 60 суток, с последующим переходом на поддерживающую дозу 1,5 г/сут до одного года. Для оценки эффективности лечения использовали 3 критерия: полная клинико-эндоскопическая ремиссия, частичное улучшение (уменьшение на 1–2 ступени клинической и/или морфологической активности патологического процесса), отсутствие эффекта.

Результаты и их обсуждение

Установлено, что назначение Пентасы больным левосторонним неспецифическим язвенным колитом позволило добиться пол-

ной клинико-эндоскопической ремиссии к концу 8-й недели лечения у 35 (76,1%) больных, клинического улучшения – у 7 (15,2%), у 4 (8,7%) больных эффект отсутствовал. Примечателен тот факт, что у 22 (62,8%) больных полная клинико-эндоскопическая ремиссия сохранялась в течение года. Оценка общего самочувствия как пациентом, так и врачом-исследователем свидетельствовала о хорошей переносимости препарата и отсутствии серьезных побочных эффектов.

К числу базисных средств терапии первой линии при НЯК и БК относят производные 5-аминосалициловой кислоты, представленные двумя группами фармакологических средств: азосоединения



5-СК с сульфаниламидным компонентом (сульфазалазин) и препараты «чистой» 5-АСК.

Препараты таблетированного месалазина, производимые в разных странах, хотя и несколько отличаются по своей клинической эффективности, по сути представляют собой 5-СК с определенным защитным покрытием. При этом основное их различие заключается в характере энтеросолюбивой оболочки, которая определяет место и скорость высвобождения 5-СК в кишечнике, а также развитие возможных побочных эффектов. В литературе представлены многочисленные свидетельства, в том числе с позиций доказательной медицины, согласно которым клиническая эффективность препаратов 5-СК при НЯК и БК достоверно превосходит плацебо, а в ряде случаев даже конкурирует с глюкокортикоидами. В нескольких исследованиях сравнивали эффективность месалазина и традиционных кортикостероидов. Немецкая группа по изучению 5-СК провела два рандомизированных исследования и установила, что в дозе 2 г/сут месалазин уступает по эффективности метилпреднизолону (частота негативных результатов лечения 74 и 34% соответственно), однако при повышении дозы месалазина до 4,5 г/сут результаты лечения этими препаратами оказались близкими [6, 11].

За последние годы достигнут значительный прогресс в изучении механизмов действия 5-СК, хотя окончательной ясности в этом вопросе еще нет. На сегодняшний день в обобщенном виде механизмы действия 5-СК представляются следующим образом:

- угнетение 5-липооксигеназного пути метаболизма арахидоновой кислоты;
- подавление процесса образования супероксидных радикалов, а также гипохлорной кислоты активированными нейтрофилами;
- ингибирование хемотаксиса нейтрофилов;
- локальная иммуномодулирующая активность в кишечнике;
- антифолатное действие;

- подавление естественной цитотоксичности лимфоцитов;
- торможение синтеза ИЛ-1, ИЛ-6 и ФНО- α лейкоцитами человека, стимулированными ЛПС;
- торможение синтеза ИЛ-2 и γ -интерферона Т-лимфоцитами;
- усиление апоптоза клеток кишечного эпителия.

Таким образом, как видно из представленных данных, применение препаратов на основе 5-СК способствует достижению главных целей терапии воспалительных заболеваний кишечника, а именно:

- эффективного купирования рецидива заболевания и улучшения качества жизни больных;
- максимально возможной модуляции цитокиновой активности;
- предотвращения новых рецидивов заболевания;
- снижения риска малигнизации.

Из комбинированных препаратов 5-СК наиболее изученным является сульфазалазин, который используется в клинической практике с 1942 г. Идея его создания принадлежит Nana Svartz, которая еще в 1938 г. на основании гипотезы об инфекционной природе ревматоидного артрита предложила синтезировать противоревматический препарат с двойной активностью: антимикробной и противовоспалительной. Однако отрицательные результаты, полученные группой авторитетных ревматологов из Шотландии, привели к тому, что с начала 50-х годов препарат был исключен из ревматологической практики. Однако он нашел широкое применение в лечении воспалительных заболеваний кишечника.

Обычно используемая доза сульфазалазина в условиях клинического рецидива составляет 2–4 г/сут, а в ряде случаев может достигать и 6–8 г/сут. Поддерживающая доза препарата, как правило, равна 1,5–2 г/сут. Вместе с тем частота развития побочных эффектов от приема сульфазалазина, по данным литературы, колеблется от 5 до 35%. Наиболее репрезентативные данные о частоте развития побочных эффектов от приема сульфазалазина получены в американском исследовании болезни Крона (Summers R.W.

и соавт., 1979). Результаты этого исследования свидетельствуют о том, что серьезные побочные действия имели место у 12–14% больных, получавших сульфазалазин. Тошнота, рвота и анорексия отмечалась у 34% больных, получавших препарат до 1 г, и у 46% больных, получавших его в более высокой дозе. При этом гематологические побочные эффекты – лейкопения, тромбоцитопения, тромбоцитоз, нейтропения и анемия – развивались относительно редко.

В последние годы приводятся убедительные доказательства, согласно которым предпочтительными являются препараты второй группы («чистой» 5-АСК), лишенные побочных эффектов сульфаниламидного компонента. Как известно, к ним относятся три группы фармакологических средств. Первая из них представлена препаратами, у которых высвобождение 5-СК зависит от наличия в просвете кишечника бактериальных азоредуктаз (олсалазин, балсалазид). В препаратах Салофальк (месалазин) и Асакол (месалазин) 5-СК заключена в покрытие из эудрагита L и S, постепенно растворяющихся при pH 6,0–7,0, то есть в толстой кишке. К препаратам третьей группы относится Пентаса. Препарат представляет собой микрогранулы месалазина, покрытые этилцеллюлозной оболочкой, что способствует его постепенному высвобождению. После приема таблетка распадается на микрогранулы, что обеспечивает терапевтический эффект во всех отделах кишечника от двенадцатиперстной до прямой кишки при любых значениях pH и вне зависимости от выраженности бактериальной обсемененности тонкой и толстой кишки. При прохождении микрогранул по желудочно-кишечному тракту 50% 5-СК высвобождается в тонкой и 50% в толстой кишке.

В многочисленных исследованиях убедительно показано, что клиническая эффективность 5-СК достоверно связана с возможностью создания высокой концентрации препарата в зоне поражения. В этой связи принято считать, что препараты первых двух групп (ол-

сила, умноженная на

ПЯТЬ

в лечении неспецифического язвенного колита и болезни Крона



 **Пентаса**[®]
месалазин

ПЯТЬ ФАКТОРОВ И ОДНА ЦЕЛЬ - РЕМИССИЯ

уникальность действия

эффективность

безопасность

хорошая переносимость

улучшение качества жизни

G/001/05/05v02

Реклама

FERRING

PHARMACEUTICALS

ООО "Ферринг Фармасетикалз",
115054, Москва, Космодамианская наб. 52/4,
Тел.: (495) 287 03 43
Факс: (495) 287 03 42
E-mail: info@ferring.ru
www.ferring.ru

Применяется по назначению врача.
Имеется противопоказание.
Перед применением ознакомиться с инструкцией.
Информация для специалистов здравоохранения.



салазин, балсалазид, Салофальк, Асакол) оказывают эффективное воздействие при воспалительных заболеваниях кишечника в тех случаях, когда область воспаления ограничивается преимущественно проксимальными отделами толстой кишки при БК, или если патологический процесс распространяется до селезеночного изгиба или слепой кишки при НЯК. При дистальном поражении толстой кишки (вплоть до селезеночного изгиба) неоспоримым преимуществом обладают лекарственные формы для местного применения 5-АСК: суппозитории и лечебные клизмы. Что же касается Пентасы, то в современной литературе данное средство позиционируется главным образом как препарат выбора для лечения поражений желудка, тонкой кишки и илеоцекального отдела кишечника при БК.

В то же время такой подход к определению показаний для предлагаемых лекарственных форм далек от своего совершенства по целому ряду причин. Как известно, чрезвычайно важными факторами, определяющими клиническую эффективность средств на основе 5-СК при лечении ВЗК, являются скорость эвакуации лекарственного препарата из полости желудка и его продвижения по тонкой кишке, в том числе в зависимости от приема пищи и сопутствующих расстройств моторики кишечника. Однако нельзя не учитывать следующие обстоятельства. При назначении Асакола или Салофалька мы исходим из того, что в дистальном отделе подвздошной и слепой кишки показатели внутрипросветного значения рН должны соответствовать 6,0–7,0, а при лечении олсалазином и балсалазидом в полости кишечника, начиная со слепой кишки, должны присутствовать бактериальные азоредуктазы.

Однако, как свидетельствуют результаты исследований J. Fallingborg и соавт. (1998), проводивших изучение внутрипросветного рН кишечника с помощью радиотелеметрической капсулы, при активном язвенном колите в проксимальных отделах толстой кишки показатели рН в ряде случаев колеблются в ин-

тервале от 2,3 до 3,4. В свою очередь А.Н. Raimundo и соавт. (1992) сообщают о снижении внутрипросветного рН в правых отделах толстой кишки при активном язвенном колите до 4,7. Сходные данные приводят и другие авторы [5]. Причины столь резкого закисления среды кишечника при ВЗК на сегодняшний день хорошо известны. К ним относятся главным образом снижение секреции эпителием бикарбонатов, повышение продукции лактата в зоне воспаления, уменьшение в рационе больных пищевых волокон, а также нарушения всасывания короткоцепочечных жирных кислот и др. Существенным фактором является и микробная обсемененность тонкой кишки при НЯК и БК. По данным различных авторов [3], при ВЗК частота синдрома избыточного бактериального роста колеблется от 38 до 84,6%.

В этой связи становится понятным, почему мы не можем достоверно знать, в каком отделе кишечника и каким образом при лечении ВЗК происходит высвобождение 5-АСК.

Общеизвестно, что уровень ацетилированной 5-СК в фекалиях является наилучшим показателем биодоступности 5-СК той или иной лекарственной формы. Установлено, что из всех представленных лекарственных форм 5-СК, исключая средства для местного применения, только препарат Пентаса обеспечивал наиболее высокий уровень ацетилированной 5-СК у больных ВЗК с диареей [10]. Кроме того, R.V. Wilding (1999), используя скинтиграфические методы исследования, убедительно показал, что прием пищи также не оказывал существенного влияния на скорость эвакуации микрогранул Пентасы из желудка и их продвижение по тонкой и толстой кишке. Напротив, скорость эвакуации из желудка таблеток Асакола и его продвижения по тонкой и толстой кишке существенно изменялась. При этом важно также отметить, что место высвобождения 5-СК из Асакола после еды варьировало в широких пределах, начиная от тощей кишки и заканчивая селезеночным изги-

бом толстой кишки. Полученные данные трудно интерпретировать. Это связано, возможно, как с изменениями рН в полости кишечника, так и с изменениями скорости транзита химуса после приема пищи. Таким образом, ускорение транзита пищевого химуса при диарее, а также прием пищи у больных ВЗК не влияют на систему доставки 5-СК Пентасы к очагам воспаления, в отличие от других известных препаратов на основе месалазина.

Приведенные факты, по нашему мнению, позволяют сделать вывод о более низкой эффективности препаратов 5-СК с покрытием из эудрагита L и S (Салофальк, Асакол), а также препаратов, зависимых от присутствия в кишечнике бактериальных азоредуктаз по сравнению с Пентасой при активном язвенном колите и болезни Крона.

Высокая клиническая эффективность Пентасы при лечении ВЗК подтверждается результатами клинических исследований. Так, в двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании [7,8] было показано, что в результате приема Пентасы в дозе 4 г/сут в течение 8 недель частота клинического ответа достигала 80%, а полная клинико-эндоскопическая ремиссия была получена у 50% пациентов. Кроме того, это исследование показало, что терапия Пентасой безопасна, хорошо переносится пациентами и практически не вызывает побочных эффектов.

Установлено, что препарат Пентаса также эффективно поддерживает ремиссию при ВЗК. Так, по данным P. Miner и соавт. (1995), 70 и 64% пациентов с НЯК, принимавших препарат Пентаса, находились в ремиссии 9 и 12 месяцев соответственно.

Таким образом, препарат Пентаса может претендовать на статус основного базисного препарата при лечении как БК, так и НЯК. Он лучше переносится, чем сульфасалазин, обладает определенными преимуществами по сравнению с другими лекарственными формами на основе месалазина, профиль побочных эффектов препарата сопоставим с плацебо. ☺

План научно-практических мероприятий и специализированных выставок ГОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздравсоцразвития России на 2011 год

27–28 января	XXVIII научно-практическая конференция с международным участием Рахмановские чтения «Генодерматозы: современное состояние, проблемы» Специализированная выставка «Дерматовенерология: диагностика и лекарственная терапия» Место проведения: г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, конференц-зал № 2, II этаж
10–11 марта	Общественный международный форум, приуроченный к Всемирному дню почки «Здоровье нации – наше общее дело» Специализированная выставка «Нефрология сегодня» Место проведения: г. Коломна, Московская область, Конькобежный центр «Коломна»
30 марта	Ежегодная научно-практическая конференция «Фармакотерапия болезней уха, горла и носа с позиций доказательной медицины» Специализированная выставка «Лекарственные средства для лечения болезней уха, горла и носа» Место проведения: Медицинский центр Управления делами Президента (г. Москва, Романов переулок, д. 2)
25–27 мая	III научно-образовательный форум с международным участием «Медицинская диагностика – 2011» совместно с V Всероссийским национальным конгрессом лучевых диагностов и терапевтов «Радиология – 2011» Специализированная выставка «Меддиагностика – 2011» Место проведения: г. Москва, МВЦ «Крокус-Экспо»
4 октября	Научно-практическая конференция с международным участием и специализированная выставка «Фундаментальные и клинические аспекты клеточных, тканевых и нанотехнологий в уронефрологии» Место проведения: г. Москва, ул. Б. Пироговская, д. 6, стр. 1, ЦКК Университетской клинической больницы № 1, конференц-зал, II этаж
6–7 октября	Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы профилактики, диагностики и лечения туберкулеза у детей» Специализированная выставка «Туберкулез – профилактика, диагностика и лечение туберкулеза у детей» Место проведения: г. Москва, ул. Достоевского, д. 4, НИИ фтизиопульмонологии
13–14 октября	Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные проблемы эпидемиологии на современном этапе» Специализированная выставка «Современные технологии и средства диагностики, надзора и профилактики инфекционных болезней» Место проведения: г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, конференц-зал № 2, II этаж
13–14 октября	VII научно-практическая конференция с международным участием и специализированная выставка «Лучевая диагностика и научно-технический прогресс» Место проведения: г. Москва, ул. Б. Пироговская, д. 6, стр. 1, ЦКК Университетской клинической больницы № 1, конференц-зал, II этаж
28 октября	Научно-практическая конференция «Междисциплинарные аспекты взаимодействия акушеров-гинекологов, урологов и венерологов» Специализированная выставка «Женское и мужское здоровье» Место проведения: г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, конференц-зал № 2, II этаж
3–4 ноября	IV научно-практическая конференция с международным участием и специализированная выставка «Вегетативные расстройства в клинике нервных и внутренних болезней» Место проведения: г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, конференц-зал № 2, II этаж
9 ноября	Научно-практическая конференция «Новые лекарственные препараты в практике дерматовенеролога и косметолога» Специализированная выставка «Новые лекарственные препараты в дерматовенерологии и косметологии» Место проведения: г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, конференц-зал № 2, II этаж
18–19 ноября	Научно-практическая конференция с международным участием «Совершенствование педиатрической практики. От простого к сложному» Специализированная выставка «Новые лекарственные препараты в педиатрии, питание и средства ухода за малышом» Место проведения: г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, конференц-зал № 2, II этаж
8 декабря	Научно-практическая конференция с международным участием и специализированная выставка «Актуальные проблемы гастроэнтерологии. Василенковские чтения» Место проведения: г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, конференц-зал № 2, II этаж
Декабрь 2 дня	II Всероссийская конференция «Когнитивные и другие нервно-психические нарушения» Специализированная выставка «Лечение когнитивных и других нервно-психических нарушений» Место проведения: г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, конференц-зал № 2, II этаж



Юлия Григорьевна МУХИНА,
профессор, доктор медицинских наук,
заведующая кафедрой
детских болезней Второго
педиатрического факультета
ГОУ ВПО «Российский
государственный медицинский
университет Министерства
здравоохранения
и социального развития РФ»

Последние десятилетия характеризуются значительным вниманием к проблемам распространения болезней пищеварительного тракта у взрослых и детей. Это обусловлено пониманием негативных последствий для здоровья больных с нарушениями расщепления, всасывания и транспорта пищевых ингредиентов, сдвигами метаболизма в организме, изменениями адаптивных механизмов.

Лечение больного должно основываться на принципах доказательной медицины. В настоящее время создается и внедряется система стандартизации медицинской помощи для использования единого стандарта во всех медицинских учреждениях. Однако, анализируя многофакторное влияние на риск возникновения болезни органов пищеварения, роль и характер их течения, формирование различных осложнений, наряду с использованием стандартных протоколов необходимо учитывать многие влияния на организм ребенка. Среди этих влияний следует указать генетические особенности индивидуума, возраст, антропометрические показатели пациента, особенности сомато- и психотипа, метаболические изменения гомеостаза, экологические и микрoэкологические факторы и ряд других параметров. Необходимо проводить дополнительные лечебные мероприятия для улучшения качества лечения.

Развитие фундаментальной науки позволило понять роль ряда факторов, приводящих к формированию патологии органов пищеварения у детей. Суточное поступление неадекватных уровней кадмия, алюминия, лития, хрома и других веществ, обусловленных особенностями экологии, изменяет клиническую картину болезни и снижает эффективность проводимой терапии. В этих условиях адаптационный потенциал становится крайне низким, и лечебные программы должны учитывать достаточную обеспеченность микронутриентами и минорными биологически активными компонентами.

В представленной серии работ, посвященных совершенствованию лечебных программ больных с патологией органов пищеварения, отражен опыт различных научных школ России, которые в течение длительного периода времени изучают эту сложную проблему.



Факторы формирования гастроэзофагеального рефлюкса у детей и современные принципы терапии

Д.м.н. М.И. ДУБРОВСКАЯ, д.м.н. Ю.Г. МУХИНА

Клинические симптомы гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) существенно отличаются у детей разного возраста и определяются известными анатомо-физиологическими особенностями развития органов пищеварительного тракта. У детей первого года жизни срыгивание рассматривается как эквивалент физиологического ГЭР и признается практически нормальным физиологическим явлением.

Патологический ГЭР у детей первого года жизни встречается в 8–10% случаев [4, 5]. Это заболевание может формироваться у детей, родившихся преждевременно [6, 7], перенесших хроническую внутриутробную гипоксию, асфиксию в родах, натальную травму шейного отдела позвоночника [8], страдающих пищевой аллергией [9, 10], лактазной недостаточностью, а также имеющих отягощенную наследственность по заболеваниям верхних отделов пищеварительного тракта.

Дифференциальный диагноз патологического ГЭР необходимо проводить с пороками развития органов верхнего отдела пищеварительного тракта: врожденным стенозом пищевода, ахалазией кардии, халазией кардии, врожденным коротким пищеводом, удвоением пищевода, пилоро-

Одной из сложных и актуальных проблем современной гастроэнтерологии являются хронические заболевания верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ), формирование которых начинается в детстве. Согласно данным Бюро медицинской статистики Департамента здравоохранения города Москвы за 2007–2008 гг., болезни органов пищеварения занимают седьмое место в сравнительной структуре заболеваний у детей 0–14 лет (4,1–4,0%), у подростков 15–17 лет находятся уже на пятом месте (7%), что сравнимо с заболеваемостью взрослого населения (7,9–7,7%). Среди болезней органов пищеварения у детей частота патологии пищевода составляет 11–20% [1, 2, 3].

стенозом, скользящей хиатальной грыжей, нейромышечными заболеваниями. Результаты эндоскопического исследования, проведенного у детей с жалобами на упорную рвоту с примесью желчи, слизи, крови, показали четкую возрастную зависимость выявления пороков развития. В раннем неонатальном периоде у 12% обследованных детей были обнаружены: атрезия пищевода, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), атрезия двенадцатиперстной кишки, мембрана двенадцатиперстной кишки, синдром Ледда. В позднем неонатальном периоде у 9% детей были

обнаружены пилоростеноз (86%) и ГПОД (14%). У детей в возрасте 1–12 месяцев из пороков развития ЖКТ была диагностирована только ГПОД (5,6%).

Среди детей старше года, страдающих патологией пищеварительного тракта, ГЭР встречается в 8,7–17% [2]. К возникновению ГЭР могут приводить патологические состояния как самого пищевода и нижнего пищеводного сфинктера, так и нижележащих органов. Созревание сфинктерного аппарата происходит у детей к 5–7-летнему возрасту. При этом кислотопродуцирующая функция желудка у детей от 5 до 13 лет

достоверно выше, чем у взрослых. Несостоятельность сфинктерного аппарата у детей может приводить к «затеканию» кислого содержимого в пищевод, что способствует развитию терминального эзофагита, выявляемого при эндоскопическом исследовании [11].

У детей с избыточной массой тела наибольшие атрибутивные риски развития воспалительных заболеваний и моторно-эвакуаторных нарушений ВОПТ выявлялись при наличии постоянных перекусов и употреблении высококалорийной пищи.

Частота эзофагита в популяции составляет 3–4% [1, 3]. Согласно данным разных исследователей, частота эзофагита, диагностируемого у детей при эндоскопическом исследовании, составляет от 20 до 82% [12, 13]. По-видимому, столь значительная разница связана в большей степени с объективностью оценки обнаруженных изменений, качеством диагностической аппаратуры и профессиональными навыками врача-эндоскописта.

При морфологическом исследовании нами выявлено преобладание дистрофических и дисрегенераторных процессов в слизистой оболочке над воспалительными; максимальная частота изменений слизистой была зарегистрирована в непосредственной близости к нижнему пищеводному сфинктеру и снижалась в проксимальных отделах пищевода. Эти изменения свидетельствовали о наличии постоянного невысокого рефлюкса желудочного содержимого в просвет пищевода, в дистальном отделе пищевода редко встречались характерные признаки острого воспалительного процесса. Тем не менее, морфологические признаки рефлюкс-эзофагита у детей с избыточной массой тела обнаруживались в 1,5 раза чаще, чем при эндоскопическом исследовании.

В патогенезе формирования ГЭР ключевую роль отводят нарушениям моторики верхнего и нижнего отделов пищеварительного тракта. У детей с рефлюкс-эзофагитом по сравнению с группой детей, страдавших хроническим гастродуоденитом, чаще выявлялась недостаточность нижнего пищеводного сфинктера (31,4 и 7,7% соответственно, $p < 0,05$), гастро-эзофагеальные рефлюксы (70,9 и 17,8%, $p < 0,05$) и дуоденогастральные рефлюксы (55,5 и 32,3%, $p < 0,05$) [14]. Среди детей с хроническим запором поражения пищевода и кардио-эзофагеального перехода обнаруживались в 45%, зависели от характера патологии толстой кишки и степени выраженности задержки стула; дуодено-гастральный рефлюкс диагностировался в 77,2%, сопутствовал воспалительным изменениям ВОПТ [15]. Дуоденогастральный рефлюкс относится к важным патогенетическим факторам формирования ГЭР, является проявлением дискинезии двенадцатиперстной кишки, то есть нарушения ее тонуса, перистальтики и эвакуации.

Нами было оценено влияние привычек питания на развитие воспалительных заболеваний и эвакуаторно-моторных нарушений ВОПТ у детей. Было показано, что у детей с избыточной массой тела наибольшие атрибутивные риски развития воспалительных заболеваний и моторно-эвакуаторных нарушений ВОПТ выявлялись при наличии постоянных перекусов и употреблении высококалорийной пищи. Атрибутивный риск и доверительный интервал (ДИ) развития эрозивного эзофагита составлял соответственно 81 (ДИ 73–89) и 79% (ДИ 71–87); дуоденита – 80 (ДИ 72–88) и 78% (ДИ 70–87); дискинезии двенадцатиперстной кишки – 75 (ДИ 66–83) и 73% (ДИ 64–82); недостаточности кардии – 73 (ДИ 64–82) и 71% (ДИ 62–80). Перекусывание нарушает циркадный ритм пищеварительного тракта, что приводит к формированию моторных нарушений

и связанных с ними воспалительных заболеваний ВОПТ.

Причиной дискинезии двенадцатиперстной кишки могут быть не только ее функциональные нарушения, но и различные аномалии развития (высокая фиксация кишки, *duodenum mobile*, мембранозная атрезия). Препятствия прохождению пищи по двенадцатиперстной кишке могут создавать рубцовые деформации ее луковицы вследствие эрозивно-язвенных процессов, кольцевидная поджелудочная железа, наружные рубцы, тяжи или добавочные связки (*lig. cysto-duodeno-colicum*), гастроптоз. Причиной развития ГЭР может являться перегиб желудка, способствующий формированию недостаточности кардии, скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Установлена четкая взаимосвязь между частотой патологических состояний ВОПТ и периодами физиологического вытяжения: 6–7, 9–10 и 12–14 лет [15]. Учитывая топографию ядер блуждающего нерва, иннервирующего пищевод, рост и развитие шейного отдела позвоночника могут быть одной из причин формирования функциональной несостоятельности нижнего пищеводного сфинктера и соответствующих симптомов (тошнота, изжога, отрыжка воздухом и кислым, рвота пищей). В подтверждение этого, среди школьников 7–9, 10–13 и 14–16 лет обнаруживалась возрастная зависимость частоты эзофагита, который диагностировался соответственно у 22,7, 72,3 и 63,6% детей [16].

По данным других исследователей, критическим периодом для возникновения поражений пищевода является возраст от 12 до 15 лет. Именно в пубертатном периоде происходят интесивные изменения в строении тела и внутренних органов, отмечается качественная перестройка нейроэндокринной регуляции, что значительно изменяет морфологические и физиологические соотношения отдельных органов и систем. Возникает дезинтегра-



ция роста и созревания, приводящая к нарушению моторики желудочно-кишечного тракта и нижнего пищеводного сфинктера в частности [14]. Косвенным доказательством влияния физического развития, а именно периодов роста детей школьного возраста, на рефлюкс-эзофагит, гастродуоденит и нарушения моторики ВОПТ (гастроэзофагеальный и дуоденогастральный рефлюксы) было обнаружение нестабильности шейного отдела позвоночника у 63% детей, при этом наиболее часто она наблюдалась у пациентов с обоими видами рефлюксов (70%) [17]. В данной клинической ситуации целесообразно оценить физическое развитие ребенка, скорость прибавки роста и массы тела за период времени, предшествующий появлению жалоб, а также выявить наличие синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани, возможную нестабильность шейного отдела позвоночника.

Методы исследования детей с подозрением на ГЭР включают в себя фиброэзофагогастродуоденоскопию с биопсией слизистой оболочки пищевода, 24-часовой рН-мониторинг пищевода и желудка, манометрию пищевода, ультразвуковое исследование пищевода, рентгеноконтрастное исследование ВОПТ, радиоизотопное исследование эвакуаторной функции желудка, магниторезонансную томографию шейного отдела позвоночника.

При наличии клинических признаков поражения пищевода показано проведение эн-

доскопического исследования с целью исключения эрозивно-язвенных и неопластических процессов в слизистой оболочке пищевода. При обнаружении эндоскопических признаков дистального эзофагита следует оценить интенсивность абдоминального и диспепсического синдромов и объем лечебно-профилактических мероприятий. Отсутствие различий в характере патологии органов ВОПТ у детей с избыточной и нормальной массой тела предопределяет проведение длительной диетотерапии как ключевого метода лечения при заболеваниях ВОПТ. Обязательно соблюдать следующие рекомендации, направленные на уменьшение продолжительности рефлюкса, нормализацию моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки, снижение внутрибрюшного давления:

- спать с приподнятым не менее чем на 15 см изголовьем кровати;
- не есть перед сном, не лежать после еды;
- избегать ношения тесной одежды, тугих поясов;
- избегать глубоких наклонов, длительного пребывания в согнутом положении (поза «огорodka»);
- избегать физических упражнений, связанных с перенапряжением мышц брюшного пресса.

Рациональная фармакотерапия предполагает применение антацидных препаратов, преимущественно в виде геля или суспензии, например, Гевискон – 1 доза 3–4 раза в день через 30 мин после еды и на ночь курсом 21 день в со-

Критическим периодом для возникновения поражений пищевода является возраст от 12 до 15 лет. Именно в пубертатном периоде происходят интенсивные изменения в строении тела и внутренних органов, отмечается качественная перестройка нейроэндокринной регуляции.

четании с прокинетиками (домперидон (Мотилиум, Мотилак) 10 мг 3 раза) и нормотониками (тримебутин (Тримедат)).

Вопрос о назначении антисекреторных препаратов (H₂-гистаминоблокаторов или ингибиторов протонной помпы) решается индивидуально с учетом преобладающего клинического симптомокомплекса, результатов исследования кислотообразующей функции желудка (гиперсекреторный статус), суточного рН-мониторинга (выраженный «кислотный» ГЭР), а также в случаях недостаточной эффективности базисной лечебной программы.

При достижении положительного клинического эффекта показано дальнейшее проведение диетотерапии и наблюдение в динамике.

Взвешенная многосторонняя объективная оценка состояния ребенка с клиническими симптомами ГЭР позволит выставить верный диагноз, провести грамотные лечебно-профилактические мероприятия. ☺

*Литература →
62 с.*



Санкт-Петербургская
государственная
педиатрическая
академия

Дифференциальный диагноз хронической диареи у детей

Д.м.н. Е.А. КОРНИЕНКО

Диарея является одной из ведущих причин детской смертности, от которой ежегодно в мире погибают примерно 2,5 млн детей. Значительную часть этих больных составляют дети с затяжной и хронической диареей.

Хронической считается диарея продолжительностью более 3 недель с частотой стула три и более раз в день. Учитывая, что такая частота стула может быть нормой для детей первых месяцев жизни, необходимо также обращать внимание на характер стула и его объем. В норме у здорового ребенка объем стула обычно не превышает 10 г/кг массы тела в сутки. Водянистый или жирный характер стула, наличие зелени, слизи, крови, непереваренных остатков пищи являются признаками патологии.

Причины хронической диареи (ХД) весьма разнообразны (рис. 1), наиболее частые из них: кишечные инфекции (чаще вирусные, реже бактериальные, вызванные условно-патогенной микрофлорой), а также паразитарные инвазии (лямблиоз, иногда криптоспоридиоз, амебиаз и др.). Трансформация острой диареи в хроническую может быть

обусловлена неблагоприятным фоном, на котором протекает инфекция (гипотрофия, дефицит микронутриентов, иммунодефицит), а также неадекватной терапией. Как следствие длительного воспаления, развивается атрофия слизистой оболочки тонкой кишки (СОТК) с вторичным нарушением ее функций.

Наряду с инфекционными и паразитарными причинами, ХД может быть обусловлена врожденными генетически детерминированными дефектами пищеварения (лактазная недостаточность, сахарозо-изомальтазная недостаточность) и всасывания (мальабсорбция глюкозы-галактозы, хлоридная, натриевая диарея, мальабсорбция желчных кислот, энтеропатический акродерматит и др.), врожденными аномалиями строения энтероцитов (атрофия микроворсин, интестинальная эпителиальная дисплазия) и иммуно-

патологическими заболеваниями, сопровождающимися хроническим воспалением СОТК (аллергическая энтеропатия, целиакия, аутоиммунная энтеропатия, болезнь Крона). Наиболее тяжелой формой ХД является так называемая трудноизлечимая младенческая диарея, обусловленная аномалиями энтероцитов или аутоиммунной энтеропатией.

Диагностика заболеваний, проявляющихся ХД, должна основываться на тщательной оценке характера кишечного синдрома, симптомов со стороны других органов и систем, данных анамнеза и дополнительных исследований. В связи с широкой распространенностью кишечных инфекций и паразитозов у детей первым этапом диагностики является установление или исключение данных заболеваний. Для этого каждому ребенку с ХД необходимо провести:

- клинический анализ крови;
- посевы кала;
- исследование кала на яйца глистов и цисты лямблий методами микроскопии, ИФА и ПЦР;
- микроскопию мазка кала на криптоспоридиоз (с окраской по Циллю-Нильсену или обработкой 1% раствором HCl);
- исследование кала на токсин А и В *Clostridium difficile* методом ИФА;



- копрологическое исследование (не менее 3 копрограмм);
- исследование кала на скрытую кровь.

Даже в случае отрицательного результата бактериологического исследования при подозрении на инфекционный генез диареи показан курс антибактериальной терапии *ex juvantibus*. Обычно в этих случаях назначают нитрофураны (нифуратель 15 мг/кг или нифуроксазид 100 мг 2 раза в день), аминогликозиды (гентамицин 3–5 мг/кг, амикацин 10 мг/кг) или цефалоспорины III поколения (цефотаксим 50 мг/кг, цефтриаксон 50 мг/кг). Поскольку диарея в детском возрасте имеет преимущественно вирусную этиологию и характеризуется водянистым стулом со значительной потерей жидкости и солей, важно с первых же дней болезни проводить адекватную регидратацию и коррекцию электролитного обмена. Не менее важно обеспечить полноценное питание ребенка с учетом сниженных возможностей пищеварения.

Для коррекции микробиоценоза кишечника при постинфекционных диареях применяют препараты-пробиотики. При назначении пробиотического препарата необходимо убедиться в отсутствии лактозы в его составе. Для детей раннего неонатального периода выпускается безлактозный пробиотик Примадофилус Детский, который содержит подобранные в соответствии с возрастом штаммы лакто- и бифидобактерий в возрастной дозировке 2×10^9 КОЕ в суточной дозе.

Если ребенок находится на естественном вскармливании, его можно продолжить, но в каждое кормление рекомендуется добавлять фермент Лактаза Бэби.

При искусственном вскармливании с учетом вероятного развития вторичной лактазной недостаточности на фоне кишечной инфекции целесообразно использовать безлактозные или кисло-молочные смеси: НАН кисло-молочный, НАН безлактозный, Энфамил Лактофри.

Причины хронической диареи

ИНФЕКЦИОННЫЕ:
 Вирусы (рота-, адено-, корона-, норфолк и др.)
Cl.difficile
 Энтеропатогенные *E. coli*
Campylobacter spp.
Shigella
Salmonella
Yersinia spp.
Mycobacterium tbc.

ПАРАЗИТАРНЫЕ:
Giardia intestinalis
Cryptosporidium parvum
Entamoeba histolytica

Врожденные пороки и anomalies развития
 • Мальротация, псевдообструкция
 • Врожденная лимфангиэктазия
 • Микроструктурные anomalies энтероцитов

Дефекты расщепления и транспорта
 • Дисахаридазная недостаточность
 • Мальабсорбция глюкозы-галактозы
 • Мальабсорбция фруктозы
 • Энтеропатический акродерматит
 • Хлоридная, натриевая диарея

Хроническое воспаление
 • Болезнь Крона
 • Целиакия
 • Аллергическая энтеропатия

Опухоли
 • Лимфома
 • Гормонопродуцирующие

Рис. 1. Причины хронической диареи

Лактазная недостаточность у детей раннего возраста может быть не только вторичной, но и первичной: врожденной или транзиторной. Врожденная лактазная недостаточность – крайне редкая патология, при которой в результате генетических мутаций лактаза не транспортируется из аппарата Гольджи на поверхность мембраны энтероцита. Симптоматика врожденной лактазной недостаточности проявляется с первых дней жизни очень ярко в виде многократной водянистой диареи, сопровождающейся вздутием живота, потерей массы тела и дегидратацией. В абсолютном большинстве случаев лактазная недостаточность у новорожденного или недоношенного ребенка носит транзиторный характер и обусловлена незрелостью кишечных ворсинок и недостаточной активностью фермента лактазы на поверхности эпителия (гиполактазией).

Транзиторная лактазная недостаточность может быть причиной нетяжелой «кислой» водянистой диареи в первые месяцы жизни, которая нередко сопровождается кишечными коликами и беспокойством ребенка, но не влияет на его физическое развитие. Симптомы постепенно

смягчаются на фоне продолжения грудного вскармливания. Это объясняется тем, что женское молоко обладает многочисленными факторами роста (EGF, IGF-1, TGF- β , спермин, спермидин, нуклеотиды, короткоцепочечные жирные кислоты и т.д.), которые способствуют росту и созреванию кишечного эпителия и повышению лактазной активности.

Поэтому при симптоматике гиполактазии грудное вскармливание следует продолжить, но для устранения симптомов целесообразно применять **фермент Лактаза Бэби** по 700 ед. в начале каждого кормления. Детям с рождения назначается содержимое 1 капсулы Лактазы Бэби на 100 мл молока. Перед кормлением следует сцедить 20 мл молока и высыпать содержимое капсул. Кормление начинать через 10 минут с этой порции. В случае если ребенок получает только сцеженное грудное молоко, Лактазу Бэби добавляют в полный объем питания. При искусственном вскармливании необходимым количество фермента также добавляется в полный объем молочного питания. Время для ферментации составляет 10 минут.

Для подтверждения лактазной недостаточности любого гене-

гастроэнтерология



Рис. 2. Характер стула

за у ребенка можно использовать различные тесты: исследование pH кала (ниже 5,5), гликемическую кривую с лактозной нагрузкой из расчета 2 г/кг (прирост уровня глюкозы не более 25% от исходного), водородный тест (прирост уровня водорода в выдыхаемом воздухе выше 20 ppm).

Если кишечная инфекция и лактазная недостаточность (наиболее частые причины хронической диареи) исключены, а диарея, несмотря на антибактериальную терапию и безлактозную диету, продолжается, необходимо продолжить обследование, обеспечивая адекватную нутриционную поддержку путем сочетания парентерального и энтерального питания смесями белковых гидролизатов без лактозы: **Альфаре, Нутрилон Пепти ТСЦ, Нутрамен, Фрисопеп АС, Прегестимил.**

Дальнейший алгоритм диагностики ХД основывается на оценке характера стула (рис. 2). Следует различать водянистую диарею,

диарею со стеатореей и диарею с колитическим синдромом (кровью и слизью в стуле).

Водянистая диарея

При сохраняющейся, несмотря на отмену лактозы, водянистой «кислой» диарее (pH кала < 5,5) у новорожденного ребенка вероятным диагнозом может быть **мальабсорбция глюкозы-галактозы**, для подтверждения которого проводится исследование экскреции сахаров с калом и пробы на толерантность к глюкозе и фруктозе. Поскольку при этом заболевании нарушена работа глюкозо-галактозного транспортера, в то время как функции фруктозного транспортера в СОТК сохраняются, нагрузку этими моносахаридами организм ребенка воспринимает по-разному. После приема глюкозы диарея усиливается, а гликемическая кривая имеет плоский вид. Фруктоза же является единственным углеводом, который хорошо переносится детьми с мальабсорбцией глюкозы-галактозы, поэтому при подтверждении диагноза вскармливание следует проводить искусственной смесью, приготовленной из казеината кальция, растительного масла и фруктозы.

Все нарушения расщепления и всасывания углеводов – лактазная, сахарозо-изомальтазная недостаточность, мальабсорбция глюкозы-галактозы, мальабсорбция фруктозы – проявляются **осмотической диареей**, которая развивается в результате образования из невсосавшихся углеводов осмотически активных продуктов бактериального брожения. Временный перевод ребенка на парентеральное питание или исключение из рациона углевода, вызвавшего диарею, сопровождаются купированием симптомов.

Диарея, сохраняющаяся после перевода ребенка на полное парентеральное питание, свидетельствует о ее **секреторном характере**. Основным отличием секреторной диареи от осмотической является отсутствие эффекта от «голодания», то есть

от отмены обычного питания и перевода ребенка на парентеральное (табл. 1). Для подтверждения секреторного характера диареи необходимо исследование уровня электролитов в крови и экскреции их с калом. При секреторной диарее осмоляльность кала зависит главным образом от содержания в нем электролитов и представляет собой сумму концентраций ионов Na⁺ и K⁺ (или Na⁺, K⁺ и Cl⁻), умноженную на два. При осмотической диарее осмоляльность кала обусловлена нерасщепленными или невсосавшимися частичками пищи, при этом концентрация электролитов в нем остается низкой, что объясняет большую осмотическую разницу, поэтому сумма электролитов кала (Na⁺+K⁺+Cl⁻) значительно меньше осмоляльности. Секреторная диарея чаще наблюдается при острых (так называемых водянистых) диареях, однако длительное упорное ее течение может наблюдаться при таких редких заболеваниях, как врожденная хлоридная или натриевая диарея, а также при мальабсорбции желчных кислот. Для хлоридной диареи характерно преобладание в кале ионов хлора над другими электролитами, для натриевой диареи – ионов натрия. При подтверждении селективной потери соответствующего электролита показана заместительная терапия в виде солевых растворов, сначала внутривенно, затем перорально.

Наблюдаемая с рождения тяжелая смешанная диарея с секреторным компонентом, потерей большого количества жидкости (более 300 мл в сутки) в сочетании с потерей плазменного белка характерна для **врожденных аномалий энтероцитов** (табл. 2). Этому типу диареи свойственно отсутствие эффекта от перевода ребенка на парентеральное питание и усиление поноса после еды. Осмотическая разница в кале отсутствует, как и при секреторной диарее. Такая диарея является показанием к проведению биопсии СОТК и электронно-микроскопического

Таблица 1. Дифференциальный диагноз осмотической и секреторной диареи

Признак	Осмотическая	Секреторная
Эффект от голодания	Прекращение диареи	Диарея продолжается
Осмоляльность кала, ммоль/л	330	290
Концентрация электролитов в кале, ммоль/л:		
Na ⁺	30	100
K ⁺	30	40
(Na ⁺ + K ⁺) x 2	120	280
Осмотическая разница, ммоль/л	210	10



исследования биоптатов. Обнаружение феномена «включенных микроворсин» или «пучковой дисплазии» энтероцитов подтверждает факт врожденной аномалии их строения. Единственным способом лечения этих врожденных аномалий является пересадка тонкой кишки.

Диарея со стеатореей

Стеаторея сопровождается не столько учащенным, сколько жирным на вид, объемным и зловонным стулом, который обычно имеет кашицеобразный характер, плохо отмывается от горшка. При копрологическом исследовании важно различать два типа стеатореи: стеаторею нейтральным жиром, которая является симптомом недостаточности поджелудочной железы, и стеаторею жирными кислотами, которая характерна для патологии тонкой кишки.

Стеаторея панкреатического типа (нейтральным жиром) возможна при муковисцидозе, синдроме Швахмана-Даймонда, синдроме Пирсона, изолированном дефиците липазы (синдроме Шелдона-Рея). При ее обнаружении в серии копрограмм показана более точная оценка экзокринной функции поджелудочной железы с помощью теста на эластазу-1 в кале. Снижение уровня эластазы-1 ниже 200 мг/г подтверждает вероятность панкреатической недостаточности. Последующий диагностический алгоритм направлен на выявление конкретного заболевания поджелудочной железы. Диагноз муковисцидоза подтверждается на основании повышения уровня хлоридов в поте и обнаружения мутаций CFTR-гена.

Для синдрома Швахмана-Даймонда характерно сочетание панкреатической недостаточности и гематологических нарушений (нейтропении, реже тромбоцитопении и анемии), а также отставание в росте и наличие некоторых костных аномалий (дисхондроплазии тазобедренных суставов, несращение ребер, клиновидные пальцы и т.д.).

Таблица 2. Характеристики различных вариантов врожденной диареи

Осмогическая	Секреторная	Смешанная
Мальабсорбция глюкозы-галактозы	Мальабсорбция желчных кислот	Атрофия микроворсинок
Врожденная лактазная недостаточность	Врожденная хлоридная диарея	Интестинальная эпителиальная дисплазия
Врожденная сахарозо-изомальтазная недостаточность	Врожденная натриевая диарея	Синдромальная энтеропатия
Мальабсорбция фруктозы		

Синдром Пирсона тоже проявляется гематологическими нарушениями, но они, как правило, более тяжелые, характерно упорное течение анемии и тромбоцитопении. Костные аномалии при синдроме Пирсона отсутствуют.

Синдром Шелдона-Рея характеризуется отсутствием липазы в крови и моче, выраженной стеатореей; нарушений роста нет.

Основой лечения всех этих генетически детерминированных заболеваний является заместительная терапия панкреатическими ферментами. Доза ферментов подбирается индивидуально, обычно начинают с 2 000 ЕД/кг липазы в день, при необходимости дозу повышают. Предпочтительны препараты с микросферическими ферментами (Креон, Панцитрат), которые следует давать ребенку в начале каждого приема пищи и распределять в соответствии с ее количеством. При тяжелой гипотрофии в питании больных используют смеси со среднецепочечными триглицеридами (СЦТ): **Альфаре, Нутрилон Пепти ТСЦ, Прегестимил, Пептамен, Портаген**. Дополнительно назначают жирорастворимые витамины: А, Е, Д, К.

Стеаторея кишечного типа (жирными кислотами) не является специфическим признаком определенных заболеваний, но довольно часто отмечается при заболеваниях тонкой кишки. Для уточнения характера интестинальной патологии необходимо морфологическое исследование биоптатов СОТК, взятых в ходе эндоскопического исследования из дистального отдела двенадцатиперстной или проксимального отдела тощей кишки.

Наличие лимфоплазмочитарной инфильтрации собственной пластинки СОТК свидетельствует о хроническом воспалении, кото-

рое в большинстве случаев сопровождается атрофией слизистой, проявляющейся укорочением ворсин и истончением эпителия. Оценка степени атрофии СОТК проводится в соответствии с классификацией Marsh, различают 3 степени. В случае обнаружения атрофии 2-й или 3-й степени (укорочение ворсин, углубление крипт, густая равномерная лимфоплазмочитарная инфильтрация собственной пластинки, увеличение межэпителиальных лимфоцитов – МЭЛ) (рис. 3) у ребенка, который уже получал глютен, необходимо провести исследование уровня антиглиадиновых антител (IgA, IgG), антител к тканевой трансглутаминазе (IgA, IgG) и эндомизию. При повышенном уровне этих иммуноглобулинов устанавливается диагноз **целиакии**, ребенку назначается пожизненная строгая безглютеновая диета. Классическими признаками целиакии в раннем возрасте являются недостаточная прибавка веса с развитием гипотрофии и увеличение живота.

Сходный с целиакией энтеральный синдром нередко наблюдается у детей с пищевой аллергией. Симптомы **аллергической энтеропатии** могут проявляться уже в первые месяцы жизни в виде беспокойства, кишечной колики, срыгиваний, позднее может при-

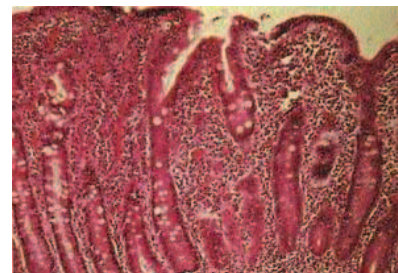


Рис. 3. Морфологическая картина целиакии

гастроэнтерология

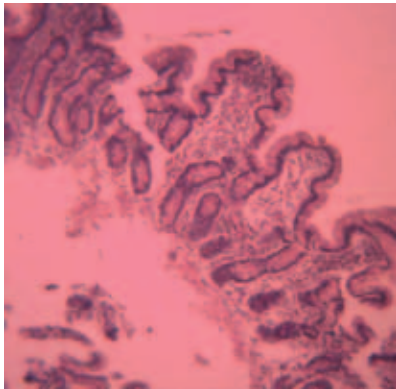


Рис. 4. Морфологическая картина аллергической энтеропатии

соединяться желездефицитная анемия. Однако в ряде случаев у детей до 2 лет могут доминировать симптомы аллергического колита с появлением крови и слизи в стуле. Кишечные сим-

птомы у большинства детей сочетаются с картиной атопического дерматита. Морфологическая картина аллергической энтеропатии характеризуется признаками хронического воспаления СОТК с нормальной высотой (или незначительным укорочением) и глубиной ворсин и наличием эозинофилов в инфильтрате (рис. 4). Диагноз может подтверждаться повышением в крови общего и специфических IgE, но поскольку гастроинтестинальная аллергия чаще реализуется через клеточные механизмы сенсибилизации, нормальный уровень IgE у ребенка вовсе не исключает вероятность аллергического поражения кишечника. Сходная морфологическая картина свойственна также лямблиозу. Алгоритм диагностики на основа-

нии морфологических признаков представлен на рис. 5.

Сочетание хронической диареи с поражениями кожи свойственно также **энтеропатическому акродерматиту**, вызванному дефицитом цинка. Поскольку цинк входит в состав более 40 металлосодержащих ферментов и участвует в обеспечении иммунологической защиты, диарея при этом заболевании может поддерживаться эндогенной микрофлорой, в частности нередко развивается вторичный кандидоз. Морфологические изменения СОТК характеризуются сочетанием воспаления и умеренной атрофии на фоне сниженного количества МЭЛ, плазмочитов в собственной пластинке и сниженной регенераторной способностью эпителия. Кожные проявления заболевания характеризуются четко ограниченными от нормальной кожи зонами гиперемии, инфильтрации и эксфолиации, локализующимися обычно на ягодицах, вокруг рта, на подбородке и щеках. Энтеропатический акродерматит проявляется после отмены грудного вскармливания, поскольку женское молоко содержит цинк-всасывающий лиганд, препятствующий развитию дефицита этого микроэлемента. Иногда болезнь начинается на фоне острой кишечной инфекции, что связано с значительной энтеральной потерей цинка. Таким образом, формируется порочный круг: острая диарея вызывает дефицит цинка, который в свою очередь поддерживает и усугубляет диарею, способствуя ее переходу в хроническую. Уровень цинка в крови обычно опускается ниже 8 ммоль/л. Пероральное назначение препаратов цинка в высоких дозах (сульфат цинка 50–100 мг/сут) быстро купирует диарею и кожные симптомы.

Диарея с кровью и слизью в стуле

Появление крови и слизи в стуле свойственно колитическому синдрому. После исключения инфекций (дизентерии, сальмонеллеза, иерсиниоза, кампилобактериоза) установление причин диареи



Рис. 5. Алгоритм диагностики заболеваний тонкой кишки на основании морфологических данных



предполагает прежде всего морфологическую и иммунологическую верификацию. В любом случае диарея со слизью и кровью в стуле указывает на высокую активность воспаления в кишечнике и наличие дефектов слизистой оболочки. Косвенным доказательством активности воспалительного процесса может служить оценка уровня кальпротектина в кале, уровень которого в норме не превышает 50, а при воспалении в кишечнике возрастает в несколько раз.

Для морфологической верификации заболевания пациенту с хроническим колитическим синдромом показано проведение колоноскопии с илеоскопией. Эндоскопическое исследование может выявить специфические изменения, свойственные **болезни Крона** или **язвенному колиту**.

Сочетание тяжелой энтеропатии с колитическим синдромом свойственно **аутоиммунной энтеропатии**. Заболевание чаще развивается у детей первых двух лет (иногда первых месяцев) жизни, кишечные симптомы сочетаются с признаками поражения других органов (почек, печени, легких, кожи, суставов и т.д.). Аутоиммунная энтеропатия у мальчиков может сочетаться с полиэндокринопатией (IPEX) или быть проявлением тяжелых иммунодефицитных заболеваний.

Морфологические изменения СОТК при аутоиммунной энтеропатии (рис. 6) характеризуются умеренной или выраженной атрофией ворсин, которая всегда ассоциирована с выраженной мононуклеарной инфильтрацией собственной пластинки. Гиперплазия крипт может быть вариабельна. В большинстве случаев тяжелая или тотальная атрофия ворсин сочетается с углублением крипт. Выраженная атрофия в сочетании с мононуклеарной инфильтрацией могут расцениваться первоначально как признаки целиакии (табл. 3), однако для нее характерно повышение митотической активности эпителия и увеличение количества МЭЛ, в то время как при аутоиммунной энтеропатии митотическая

Таблица 3. Дифференциальный диагноз целиакии и аутоиммунной энтеропатии

Признак	Целиакия	Аутоиммунная энтеропатия
Начало	Может быть в любом возрасте, но чаще к концу 1 года или на 2 году жизни	Чаще с 3 до 12 мес. жизни
Пол	Любой	Чаще мужской
Внекишечные воспалительные проявления	Не характерны	Артрит, дерматит, поражение почек
Морфология СОТК:		
Атрофия ворсин	II–III степень	II–III степень
Углубление крипт	Всегда	Не всегда
Митотическая активность	Повышена	Снижена
Количество бокаловидных клеток	Повышено	Снижено
Количество ИЭЛ	Повышено	Нормальное или повышено
Рецепторы ИЭЛ	Много $\gamma\delta$	В основном $\alpha\beta$
T-лимфоциты	CD4+8-	CD4+, CD25+
Некрозы, крипт-абсцесс	Не характерны	Могут быть
Аналогичные изменения СОТК	Не характерны	Характерны
Слизь и кровь в стуле	Не бывает	Бывает
Антитела в крови	Антитела к глютену (АГА), эндомиозию (АЭМ), тканевой транслглютаминазе (ТТГ) классов IgA и IgG	АТ к кишечному эпителию, к бокаловидным клеткам, антиядерные, анти-ДНК, к гладкой мускулатуре, митохондриям
Эффект от аглютеновой диеты	Есть	Нет

активность снижена, а инфильтрат локализуется в собственной пластинке без увеличения или с небольшим увеличением количества МЭЛ. МЭЛ имеют при этом в основном $\alpha\beta$ -рецепторы, в то время как при целиакии возрастает число МЭЛ, несущих $\gamma\delta$ -рецепторы. У некоторых больных тотальная атрофия ворсин ассоциирована с некрозами эпителиальных клеток и формированием крипт-абсцессов. Поверхностный эпителий уплощен, дистрофирован. Число бокаловидных клеток снижено. Мононуклеары представлены в основном CD4+ T-лимфоцитами и макрофагами. Морфологические изменения наиболее выражены в слизистой оболочке тонкой кишки, но могут обнаруживаться и в других отделах пищеварительного тракта – желудке или толстой кишке. Обширное поражение ЖКТ имеет наиболее тяжелые проявления и плохой прогноз.

В крови обнаруживают аутоантитела (преимущественно класса IgG) к кишечному эпителию, направленные против компонен-

тов щеточной каймы или цитоплазмы энтероцитов нормальной интестинальной слизистой. Могут присутствовать антитела к бокаловидным клеткам. Неспецифические аутоантитела могут быть также направлены против ядер, ДНК, гладкой мускулатуры или митохондрий, что обычно сочетается с внекишечными проявлениями. В случаях ассоциации аутоиммунной энтеропатии с поражением почек описана циркуляция аутоантител против почечной ткани, в частности против 75 kDa антигена. После установления диагноза аутоиммунной энтеропатии

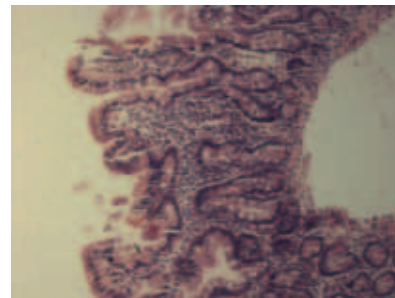


Рис. 6. Морфологическая картина аутоиммунной энтеропатии

Таблица 4. Морфологические особенности трудноизлечимых младенческих диарей

Признак	Особенности			
	Атрофия микроворсин	Эпителиальная дисплазия	Синдромальная диарея	Аутоиммунная энтеропатия
Атрофия ворсин	III степень	II–III степень	II степень	II–III степень
Инфильтрация	Нет	Нет или слабая	Нет	(+++)
Активация Т-лимф	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует	(++) или (+++)
ИЭЛ	Норма	Норма или ↓	Норма	Норма или ↑
Эпителий	+PAS-реакция	«Пучки»	Норма	Норма или поврежден
Крипты	Норма	Расширены, разветвлены	Норма	Норма или углублены, могут быть крипт-абсцессы
Патогномоничный признак	Электр. микр. включения микроворсинок в цитоплазме энтероцитов	Аномалия α2β1-интегрина и десмоглии	Нет	Т-лимфоциты CD-25+, HLA-DR

большому показана терапия глюкокортикостероидами в сочетании с цитостатиками.

Аутоиммунная диарея, наряду с врожденными аномалиями энтероцитов, относится к группе так называемых **трудноизлечимых младенческих диарей**. Следует еще раз подчеркнуть основные особенности заболеваний этой группы:

- генетическая предрасположенность;
- раннее начало;
- отсутствие связи с каким-либо инфекционным агентом или пищевым субстратом;
- упорный характер водянистой диареи секреторного типа, не купирующейся при переводе ребенка на парентеральное питание;

■ выраженная атрофия СОТК. Алгоритм клинической диагностики трудноизлечимых младенческих диарей представлен на рисунке 7, гистологические особенности СОТК – в таблице 4.

Таким образом, хроническая диарея у детей может быть обусловлена множеством различных причин. Успех в лечении этого крайне сложного в плане дифференциальной диагностики синдрома во многом зависит от знаний врача и его стремления найти истину.

Установление правильного диагноза, как известно, является ключом к выбору правильной терапии. Как указывалось выше, в лечении хронической диареи, используют прежде всего различные диетические подходы. Что касается медикаментозной терапии, то общей стратегией лечения всех диарейных заболеваний является коррекция водно-электролитных нарушений и усиление кишечного барьера. Последнее достигается назначением цитопротекторов и адсорбентов. ☺

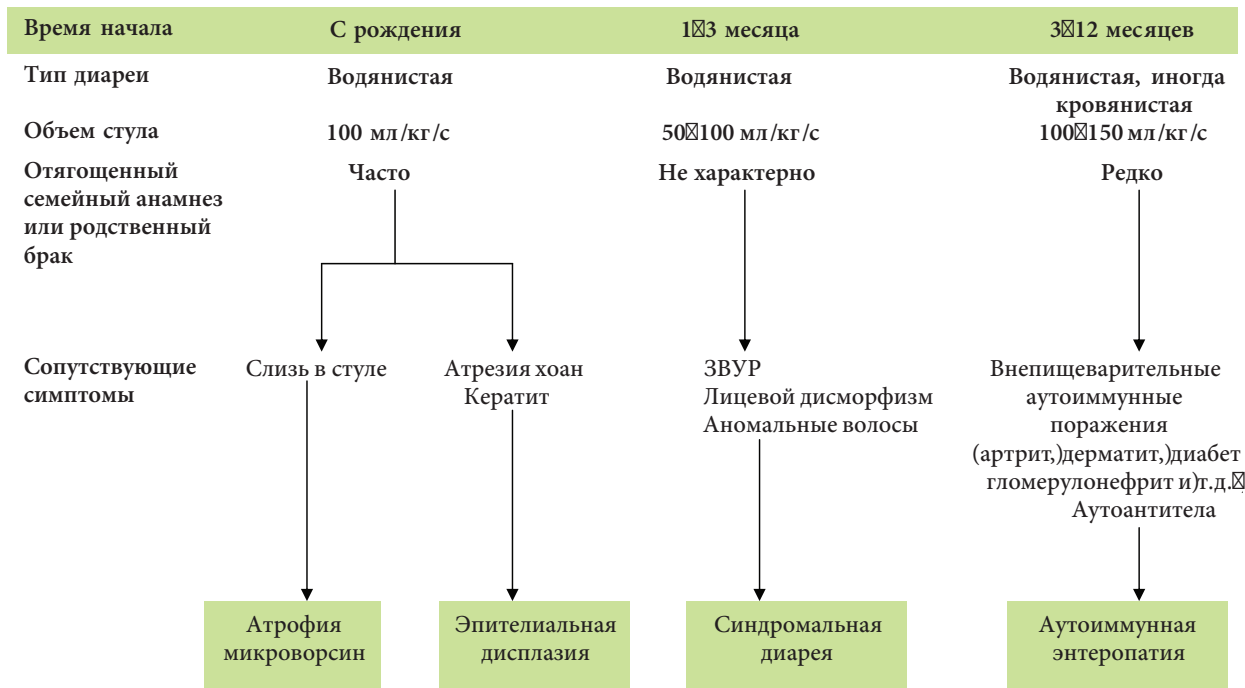


Рис. 7. Клиническая диагностика трудноизлечимой младенческой диареи

Литература → 62 с.

Лактаза Бэби

Все лучшее -
детям!



Фермент лактазы
для детей
с лактазной
недостаточностью

- **1 капсула содержит:** 700 единиц (220 мг) фермента лактазы. Детям от 0 до 7 лет
- **Дозировка:** подбирается врачом индивидуально. Начинают с 1 капсулы в каждое кормление. При необходимости увеличивают дозировку.
- **Применение:** Лактазу Бэби ввести в сцеженное грудное молоко (около 1/3 объема кормления), и оставить для ферментации на 10 минут. Начинать кормление с этой порции, продолжить из груди без перерыва.

Производитель: Нэйшнл Энзайм Компани, США.



ГОУ ВПО
Российский
государственный
медицинский
университет
Росздрава

Пробиотики в педиатрической практике

Д.м.н. Л.И. КАФАРСКАЯ, д.м.н. Б.А. ЕФИМОВ,
А.Н. ШКОПОРОВ, Ю.М. ГОЛУБЦОВА, М.Л. ШУНИКОВА

Формирование нормальной микрофлоры желудочно-кишечного тракта является сложным, многоэтапным процессом, который начинается сразу же после рождения ребенка и продолжается на протяжении первых полутора лет жизни. Источниками колонизации микроорганизмами новорожденного в первые часы жизни являются мать, персонал медучреждения и объекты окружающей внешней среды.

Не вызывает сомнения тот факт, что тип вскармливания ребенка во многом определяет состав микрофлоры кишечника новорожденного. В грудном молоке содержится много компонентов, способствующих стабильной колонизации пищеварительного тракта ребенка бифидобактериями. Лактоза и олигосахариды являются энергетическим субстратом для нормофлоры, стимулируя рост бактерий-комменсалов. У детей, находящихся на грудном вскармливании с первых часов жизни, создаются оптимальные условия для формирования нормального микробиоценоза кишечника.

Кишечная микрофлора представлена множеством видов бактерий и может влиять на различные физиологические функции, участвовать

в метаболических и биосинтетических процессах, проявлять иммуномодулирующие свойства, являясь составляющей частью организма хозяина [1]. Антагонистическая активность бактерий-комменсалов, направленная против экзогенной микрофлоры, основывается на различных механизмах. Важнейшая роль принадлежит продукции органических кислот. Молочная и уксусная кислоты – основные органические кислоты, снижают рН в желудочно-кишечном тракте, оказывает бактериостатическое действие. Резидентные микроорганизмы способны продуцировать различные антимикробные соединения, бактериоцины, конкурировать в борьбе за прикрепление к эпителию и питательные вещества, контролировать численность условно-патогенной флоры в тол-

стом кишечнике, препятствовать ее проникновению в верхние отделы желудочно-кишечного тракта и транслокации из просвета кишечника во внутренние органы. Представители индигенной микрофлоры находятся в тесной симбиотической связи с макроорганизмом и могут активно противостоять заселению кишечника экзогенными патогенными и условно-патогенными микроорганизмами.

Бифидобактерии участвуют в расщеплении солей желчных кислот и оказывают выраженное иммуностимулирующее действие на систему местного иммунитета кишечника [2].

В настоящее время дискутируется вопрос о возможном участии микрофлоры в контроле моторной активности кишечника посредством продукции монокарбоновых (короткоцепочечных) жирных кислот.

Значительная часть облигатной микрофлоры кишечника здорового человека сформирована за счет бифидобактерий. В толстой кишке у детей бифидобактерии являются основной группой сахаролитических бактерий и составляют до 95% от общей популяции микроорганизмов. У взрослых людей бифидобактерии в количественном отношении уступают только бактериям классов *Bacteroidetes* и *Clostridia*.



В наших исследованиях было установлено, что для микрофлоры кишечника здоровых детей первого года жизни характерен высокий уровень бифидобактерий. Высокая частота встречаемости бифидобактерий в толстой кишке у детей всех исследованных нами возрастных групп соответствует ранее представленным данным (до 95% общего количества микроорганизмов) [3].

Бифидобактерии обладают высокой антагонистической активностью по отношению к патогенным микроорганизмам, выделяются в процессе жизнедеятельности большое количество кислых продуктов, лизоцима, бактериоцинов, спиртов, что препятствует проникновению микробов в верхние отделы пищеварительного тракта и другие внутренние органы.

Кроме того, недавно было выяснено, что некоторые штаммы бифидобактерий, выделенные из кишечника новорожденных, способны к продукции конъюгированной линолевой кислоты.

Конъюгированные линолевые кислоты представляют собой смесь частично гидрогенированных *Cis-9 Trans-11* и *Trans-10 Cis-12* производных линолевой кислоты, являющихся промежуточными продуктами биохимического пути восстановления линолевой кислоты в стеариновую. Показано, что данные вещества обладают антиканцерогенными, иммуномодулирующими, антиатеросклеротическими свойствами [4].

Иммуномодулирующий эффект бифидобактерий связан с их способностью к индукции синтеза ряда про- и противовоспалительных цитокинов, а также со способностью к модуляции экспрессии поверхностных маркерных молекул на цитоплазматических мембранах иммунокомпетентных клеток. Различные виды бифидобактерий, доминирующие в кишечнике здоровых людей в разные возрастные периоды, способны индуцировать экспрессию разных репертуаров цитокинов [5].

Важное значение имеет не только определение общего количе-

ственного уровня бифидобактерий, но и их видового состава.

Возрастная динамика видового состава бифидобактерий у человека до настоящего времени недостаточно изучена. Использование для типирования бактерий молекулярно-генетических методов исследований позволило изменить наши представления о видовом составе бифидобактерий [6]. Так, ранее с использованием классических бактериологических методов было установлено, что часто встречающимися видами в микрофлоре кишечника взрослых людей являются *B. adolescentis* и *B. longum*, а у детей первых месяцев жизни, находящих на естественном вскармливании, *B. infantis* и *B. breve*. Однако в работах последних лет, в том числе проведенных в нашей лаборатории с использованием в качестве метода видовой детекции бифидобактерий ПЦР с видоспецифичными праймерами, амплифицирующими уникальные консервативные области генов 16 S рибосомальной РНК (рРНК), было установлено, что в микрофлоре кишечника взрослых людей весомое место занимают бактерии группы *B. catenulatum* (*B. catenulatum* и *B. pseudocatenulatum*), а у грудных детей относительно большая частота встречаемости характерна также и для *B. longum* [7].

Наиболее важным и принципиально новым этапом в изучении биологии бифидобактерий явилось секвенирование генома *Bifidobacterium longum*. Анализ особенностей генома бифидобактерий показал их выраженную филогенетическую и экологическую адаптацию к условиям существования в кишечнике. Было показано, что большое количество обнаруженных генов вовлечено в катаболизм полисахаридов и олигосахаридов [8].

Лактобациллы в наших исследованиях регистрировались с меньшей частотой. Было установлено, что только 66,6% детей были колонизированы лактобациллами в первом полугодии жизни. В дальнейшем в нашей работе прослеживалась устойчивая тенденция

к повышению частоты колонизации кишечника лактобациллами с увеличением возраста человека. Однако частота встречаемости этих бактерий у детей разных возрастных групп, в отличие от бифидобактерий, была подвержена значительным колебаниям [9].

Известно, что течение многих воспалительных заболеваний кишечника сопровождается значительными иммунологическими нарушениями. Назначение препаратов-пробиотиков в комплексной терапии этих заболеваний оказывает иммуномодулирующий эффект: они усиливают локальный ответ в кишечнике и повышают толерантность к пищевым антигенам.

У разных видов лактобацилл наблюдаются существенные отличия в способности индуцировать секрецию цитокинов: *L. casei* служит мощным стимулятором продукции ИЛ-6, ИЛ-12, фактора некроза опухоли α и экспрессии маркеров созревания, тогда как *L. reuteri* является слабым индуктором ИЛ-12, подавляет секрецию цитокинов и экспрессию маркеров созревания, вызванных другими видами лактобацилл. Полученные результаты позволяют предположить, что разные виды/штаммы лактобацилл могут оказывать различное влияние на функционирование дендритных клеток и таким образом осуществлять регуляцию первоначальных этапов иммунного ответа [10].

У здоровых детей, находящихся на грудном вскармливании, лактобациллы обнаруживаются в количестве 10^6 – 10^7 КОЕ/г. У детей, находящихся на искусственном вскармливании, уровень этих микроорганизмов выше – 10^8 КОЕ/г.

Очевидно, качественный и количественный состав лактобацилл, в отличие от менее иммуногенных бифидобактерий, в большей степе-



ни зависит от контроля со стороны иммунной системы организма человека.

У детей в период новорожденности количество бактериоидов обычно ниже, чем бифидобактерий. К концу первого месяца жизни бактериоиды обнаруживаются только у 35% детей, их уровень составляет 10^9 КОЕ/г. В дальнейшем частота обнаружения бактериоидов возрастает до 48% у детей в возрасте 2-х месяцев и до 59% у детей к концу первого полугодия жизни. Запоздывание контаминации толстой кишки грамотрицательными неспорообразующими облигатно-анаэробными бактериями может быть связано с их высокой чувствительностью к токсическому действию кислорода воздуха, а также с необходимостью предварительного снижения окислительного потенциала в толстой кишке ребенка, которое достигается в результате первичной колонизации кишечника бактериями, относящимися к аэробной флоре. Бактероиды, колонизирующие кишечный тракт человека, обладают выраженными гликофильными свойствами, которые проявляются в способности к ферментации не перевариваемых человеком полисахаридов, входящих, например, в состав пищевых волокон растительного происхождения. Бактероиды, которые испытывают недостаток в органеллах адгезии (*B. thetaiotaomicron*), осуществляют доступ к нутриентам частично за счет продуцируемых ими гликан-специфических поверхностных мембранно-связанных протеинов. Прикрепление к пищевым платформам (частицы пищи, пищевые волокна, слизевой покров, слущенные эпителиальные клетки) помогают этим бактериям избегать смыва из кишечного биореактора. Таким образом, задержка колонизации кишечника бактериоидами у детей раннего возраста может быть связана с особенностями их диеты, которая в ранние сроки физиологической адаптации отличается отсутствием или дефицитом пищевых волокон растительного происхождения [10].

Клостридии в кишечнике новорожденных появляются к 6–7 дню жизни и могут достигать уровня 10^6 – 10^7 КОЕ/г исследуемого материала.

К представителям облигатной микрофлоры кишечника относятся *Escherichia coli*, количество их незначительно (менее 0,01%) по сравнению с доминирующими, неспорообразующими анаэробами (бифидобактериями, лактобактериями, бактериоидами). В кишечнике человека *E. coli* появляются в первые дни после рождения, сохраняясь в течение жизни человека на уровне 10^7 – 10^8 КОЕ/г.

В результате изучения качественного и количественного состава бактерий, относящихся к семейству *Enterobacteriaceae*, всего было выявлено 20 различных видов энтеробактерий. Исследования показали, что у детей от 6 месяцев до 1,5 лет с наибольшей частотой высевались бактерии, относящиеся к виду *Escherichia coli*. Вместе с тем обнаруживалось значительное количество штаммов *E. coli* со сниженными ферментативными свойствами, а также штаммов, способных продуцировать гемолизины. Кроме того, с высокой частотой определялись и другие представители семейства (клебсиеллы, энтеробактеры и цитробактеры). К концу первого года жизни по мере созревания иммунной системы ребенка происходит частичная или полная элиминация условно-патогенных бактерий.

Энтерококки выявляются у большинства обследованных детей в течение всего периода грудного вскармливания.

Еще одной группой бактерий, колонизация которыми толстого кишечника детей была зарегистрирована в раннем возрасте, были стафилококки. Причем у всех детей микроорганизмы вида *Staphylococcus aureus* в количественном отношении преобладали над коагулазо-негативными стафилококками, а у детей в возрасте 8 месяцев и 1 года была отмечена также более высокая частота встречаемости золотистых стафилококков.

Наиболее выраженные изменения в кишечной микрофлоре происходят у детей на первом году жизни. Для них характерны высокие уровни и частота выделения не только таких аутохтонных групп бактерий, как бифидобактерии, энтерококки, непатогенные эшерихии, но и бактерий, относящихся к условно-патогенным аллохтонным группам. Такими группами бактерий являются лецитиназо-позитивные клостридии, цитрат-ассимилирующие энтеробактерии и эшерихии с низкой биохимической активностью, а также со способностью к продукции гемолизина, кроме того, к этой группе относятся коагулазо-позитивные стафилококки. В последующем по мере взросления ребенка происходит прогрессивная элиминация бактерий этой последней группы. Основными механизмами, участвующими в контроле качественного и количественного уровня бактерий в микрофлоре кишечника, по нашему мнению, являются неспецифические и специфические факторы иммунологической защиты, созревание которых происходит по мере взросления человека.

Бифидобактерии благодаря способности благотворно влиять на здоровье человека нередко добавляются во многие ферментируемые молочные продукты, а также входят в состав многих препаратов-пробиотиков, используемых для комплексного лечения различных заболеваний.

Пробиотические штаммы реализуют свои положительные для здоровья эффекты на разных уровнях: в просвете кишечника, кишечном эпителии, на уровне иммунной системы.

В последние годы все большее значение придается **влиянию пробиотиков на иммунную систему**. Не вызывает сомнения, что желудочно-кишечный тракт является важной частью иммунной системы человека. Об этом свидетельствует целый ряд факторов, включая тот факт, что значительная часть лимфоидной ткани сосредоточена в кишеч-

Примадофилус® Детский

В НОВОЙ компактной упаковке **50** гр.

**ТЕПЕРЬ
ДОСТУПНЕЕ!**



- Для детей с рождения
- Не содержит лактозу
- Гипоаллергенный
- Один раз в день
- Комбинация про- и пребиотика

Высокопроизводительные штаммы
лакто- и бифидобактерий.
Для детей от 0 до 5 лет.

- Bifidobacterium infantis
 - Bifidobacterium longum
 - Lactobacillus rhamnosus
 - Lactobacillus acidophilus
- (не менее 2×10^9 в суточной дозе)
в комбинации с мальтодекстрином.

Производство: Nature's Way, США тел. (495) 972 8529 www.primadophilus.ru

Свид. о гос. рег. № 77.99.23.3.У.2808.4.09 от 02.04.2009

Не является лекарством. Перед применением необходимо проконсультироваться с врачом.

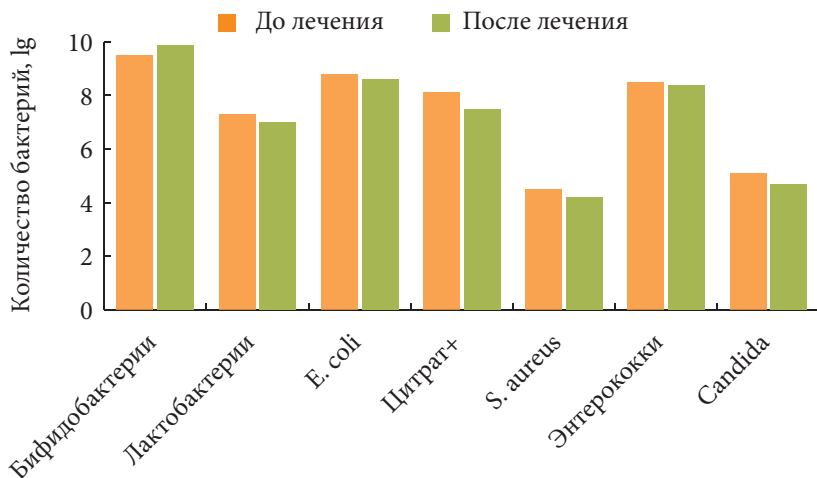


Рис. 1. Влияние комплексного бактериального препарата Примадофилус на микрофлору толстой кишки у детей раннего возраста из групп риска по развитию дисбактериоза кишечника

нике. В реализации иммунных механизмов на уровне интестинального тракта принимают участие три ключевых взаимосвязанных компонента:

- нормальная микрофлора;
 - лимфоидная ткань, ассоциированная со слизистой оболочкой кишечника;
 - цитокины как факторы межклеточного взаимодействия, продукты секреции иммунокомпетентных и фагоцитарных клеток.
- Недавние исследования показали, что механизмами защитного действия пробиотиков против возбудителей кишечных инфекций могут быть стимуляция специфического фактора и усиление естественной резистентности.

Известно, что течение многих воспалительных заболеваний кишечника сопровождается значительными иммунологическими нарушениями. Назначение препаратов-пробиотиков в комплексной терапии этих заболеваний оказывает иммуномодулирующий эффект: они усиливают локальный ответ в кишечнике и повышают толерантность к пищевым антигенам. Дефицит или отсутствие ИЛ-2 и противовоспалительного цитокина ИЛ-10 вызывает патологический ответ на микроорганизмы-комменсалы кишечника, что проявляется чрез-

мерно интенсивным воспалительным процессом [11].

В наших исследованиях изучалось влияние комплексного бактериального препарата **Примадофилус** на качественный и количественный состав микрофлоры кишечника у детей раннего возраста из групп риска по развитию дисбактериоза кишечника. Неонатальный период у обследуемых детей протекал с осложнениями, и в их лечении использовались антибактериальные препараты.

Препарат-пробиотик Примадофилус создан с учетом особенностей видового состава бифидобактерий и лактобактерий у детей раннего возраста. Основу препарата Примадофилус составляют *Bifidobacterium infantis*, *Bifidobacterium longum*, *Lactobacillus rhamnosus*, *Lactobacillus acidophilus*. Примадофилус Детский производства Nature's Way (США), содержит 2×10^9 КОЕ в 3 г, разрешен к применению у детей с рождения. Рекомендуется принимать по 0,5–1 чайной ложке порошка 1 раз в день в день, растворив в 10 мл воды или любой другой жидкости. Препарат не содержит лактозы и устойчив к антибиотикам.

У всех обследуемых детей преморбидный фон был отягощен. 7 детей родились преждевременно на сроках беременности

32–36 недель, 18 детей – самостоятельно в срок, 12 детей – путем оперативного родоразрешения. Дети получали препарат Примадофилус в условиях стационара и после выписки из клиники. Наши исследования показали, что на фоне применения комплексного бактериального препарата происходило восстановление оптимальных качественных и количественных показателей лактофлоры и бифидофлоры у детей в неонатальном и раннем постнатальном периодах. При этом количественный и качественный уровень других групп облигатно-анаэробных бактерий (бактероиды и клостридии) не претерпевал статистически значимых изменений. Применение комплексного препарата не предотвращало колонизацию кишечника детей, находящихся в стационаре, госпитальными штаммами бактерий. Не было обнаружено статистически значимых изменений в частоте встречаемости и количественном уровне дрожжеподобных грибов рода *Candida*. Однако наблюдалась тенденция к уменьшению количественного уровня этих микроорганизмов. Выявление сохраняющегося высокого уровня обсеменения грибами на фоне лечения Примадофилусом обосновывает необходимость предварительного или фонового использования антимикотических препаратов.

Таким образом, пробиотический препарат Примадофилус способен эффективно восстанавливать молочнокислую флору. Применение препарата не приводит к элиминации условно-патогенных микроорганизмов, поскольку происходит постоянная контаминация микроорганизмами, колонизирующими объекты окружающей среды. Основными механизмами, участвующими в контроле качественного и количественного состава микроорганизмов кишечника, являются факторы естественной резистентности и иммунологической защиты, созревание которых происходит по мере взросления ребенка. ☺



ГОУ ВПО
«Казанский
государственный
медицинский
университет
Росздрава»

Гастроэнтерология

Современные подходы к использованию сорбционных технологий в коррекции микроэлементных нарушений у детей

Д.м.н. Р.А. ФАЙЗУЛЛИНА, В.С. ВАЛИЕВ, Ю.А. ТУНАКОВА

В предыдущие годы изучение микроэлементов ограничивалось в основном оценкой клинического значения эссенциальных МЭ (цинка, железа, меди, магния и ряда др.) в этиологии и патогенезе некоторых заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей (язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, хронических заболеваниях кишечника, целиакии, гепатите). Исследования роли токсичных МЭ были единичными [1, 14].

Распределение микроэлементов на эссенциальные, относительно нейтральные и токсичные достаточно условно, поскольку при превышении определенного уровня концентраций эссенциальные микроэлементы способны проявлять токсический эффект и, наоборот, традиционно токсичные МЭ, такие как свинец, рублидий, мышьяк, при определенных условиях дозирования и экспозиции могут оказывать благоприятное воздействие [5].

Постоянное поступление в организм ребенка некоторых МЭ (свинца, стронция, хрома, цинка и др.) чрезвычайно опасно для здоровья, что связано с их кумулятивными свойствами, длительным периодом биологической полужизни, возможностью мутагенного, канцерогенного, тера-

Изучению роли микроэлементов (МЭ) в педиатрии посвящено много работ [6–14, 16]. Повышенный интерес к этой теме не случаен: МЭ активно участвуют в окислительно-восстановительных процессах, углеводном, белковом и жировом обменах, входят в состав многих металлоэнзимов, которые составляют 25% всех ферментов в организме человека, являются активаторами для ферментов и их ингибиторов, незаменимы в синтезе витаминов, нуклеиновых кислот и белка, влияют на репаративные процессы [5].

тогенного, иммунотоксического, эмбрио- и гонадотоксического действия и неспособностью к самостоятельной деструкции и элиминации из организма [3].

Металлы поступают в организм с водой, пищевыми продуктами, вдыхаемым воздухом [3–5]. Проникновение металлов в организм происходит через взаимодействие с поверхностью желудочно-кишечного тракта, поскольку в процессе дыхания часть содержащихся в воздухе аэрозолей и их соединений оседает в носоглотке. Значительное количество ингалированных металлов задерживается слизью, продвигается мерцательным эпителием в носоглотку, заглатывает-

ся со слюной и поступает в пищеварительный тракт.

Неблагоприятным фоном, создающим условия для повышенного всасывания тяжелых металлов, является нерациональное питание (недостаток белка, кальция и др.). На всасывание МЭ влияет секреция пищеварительных желез, моторика ЖКТ, эндокринная и нейрогенная регуляция, состояние микроциркуляции и лимфоток, микрофлора кишечника, сопутствующие заболевания [3].

Вступая в непосредственный контакт со слизистой желудочно-кишечного тракта, металлы могут оказывать токсическое влияние на функциональное состояние организма. Механизмы повреж-



дающего действия различных металлов на детский организм во многом похожи. В результате нарушается структура и функция мембран клеток, внутриклеточных ферментов, отмечается каскадное усиление перекисного окисления липидов, сопряженное с угнетением иммунного ответа.

Таким образом, повышенное содержание металлов в среде обитания сопровождается увеличением их концентрации в органах и тканях с развитием различных патологических состояний. Время, необходимое для двукратного снижения концентрации накопившихся в организме металлов, составляет в среднем от 5 до 10 лет и более (если поглощение преобладает над выведением). Соответственно, происходит кумуляция элементов с последующим хроническим токсическим действием на важнейшие системы организма [4].

Исходя из этого, становится очевидной необходимость применения различных методов детоксикации и сорбции. Для реализации этих целей наиболее эффективными являются энтеросорбционные технологии. Энтеросорбцией называется метод эфферентной терапии, основанный на связывании и выведении из организма через желудочно-кишечный тракт эндогенных и экзогенных веществ, надмолекулярных структур и клеток. Энтеросорбция осуществляется с помощью особых веществ, способных сорбировать на своей поверхности токсические агенты (в том числе эндотоксины), инактивировать их действие и выводить из организма в виде связанных комплексов. В результате уменьшается метаболическая нагрузка на печень и почки с характерным снижением потребления этими органами кислорода, выделения из организма углекислого газа и непереваренных углеводов [2].

Энтеросорбенты выпускаются в виде лечебных препаратов различной структуры и состава, которые связывают вещества в желудочно-кишечном тракте путем адсорбции, ионообмена и комплексообразования.

Сорбенты имеют различные свойства и могут различаться по ряду признаков:

- по лекарственной форме и физическим свойствам: гранулы, порошки, таблетки, пасты, гели, взвеси, коллоиды, инкапсулированные материалы, пищевые добавки;
- по химической структуре: активированный уголь, силикагели, цеолиты, алюмогели, окисные и другие неорганические сорбенты, пищевые волокна и др.;
- по механизмам сорбции: адсорбенты, абсорбенты, ионообменные материалы, сорбенты с сочетанным механизмом действия, сорбенты с каталитическими свойствами;
- по селективности: неселективные, селективные монофункциональные, селективные би- и полифункциональные.

Разделение энтеросорбентов по лекарственной форме имеет существенное значение для медицинской практики, так как с этим связаны удобство применения препаратов и выбор сорбента для лечения больных с конкретными заболеваниями [2].

Все современные энтеросорбенты должны соответствовать основным медицинским требованиям, к которым относятся:

- а) отсутствие токсических свойств;
- б) нетравматичность для слизистых оболочек;
- в) хорошая эвакуация из кишечника;
- г) хорошие функциональные (сорбционные) свойства;
- д) удобная лекарственная форма.

Механизмы лечебного действия энтеросорбции зависят от вида сорбентов и структуры сорбатов (токсинов и ксенобиотиков), путей поступления ядов в организм, стадии токсикоза, состояния обмена между кровью и энтеральной средой.

В массообмене с сорбентом участвуют слюна, желудочный сок, желчь, панкреатический сок, сок тощей и подвздошной кишки; объем этих секретов, выделяемый в течение суток, соответственно равен 1 л, 2 л, 0,5 л, 1 л, 2 л, 0,5 л.

Уже в желудке происходит равномерное распределение сорбента в жидкой фазе секрета и пищевых компонентов, с которыми препарат поступает в двенадцатиперстную кишку. Вероятно, этап сорбции в желудке в кислой среде является весьма важным, так как сорбент не насыщен и имеет максимальную способность к связыванию токсических продуктов. В тонкой кишке происходит сорбция как веществ, принятых перорально, так и компонентов секрета слизистой оболочки, печени и поджелудочной железы. При пролонгированном приеме энтеросорбента в тонкой кишке на 1 г препарата приходится в среднем 100 мл химуса. Площадь контакта с химусом обратно пропорциональна размерам частиц сорбента. В связи с этим можно полагать, что скорость сорбции и насыщения сорбента при прочих равных условиях будет большей при использовании мелкодисперсных препаратов. Увеличение размера частиц приводит к пролонгированию процесса сорбции в дистальных отделах кишечника. По мере продвижения энтеросорбента по кишечнику соотношение между количеством препарата и химусом увеличивается за счет концентрации кишечного содержимого и составляет в терминальном отделе толстой кишки 1:2–1:4. Концентрация кишечного содержимого меняет условия сорбции, и сорбционная емкость препарата снижается.

Компоненты, проходящие из сосудистого русла в интерстиций, а затем в просвет кишки через железистый аппарат, трансли или парацеллюлярно, достигают гликокаликса и транспортируются в слизистом слое в основном за счет диффузии. В просвете кишки транспорт веществ к сорбенту происходит путем облегченной диффузии по градиенту концентрации за счет конвективных потоков, поддерживаемых перистальтикой кишечника. В тех случаях, когда слой слизистых наложений непрерывен, сопряжения сорбента и эпителия



гастроэнтерология

не происходит. Не исключена возможность образования пристеночного слоя из сорбента, в чем можно убедиться при аутопсии резецированного отдела кишки. На поверхности и в складках слизистой оболочки выявляются гранулы адсорбента. Природный адсорбент **Полифепан** оставляет тонкий коричневый слой на слизистых наложениях. Углеволонистые адсорбенты способны острыми краями перфорировать слизь, взаимодействуя с эритроцитами.

Начиная с двенадцатиперстной кишки, процесс сорбции идет в щелочной среде, что позволяет использовать широкий спектр потенциальных сорбатов. При этом доказано, что длительный прием энтеросорбентов не оказывает патологического влияния на физиологические функции организма и не сопровождается существенными нарушениями биохимического состава крови. Вместе с тем показано, что при использовании углеродных сорбентов предпочтительны калий-магний-сбалансированные формы, предотвращающие развитие гипокалиемии и способные десорбировать до 2 г калия и 0,12–0,15 г магния с каждым 50 г сорбента.

В последние годы на фармацевтическом рынке появилось много лекарственных препаратов, биологически активных добавок, которые объединяются производителями и торгующими организациями под единым названием сорбенты, подразумевая применение этих препаратов с це-

лью энтеросорбции. Наиболее известные из них: на основе углей – АУВМ Днепр, Ваулен, Арболен, Гемосфер, на основе лигнина – Полифепан, на основе хитина – Хитозан, на основе цеолитов – Литовит, углеродминеральные композиты – СУМС-1, на основе кремния – Смекта, Полисорб МП и др. Эти препараты успешно применяются при лечении различных заболеваний.

Целый ряд исследований, проведенных в последние годы, показал высокую эффективность энтеросорбентов не только при лечении различных заболеваний дисметаболического генеза, но и при реабилитации лиц, подвергшихся воздействию различных доз и экспозиций радионуклидов и тяжелых металлов.

Для реализации этих целей наиболее эффективными являются энтеросорбенты и БАД, поглощающие радионуклиды и тяжелые металлы, инактивирующие их действие и выводящие их из организма в виде нетоксичных метаболитов. В последние годы на потребительском рынке появилось много подобных препаратов. Данные, касающиеся эффективности различных энтеросорбентов, отрывочны, носят в основном узкоспециализированный характер, практически отсутствуют сведения о сравнительной эффективности сорбентов. Практические врачи вынуждены при выборе препарата (биологически активной пищевой добавки) и методики его применения (дозы, кратности, длительности и т.п.) опираться

на рекламные проспекты производителей и торгующих организаций, в которых далеко не всегда содержится достоверная и полная информация.

В связи с этим актуальным представляется изучение сорбционной способности энтеросорбентов различной химической структуры, которые можно использовать для выведения избыточного количества металлов из организма детей.

В ходе исследований были использованы препараты и биологические активные добавки, обладающие свойством сорбировать металлы: Полифепан, Литовит, Феокарпин, Полисорб МП. Для оценки их физико-химических свойств сначала были использованы данные литературы, которые приведены в таблице 1 [2, 15].

Все изученные энтеросорбенты/БАД имеют природное происхождение. Полифепан создан на основе лигнина, который входит в состав ряда растительных пищевых продуктов и не является чужеродным для организма человека. Он изготавливается в виде влажного порошка (65–70%), обладает небольшой удельной поверхностью (15–209 м²/г) и объемом сорбционного пространства (0,15 см³/г), крупными размерами частиц (0,1–0,5 мм). Благодаря этим свойствам Полифепан способен сорбировать низко- и среднемoleкулярные вещества, к которым относятся металлы, и не уступает многим препаратам активированного угля. На поверхности частиц порошка находится много функциональных

Таблица 1. Физико-химические свойства исследуемых сорбентов

Характеристика сорбента	Активированный уголь	Диоктаэдрический смектит (Смекта)	Лигнин (Полифепан)	Микрокристаллическая целлюлоза (БАД Феокарпин)
Удельная поверхность, м ² /г	200–450	До 100	15–20	До 400
Величина частиц	3–7 нм	2 нм	0,1–0,5 мм	–
Лекарственная форма	Порошок, таблетки	Порошок	Порошок–взвесь	Таблетка
Химическая структура	Углеродный	Кремне-органическая основа	На основе биополимера лигнина	На основе пищевых волокон (микрокристаллической целлюлозы)
Механизм сорбции	Адсорбция	Адсорбция	Адсорбция	Адсорбция
Селективность	Неселективный	Неселективный	Неселективный	Неселективный

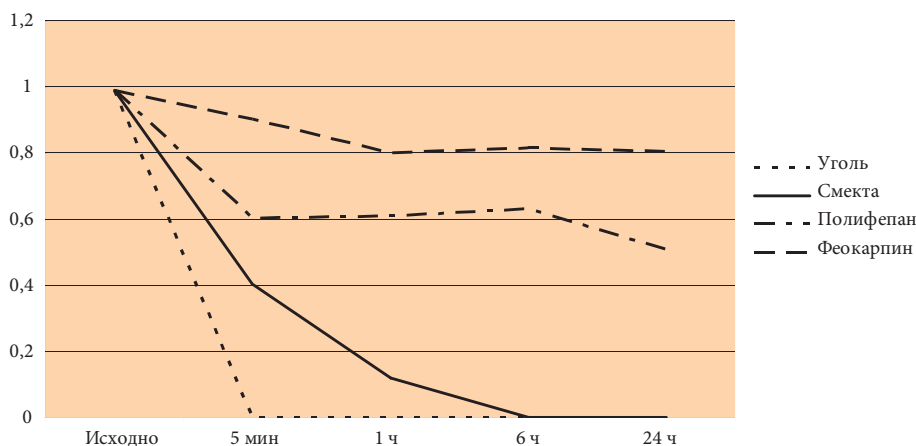


Рис. 1. Изменение концентрации свинца (Pb) в водном растворе при использовании энтеросорбентов

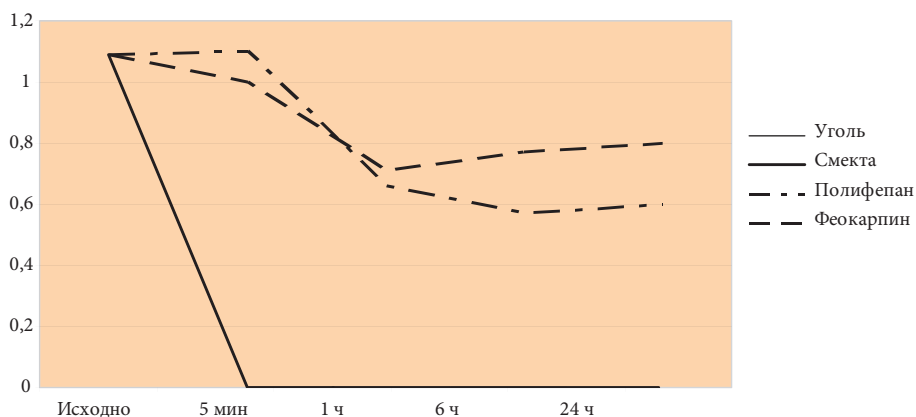


Рис. 2. Изменение концентрации никеля (Ni) в водном растворе при использовании энтеросорбентов

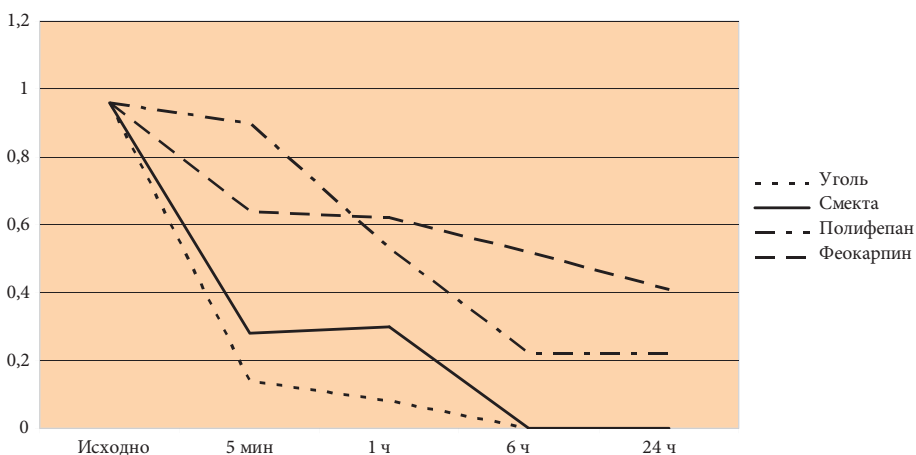


Рис. 3. Изменение концентрации кобальта (Co) в водном растворе при использовании энтеросорбентов

групп (метаксильных, карбоксильных, карбонильных, различной природы гидроксильных и др.), что обеспечивает адсорбцию, в том числе хемосорбцию и комплексообразование с различными сорбатами.

Феокарпин также является представителем сорбентов растительного происхождения. Он создан на основе биологически активных веществ хвои и пищевого энтеросорбента – микрокристаллической целлюлозы. Активными веществами препарата являются натуральный хвойный комплекс, содержащий производные хлорофилла, каротиноиды, полипренолы, соли жирных и смоляных кислот, витамины и микроэлементы (цинк, кальций, магний, медь, железо). По механизму сорбции Феокарпин сходен с Полифепаном, однако, благодаря большей удельной поверхности (в 2–26,7 раз) и объему сорбционного пространства пор (в 2,5–4 раза), Феокарпин обладает свойством поглощения низкомолекулярных ксенобиотиков, в том числе и металлов.

Диоктаэдрический смектит (Смекта) обладает выраженными адсорбирующими (имеет дискоидно-кристаллическую структуру) и обволакивающими (вследствие высокого уровня текучести) свойствами, оказывает протективное действие на слизистую оболочку пищевода, желудка и кишечника (стабилизирует слизистый барьер). Образует поперечные связи с гликопротеинами слизи, увеличивает продолжительность ее функционирования и потенцирует защиту слизистой оболочки ЖКТ от действия H⁺ ионов, желчных солей, кишечных микроорганизмов, их токсинов и других раздражителей. Характеризуется незначительным эффектом набухания. В терапевтических дозах не влияет на моторику кишечника. Не всасывается из ЖКТ, выводится из организма в неизменном виде.

Активированный уголь – углеродсодержащий сорбент органического происхождения, содержит огромное количество пор и поэто-



му обладает очень большой удельной поверхностью на единицу массы, вследствие чего обладает высокой адсорбцией. В зависимости от технологии изготовления 1 г активированного угля имеет удельную поверхность от 500 до 1500 м². В медицине, токсикологии используется для адсорбции газообразных и токсических веществ, органических соединений.

Несмотря на то, что в литературе имеются сведения о физико-химических свойствах отдельных сорбентов, нами не найдено сведений о сорбционной емкости каждого препарата в отношении конкретных металлов и сравнительной оценки эффективности их использования.

Для выяснения сорбционной активности используемых препаратов по отношению к азотнокислым солям Zn, Cu, Fe, Co, Cd, Pb, Mn, Ni для устранения микроэлементных нарушений у детей и подростков с хроническими заболеваниями мы заливали (in vitro) навески лигнина (Полифепан), микрокристаллической целлюлозы (БАД Феокарпин), активированного угля и диоктаэдрического смектита (Смекта) растворами стандартных наборов этих солей (ГСОРМ-1, ГСОРМ-2) в соответствующем разведении водой. Концентрация элементов в полученном растворе была близка к физиологической. Затем растворы отфильтровывали и в фильтрах измеряли концентрацию металлов. Для каждого сорбента был проведен ряд параллельных наблюдений с различной экспозицией в растворе солей металлов. Растворы анализировались через 5 мин, 1 час, 6 часов и сутки экспозиции. Содержание изучаемых металлов определяли методом атомно-абсорбционной спектрофотометрии на аппарате ААС-СА 10 МП.

В качестве исследуемых образцов сорбентов были отобраны различные по своим физико-химическим свойствам препараты: активированный уголь, Смекта, Феокарпин и Полифепан. Результаты исследования представлены в таблице 2.

Таблица 2. Результаты исследования сорбентов

Образец	Fe (1,94)*	Cu (1,87)	Zn (5,10)	Mn (0,97)	Ni (1,09)	Co (0,96)	Pb (0,99)	Cd (0,96)
Уголь, 5 мин	0,18	0	0	3,18	0	0,14	0	0,060
Уголь, 1 ч	0,29	0	0	3,07	0	0,08	0	0,060
Уголь, 6 ч	0,30	0	0	1,42	0	0	0	0,055
Уголь, 24 ч	0	0	0	3,08	0	0	0	0,010
Смекта, 5 мин	0,57	0	0,27	0,57	0	0,28	0,403	0,111
Смекта, 1 ч	0,58	0	0,32	0,62	0	0,30	0,120	0,160
Смекта, 6 ч	0,59	0	0,39	1,25	0	0	0	0,166
Смекта, 24 ч	0	0	0,15	0,80	0	0	0	0,130
Феокарпин, 5 мин	2,86	10,1	2,84	1,32	1,00	0,64	0,902	0,810
Феокарпин, 1 ч	3,80	12,51	2,85	1,40	0,71	0,62	0,800	0,860
Феокарпин, 6 ч	4,47	16,60	2,91	1,44	0,77	0,52	0,815	0,770
Феокарпин, 24 ч	3,84	19,04	2,37	0,98	0,80	0,41	0,805	0,877
Полифепан, 5 мин	3,39	1,25	2,97	1,44	1,10	0,90	0,603	0,870
Полифепан, 1 ч	4,66	1,39	4,70	1,19	0,66	0,53	0,610	0,950
Полифепан, 6 ч	5,75	1,72	3,28	1,65	0,57	0,22	0,632	0,881
Полифепан, 24 ч	7,70	1,67	1,55	1,27	0,60	0,22	0,508	0,817

*В скобках указаны реально измеренные концентрации в тестовом растворе, мг/л.

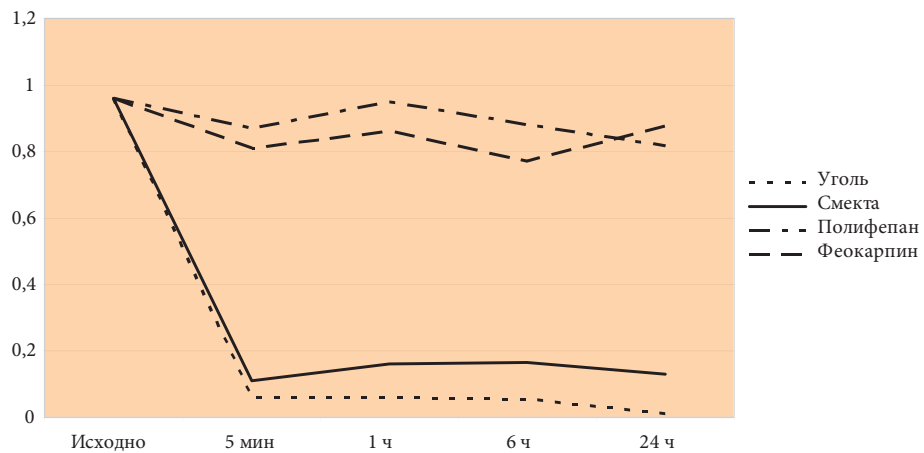


Рис. 4. Изменение концентрации кадмия (Cd) в водном растворе при использовании энтеросорбентов

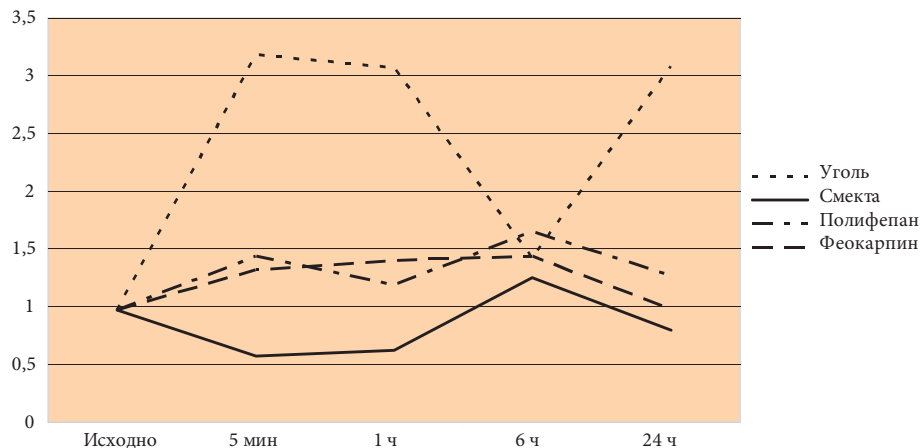


Рис. 5. Изменение концентрации марганца (Mn) в водном растворе при использовании энтеросорбентов

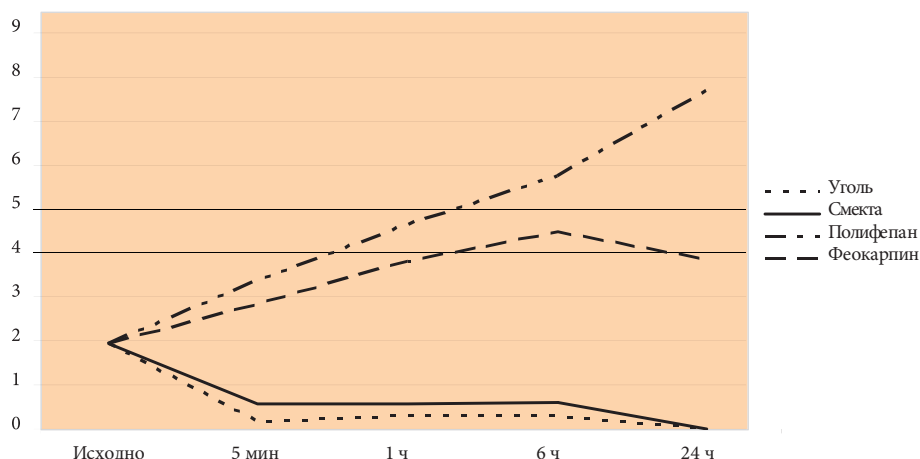


Рис. 6. Изменение концентрации железа (Fe) в водном растворе при использовании энтеросорбентов

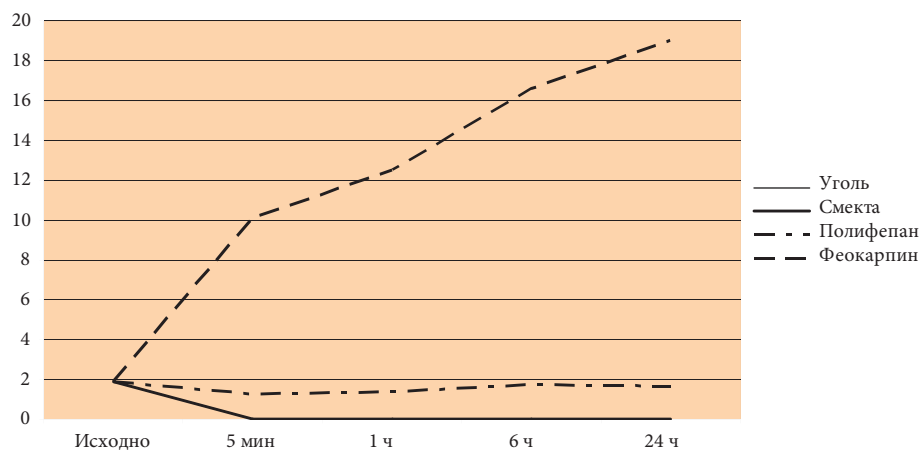


Рис. 7. Изменение концентрации меди (Cu) в водном растворе при использовании энтеросорбентов

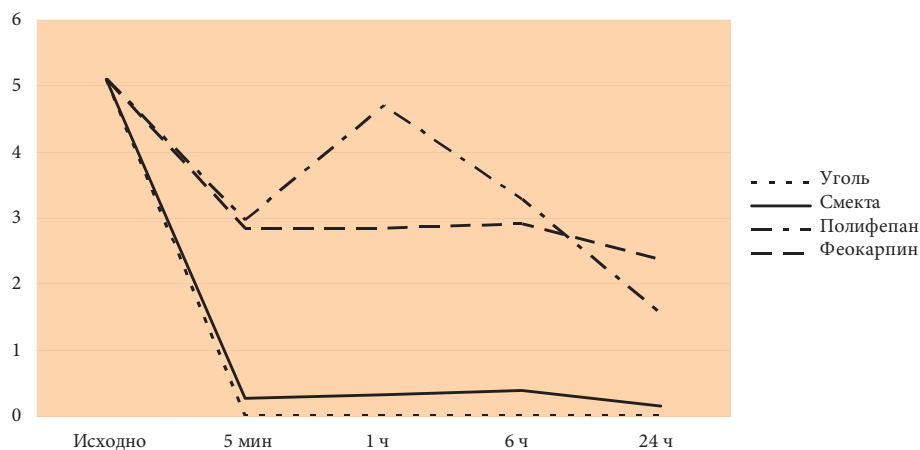


Рис. 8. Изменение концентрации цинка (Zn) в водном растворе при использовании энтеросорбентов

Полученные результаты сравнительной оценки сорбционной способности различных сорбентов (Смекты, активированного угля, Полифепана и Феокарпина) по отношению к некоторым металлам показало различную силу (рис. 1). Выявленная высокая сорбционная емкость энтеросорбента активированного угля обосновывает возможность использования его при значительном накоплении в организме токсичных микроэлементов, особенно Pb, Ni, Co, Cd, а также для получения быстрого эффекта энтеросорбции.

В тех же случаях, когда имеется умеренный микроэлементный дисбаланс, особенно возникший на фоне каких-либо хронических заболеваний (в частности, заболеваний ЖКТ, почек, когда нарушаются процессы всасывания и выведения металлов), а также для людей, проживающих в неблагоприятных условиях антропогенного загрязнения, показано назначение энтеросорбента Смекты, так как он обладает также выраженным сорбционным эффектом по отношению к токсичным металлам, но более щадящей сорбцией эссенциальных металлов.

Использование Полифепана и Феокарпина выявило достаточно низкий уровень сорбции токсичных металлов и при этом снижение концентрации эссенциальных металлов, что может ограничивать использование препаратов.

Помимо этого существенным ограничением в использовании сорбентов у детей является их неблагоприятное воздействие на различные физиологические процессы в организме. Так, применение углеродных сорбентов более 10 дней в суточной дозе не менее 1 г/кг приводит к замедлению прироста массы тела без биохимических и гематологических нарушений. Кроме того, при измельчении таблетированных форм препараты механически раздражают слизистые оболочки. Препараты на основе лигнина при использовании более 10 суток вызывают ощущение дискомфорта и тяжести в животе, задержку стула. ☺

ХОЛИТ

ЭФФЕКТИВНАЯ ПОМОЩЬ при желчнокаменной болезни

www.netkamney.ru

- Способствует выведению камней из желчного пузыря и желчных протоков, препятствует последующему камнеобразованию
- Оказывает противовоспалительное и спазмолитическое действие
- Улучшает моторную функцию билиарного тракта, усиливает желчеобразование и желчеотделение
- Обладает антисептическими и антибактериальными свойствами

Холит – это натуральный фитокомплекс из лекарственных трав



Клинические исследования проведены в МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского и Медицинской службе Межотраслевого научно-технического объединения «Гранит»

Рекомендован ведущими гастроэнтерологами России

Может применяться длительно

Не вызывает привыкания и синдрома отмены

Реализуется в аптечных сетях, доступен по цене

Растительный препарат компании  ГРИНВУД

Наши дистрибьюторы – ведущие фармацевтические компании.

Розничные продажи: 78 регионов, более 40 крупнейших аптечных сетей России, более 30 000 аптек.

109012, Москва, Варварка, 14. Тел. (495) 229-14-30 (многоканальный)



ЦНИИ
гастроэнтерологии ДЗ
г. Москва

Антацидные препараты в практике детского гастроэнтеролога

Д.м.н. П.Л. ЩЕРБАКОВ

гастроэнтерология

Хронические воспалительные заболевания верхних отделов пищеварительного тракта в последнее время становятся наиболее распространенной патологией. Так, с 1993 по 1997 г. распространенность заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта увеличилась с 8 000 до 12 000 случаев на 100 000 детского населения. Более 60% всей патологии являются сочетанными поражениями. Так, частота поражений пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки составляет 2209, поражений печени, поджелудочной железы и желчевыводящих путей – 572, функциональных расстройств органов пищеварения – 442 на 100 000 детей [1].

В спектре хронических воспалительных заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта большая часть приходится на кислотозависимые заболевания. Влияние кислоты на состояние органов пищеварения огромно. С одной стороны, она необходима для нормального протекания процессов пищеварения, активации ферментов. С другой стороны, избыточное количество кислоты выступает в качестве фактора агрессии, раздражая слизистую оболочку. Еще в 1910 году Шварц, подчеркивая значение кислоты как фактора агрессии в язвообразовании, высказал постулат, полностью под-

твердившийся впоследствии: «Нет кислоты – нет язвы» [2].

В настоящее время на вооружении гастроэнтерологов имеется значительный арсенал препаратов, контролирующих кислотообразующую функцию. Процесс кислотообразования сложен. В его регуляции принимает участие центральная и вегетативная нервная система, гормоны различных желез внутренней секреции – весь этот сложный механизм [3]. Однако все его составляющие имеют одну точку приложения – париетальную клетку слизистой оболочки желудка, которая и вырабатывает соляную кислоту. Различные

группы препаратов, направленных на регулирование процессов кислотообразования, воздействуют на различные отделы париетальной клетки.

Так, блокаторы H₂-рецепторов гистамина, ингибируя специфические рецепторы на поверхности париетальной клетки, снижают секрецию кислоты. Подавление желудочной секреции достигается воздействием на один тип рецепторов, при этом может возникнуть гиперсекреция соляной кислоты при стимуляции других рецепторов (гастрин, ацетилхолин) [4, 5]. Терапевтическая эффективность этих лекарственных средств обеспечивается высоким уровнем препарата в крови, что иногда требует его многократного приема [6]. Кроме того, применение антагонистов H₂-рецепторов гистамина может приводить к развитию толерантности и синдрома «рикошета». Толерантность может развиваться уже через два дня после начала лечения [7].

К другой группе препаратов относятся ингибиторы H⁺K⁺АТФ-азы. В нее входят высокоэффективные препараты, быстро подавляющие продукцию соляной кислоты независимо от стимула, воздействующего на рецепторы париетальных клеток. Ингибиторы протонной помпы (Proton Pump Inhibitors), как еще называют эти препараты, контролируют



ют дневную и ночную секреции, не вызывают синдрома «рикошета» [8]. Однако широкому распространению этих препаратов препятствует их высокая стоимость. К тому же в клинической практике не всегда возникает необходимость полностью подавлять секрецию кислоты.

Третью, самую большую, группу препаратов, регулирующих процессы кислотообразования, составляют антациды. Эти лекарственные вещества действуют на уже выделившуюся в просвет желудка кислоту. Кроме непосредственной нейтрализации кислоты в просвете желудка, антацидные препараты адсорбируют пепсин, желчные кислоты, лизолецитин. Многие из них обладают протективным действием: усиливают синтез простагландинов, секрецию слизи.

Первые антацидные препараты начали применяться еще на заре развития человечества и к настоящему времени представляют собой достаточно большую группу лекарственных средств, различающихся по свойствам и механизмам воздействия на организм. Существует несколько классификаций антацидных препаратов. В частности, их можно разделить на несколько больших групп: всасываемые и невсасываемые препараты, системного действия и местного действия, анионные и катионные, монокомпонентные и комбинированные.

Всасываемые антациды.

К этой группе препаратов относятся те, которые всасываются через слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта. Они характеризуются быстрой, интенсивной, но непродолжительной нейтрализацией соляной кислоты. К ним, в частности, относятся: кальция карбонат, магния карбонат, магния окись, натрия гидрокарбонат. Всасываемые антацидные препараты являются лекарственными веществами системного действия, так как они изменяют кислотно-щелочное равновесие за счет увеличения щелочных резервов плазмы. Кроме того,

они относятся к так называемым анионным препаратам, которые, полностью нейтрализуя желудочный сок, могут в дальнейшем вызывать синдром «рикошета».

Невсасываемые антациды характеризуются тем, что они сначала адсорбируют соляную кислоту, а затем медленно ее нейтрализуют. К этой группе препаратов относятся препараты алюминия (фосфат, гидроокись), магния (гидроокись, трисиликат). Невсасываемые антациды – препараты местного действия. При попадании в организм они не вызывают изменений кислотно-основного отношения. А так как по принципу действия они относятся к катионным препаратам, то, соответственно, не приводят к повышению рН желудочного содержимого выше нейтрального значения и не вызывают реакцию «рикошета».

По своему составу антациды можно разделить на монокомпонентные и комбинированные. К монокомпонентным относятся препараты алюминия (фосфат алюминия, альгедрат), кальция (гидрокарбонат кальция), магния (гидроокись магния). Комбинированные антацидные препараты включают в свой состав несколько основных компонентов в разных сочетаниях: алюминий и магний (Алмагель, Маалокс, Гастал), магний и кальций (Ренни, Тамс), а также представляют собой комбинацию антацидных средств с анестетиками (Мегалак, Алмагель А).

Кислотоподавляющая деятельность антацидных препаратов основана на реакции нейтрализации при взаимодействии кислоты с лекарственным веществом, при этом образуются некоторые новые химические соединения. Для сравнения эффективности различных антацидных препаратов определяется их нейтрализующая активность. Под нейтрализующей активностью антацида подразумевается количество препарата в граммах или ммоль/л, необходимое для поднятия уровня рН 50 мл 0,1 N раствора соляной кислоты до 3,5 [9].

Как видно, наибольшей нейтрализующей активностью обладает гидроокись магния. Однако для эффективного использования антацидного препарата необходимо учитывать не только степень нейтрализации кислоты, но и ее продолжительность. Наибольшая продолжительность отмечается у антацидных фосфорсодержащих препаратов – до 90 минут, несколько меньше у магнийсодержащих препаратов, еще меньше время эффекта у препаратов с карбонатной группой.

В настоящее время на вооружении гастроэнтерологов имеется значительный арсенал препаратов, контролирующих кислотообразующую функцию. Процесс кислотообразования сложен. В его регуляции принимают участие центральная и вегетативная нервная система, гормоны различных желез внутренней секреции.

Кроме прямого действия по нейтрализации соляной кислоты в просвете желудка, антациды обладают рядом эффектов, проявляющихся при их применении. Так, например, магнийсодержащие антациды способствуют усилению слизиобразования, повышают резистентность слизистой оболочки желудка, усиливают моторику кишечника. Кальцийсодержащие препараты замедляют двигательную активность желудочно-кишечного тракта, активизируют пищеварительные ферменты, стимулируют протеиназу и, кроме того, сами стимулируют образование соляной кислоты в париетальных клетках. Антацидные препараты, содержащие алюминий, усиливают синтез простагландинов, адсорбируют желчные кислоты и лизолецитин, уменьшают перистальтическую активность кишечника. Комбинированные

антацидные лекарственные средства в разной степени обладают свойствами входящих в них составляющих.

При применении различных антацидных препаратов могут отмечаться побочные эффекты, присущие их различным группам. Эти явления возникают, как правило, при приеме препаратов длительными курсами. Кратковременное их использование в большинстве случаев не приводит к развитию неблагоприятных последствий. У антацидных препаратов различных групп имеются общие побочные эффекты. Все антациды при их приеме обволакивают слизистую оболочку, тем самым снижая всасывательную способность слизистой оболочки и биодоступность различных лекарственных средств, принимаемых параллельно с антацидными препаратами.

Фосфалюгель обладает не только выраженным антацидным действием, но также адсорбционным и обволакивающим эффектом, создает на поверхности слизистой оболочки защитный слой.

При приеме препаратов, содержащих карбонатную группу, в желудке происходит химическая реакция нейтрализации кислоты, в результате которой образуется значительное количество углекислого газа. Это, в свою очередь, приводит к появлению отрыжки. Кроме того, быстрая нейтрализация кислоты в просвете желудка стимулирует усиление ее продукции париетальными клетками, приводя к реакции «рикошета». Антацидные препараты карбонатной группы относятся к всасываемым, поэтому при их приеме происходят изменения кислотно-щелочного баланса, что может привести к развитию системного метаболического алкалоза.

При приеме магнийсодержащих препаратов могут отмечаться нарушения стула. Избыточное количество магния может усиливать эвакуацию содержимого кишечника (с другой стороны, у больных, страдающих запорами, магнийсодержащие антацидные препараты кроме своего основного назначения могут способствовать нормализации стула). Накопление в организме ионов Mg^{2+} при длительном приеме антацидов приводит к гипермагниемии с развитием брадикардии и почечной недостаточности.

Длительный прием антацидов, содержащих кальций, может привести к появлению запоров в результате замедления эвакуаторной функции кишечника. Накопление в организме ионов Ca^{2+} приводит к гиперкальциемии, вызывает развитие молочно-щелочного синдрома, у больных с мочекаменной болезнью может усиливать процесс камнеобразования. Гиперкальциемия вызывает снижение продукции паратормона, что, в свою очередь, приводит к задержке экскреции фосфора и накоплению нерастворимого фосфата кальция. Происходит кальцификация тканей и развитие нефрокальциноза.

Алюминийсодержащие препараты, так же как и другие представители класса антацидов, изменяют биодоступность лекарственных препаратов. Применение большого количества алюминия может замедлять эвакуацию содержимого кишечника. При длительном приеме в больших дозах гидроксид алюминия связывает фосфор в кишечнике, что ведет к уменьшению его всасывания, гипофосфатемии и остеопорозу. С данным обстоятельством связано ограничение по применению алюминийсодержащих антацидов у детей и беременных женщин. Исключением является препарат Фосфалюгель (Астеллас), содержащий в своем составе фосфат алюминия и, таким образом, не влияющий на фосфорно-кальциевый обмен. Особенностью этого лекарствен-

ного препарата является также сочетание коллоидного фосфата алюминия с пектином и гелем агар-агара. Благодаря оптимальному сочетанию этих составляющих (на 16 г препарата приходится 10,4 г фосфата алюминия) Фосфалюгель обладает не только выраженным антацидным действием, но также адсорбционным и обволакивающим эффектом, создает на поверхности слизистой оболочки защитный слой.

Фосфат алюминия, входящий в состав Фосфалюгеля, достаточно быстро повышает рН желудочного содержимого до 3 и в течение длительного времени (около 2 часов) сохраняет ее на этом уровне. Благодаря коллоидному состоянию фосфата алюминия, наличию агара и пектина, Фосфалюгель обладает значительными адгезивными свойствами (по сравнению со смесью гидроксида алюминия и магния адгезивная способность Фосфалюгеля больше в 14 раз). Кроме этого, Фосфалюгель обладает высокой адсорбционной способностью. Так, 1 г препарата имеет контактную поверхность более 1000 м². Благодаря этому свойству Фосфалюгель не только нейтрализует кислоту в просвете желудка, но и способен, благодаря образованию однородного мукоидного антипептического слоя, защищать слизистую оболочку от воздействия агрессивных факторов [10]. Адсорбирующие свойства Фосфалюгеля способствуют элиминации различных микроорганизмов, связыванию экзогенных и эндогенных токсинов, поглощению газов в кишечнике и выведению их из организма. Эти свойства Фосфалюгеля с успехом позволяют использовать его даже при лечении атопического дерматита, пищевых токсикоинфекций [11].

Фосфалюгель относится к группе невсасываемых антацидов. Однако при рН < 2,5 часть препарата может перейти в водорастворимый хлорид алюминия, минимальная часть которого может всосаться. Всосавшийся алюми-



ний полностью выводится из организма почками. Невсосавшийся алюминий переходит в фосфат и карбонат и выводится из организма кишечником. При образовании фосфата алюминия в кишечнике связываются фосфаты, количество которых не превышает поступившее с препаратом, поэтому при использовании Фосфалюгеля не нарушается фосфатный баланс и не вымывается кальций из костей. Поэтому Фосфалюгель могут использовать как беременные женщины, так и кормящие матери и дети. Взрослым и детям старше 6 лет назначают по 1–2 пакетика 2–3 раза в день через 1 час после еды, детям до 6 месяцев назначают по 1/4 пакетика (или по 1 чайной ложке) после каж-

дого кормления. Детям старше 6 месяцев – по 1/2 пакетика или по 2 чайных ложки после каждого кормления. Препарат можно применять как в чистом виде, так и растворенным в воде (1 пакетик на 1/2 стакана воды) [12]. Кроме того, Фосфалюгель может использоваться и у грудных детей для профилактики срыгивания, так как пектины, входящие в его состав, сгущают химус и препятствуют обратному забросу содержимого из желудка в пищевод.

Под нашим наблюдением находилось 50 детей в возрасте от 9 до 15 лет с различными заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта. Наиболее частой жалобой была изжога, которая появлялась на-

тощак или вскоре после приема пищи, и боль в эпигастрии натощак. Другими диспептическими жалобами у детей, которым назначался Фосфалюгель, являлись тошнота, отрыжка, чувство распирания и тяжести в эпигастрии, метеоризм.

Целью исследования явилось изучение клинической эффективности препарата и оценка побочных эффектов. Наибольшую группу составляли дети с заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки, часто в сочетании с эзофагитом. У всех детей заболевания желудочно-кишечного тракта имели сочетанный характер с заболеваниями печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, кишечника. До начала и через

ИЗЖОГА, БОЛЬ И ОТРАВЛЕНИЕ? ФОСФАЛЮГЕЛЬ - ОДНО РЕШЕНИЕ!



- ✓ Защищает желудок
- ✓ Нейтрализует кислоту
- ✓ Выводит токсины



10 дней после начала лечения проводились анализы крови и мочи, рН-метрия.

Продолжительность лечения Фосфалюгелем составила 10 дней. Количество препарата в течение суток регулировалось самим пациентом, но в среднем составило 2 пакетика (32 г, по 1/2 пакетика 4 раза в день через час после еды).

Фосфалюгель является эффективным препаратом, контролирующим процессы кислотообразования в желудке и обладающим антидиарейным эффектом.

Оценка эффективности терапии проводилась на основании динамики основных клинических симптомов: болевого, диспептического, а также изменения эндоскопической картины слизистой оболочки до и после окончания терапии.

Градация эффективности применения Фосфалюгеля составила:

- Значительное улучшение: полное исчезновение клинических проявлений.
- Улучшение: исчезновение болей, большинства клинических симптомов или уменьшение их выраженности. Отсутствие болей при пальпации.
- Без изменений: незначительная положительная динамика, сохранение болезненности при пальпации, диспепсии.
- Ухудшение: отсутствие положительной динамики клинических симптомов и эндоскопической картины.

Переносимость Фосфалюгеля оценивалась по развитию побоч-

ных эффектов во время лечения.

На фоне лечения Фосфалюгелем боли исчезли у всех детей.

Уменьшение интенсивности болевого синдрома наблюдалось у 10 человек (20,8%) уже в первый день лечения. На 3-й день лечения боли уменьшились еще у 18 детей (37,5%), и к 7-му дню уменьшение интенсивности болей отмечали еще 15 детей (31,2%).

Полное исчезновение болей отмечалось у 4 детей (8,3%) после 1-го дня терапии, у 21 (43,7%) – после 3 дней лечения. У 9 (18,7%) детей боли сохранялись до 5 дней, у 8 детей (16,6%) – до 6 дней и лишь у 1 ребенка (2,1%) – до 8 дней.

Также положительная динамика со стороны диспептического синдрома отмечена на фоне лечения Фосфалюгелем. Так, изжога исчезла в течение первых суток лечения у 3 детей (9,1%), после 2 дней лечения у 11 (33,3%), после 3 дней терапии у 7 детей (21,2%), у 1 ребенка (3,0%) – к 5-му дню, у 2 детей (6,1%) на 6-й день. У одного человека (3,0%) изжога сохранялась в течение 7 дней. Отрыжка кислым в течение первых 2 дней исчезла у 6 детей (19,4%), на 3-й день – у 5 (16,1%), у 1 ребенка на 4-й день (3,2%), у 7 детей (16,1%) – на 5-й день, у 1 ребенка (3,2%) – на 6-й день. У 1 ребенка (3,2%) отрыжка сохранялась в течение 8 дней.

Диарейный синдром был купирован у 1 ребенка на 2-й день лечения, а у 4 – после 4 дней терапии. Выраженного усиления запоров у детей, получавших Фосфалюгель, не отмечалось. Лишь у 1 ребенка, страдающего запорами, отмечалось усиление констипации после 7-го дня лечения, и у 1 ребенка (2,2%) отмечено появление стула со склонностью к задержке

после 6 дней лечения. Тошнота полностью исчезла в течение первой недели лечения. Рвота после приема препарата не беспокоила детей.

При сравнении вкуса Фосфалюгеля с другими применяемыми ранее антацидными препаратами 7 детей (16,7%) оценили его как «лучше других», 1 ребенок (2,4%) – как «хуже других» и остальные дети (34 ребенка (80,9%)) – как «такой же».

На основании проведенного исследования можно сделать выводы, что фосфалюгель является высокоэффективным средством для лечения рефлюкс-эзофагитов у детей, встречавшихся в проводимом исследовании как симптом, ухудшавший общее состояние больного ребенка.

Фосфалюгель является эффективным препаратом, контролирующим процессы кислотообразования в желудке и обладающим антидиарейным эффектом. Это делает целесообразным его использование в составе комбинированной терапии или самостоятельно для лечения таких заболеваний, как: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; гастрит с нормальной или повышенной секреторной функцией; грыжа пищеводного отверстия диафрагмы; гастро-эзофагеальный рефлюкс и рефлюкс-эзофагит; синдром неязвенной диспепсии; функциональная диарея; желудочные и кишечные расстройства, вызванные интоксикацией, приемом лекарственных препаратов, раздражающих веществ, алкоголя, пищевых токсикоинфекций и атопическом дерматите. ©

Литература → 63 с.



И.Е. Хорошилов, С.В.Иванов

Энтеральное питание модуленом как метод патогенетической терапии воспалительных заболеваний кишечника

1. Гржибовский А.М. Анализ номинальных данных (независимые наблюдения) // Экология человека. 2008. № 6. С. 58–68.
2. Нутритивная поддержка при воспалительных заболеваниях кишечника неизвестной этиологии: методич. рекомендации / Костюченко Л.Н., Парфенов А.И., Ручкина И.Н. и др. М.: Анахарсис, 2009. 48 с.
3. Ткаченко Е.И., Иванов С.В., Ситкин С.И., Жигалова Т.Н. Место нутриционной поддержки в терапии воспалительных заболеваний кишечника // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. 2008. № 4. С. 11–13.
4. Халиф И.Л., Лоранская И.Д. Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона). Клиника, диагностика, лечение. М.: Миклош, 2004. 88 с.
5. Хорошилов И.Е., Панов П.Б. Клиническая нутрициология / Под ред. А.В.Шаброва. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2009., 209 с.
6. Borrelli O., Cordischi L., Cirulli M. et al. Polymeric diet alone versus corticosteroids in the treatment of active pediatric Crohn's disease: a randomized controlled open-label trial // Clin. Gastroenterol. Hepatol. 2006. Vol. 4. P. 744–753.
7. Bremner A.R., Beattie R.M. Therapy of Crohn's disease in childhood // Expert Opin. Pharmacother. 2002. Vol. 3. P. 809–825.
8. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition // Clinical Nutrition. 2006. Vol. 25. 360 p.
9. Fernandez-Banares F, Cabre E., Gonzales-Huix F, Gassul M.A. Enteral nutrition as primary therapy in Crohn's disease // Gut. 1994. Suppl. 1. P. 55–59.
10. Fell J.M.E., Paintin M., Arnaud-Battandier F, et al. Mucosal healing and a fall in mucosal proinflammatory cytokine mRNA induced by a specific oral polymeric diet in pediatric Crohn's disease // Aliment Pharmacol. 2000. 14: 281–289.
11. Gonzalez-Huix F, Fernandez Banarez F, Esteve M. et al. Enteral versus parenteral nutrition as adjunct therapy in acute ulcerative colitis // Am. J. Gastroenterol. 1993. Vol. 88. P. 227–232.
12. Inflammatory bowel disease. Clinical, diagnosis and management / Ed. D.Rampton. 2000. 352 p.
13. Walker-Smith J.A. Mucosal healing in Crohn's disease // Gastroenterology. – 1998. Vol. 114. P. 419–420.

К.А. Шемеровский

Рациональные подходы к терапии брадиэнтерии

1. Комаров Ф.И., Рапопорт С.И. Хронобиология и хрономедицина. М., 2000, 488 с.
2. Лазебник Л.Б., Дроздов В.Н. Заболевания органов пищеварения у пожилых. М.: Анахарсис, 2003. 208 с.
3. Лоранская Т.И., Лебедева Р.П. Отчет о клинических испытаниях драже «Ламинолакт» // Пробиотики нового поколения. СПб., 2003. С. 59–63.
4. Маев И.В., Самсонов А.А., Голубев Н.Н., Андреев Н.Г., Белянцева Е.В. Лактулоза в терапии хронического запора при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Клинические перспективы гастроэнтерологии и гепатологии. 2006. № 5. С. 36–38.
5. Мечников И.И. Этюды оптимизма. М., 1987. 328 с.
6. Парфенов А.И., Ручкина И.Н. Изучение клинической эффективности продукта питания Активиа Творожная у больных синдромом раздраженного кишечника с преобладанием запоров // Оценка эффективности пробиотических кисломолочных продуктов Активиа компании «Данон» в терапии заболеваний желудочно-кишечного тракта. М., 2006. С. 24–32.
7. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения: Руководство для практикующих врачей / Под ред. В.Т. Ивашкина. Т. 4. М., 2003. 1046 с.
8. Сидорова И.С., Данилова О.С. Оценка эффективности использования препарата Дюфалак для лечения запоров у беременных // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2004. Т. 3. № 2. С. 2–3.
9. Ткаченко Е.И., Успенский Ю.П. Питание, микробиоценоз и интеллект человека. СПб.: СпецЛит, 2006. 590 с.
10. Уголев А.М. Эволюция пищеварения и принципы эволюции функций. Л., 1985. 544 с.
11. Циммерман Я.С. Хронический запор. Диарея. Пермь: ПГМА, 1999. 114 с.
12. Циммерман Я.С., Кунстман Т.Г., Михалева Е.Н., Циммерман И.Я. Хронический запор: современный взгляд на проблему // Клиническая медицина. 2008. № 8. С. 21–28.
13. Шемеровский К.А. Хронофизиологический фактор риска запора // Российский журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2000. № 3. С. 63–66.
14. Шемеровский К.А. От доказательной фармакотерапии через хрономедицину к медицине профилактической // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. 2008. № 1. С. 29–35.
15. Шемеровский К.А. Запор – фактор риска колоректального рака // Клиническая медицина. 2005. № 12. С. 60–64.
16. Шульпекова Ю.О., Ивашкин В.Т., Денисов Н.Л. Фитомуцил в лечении синдрома раздраженного кишечника с запором // Клинические перспективы гастроэнтерологии и гепатологии. 2007. № 4.
17. Schang J.C. et al. Effects of trimebutine on colonic function in patient with chronic idiopathic constipation // Dis. Colon. Rectum. 1993. Vol. 36. № 4. P. 330–336.
18. Wiriyakosol S. et al. Randomized Controlled Trial of Bisacodyl Suppository Versus Placebo for Postoperative Ileus After Elective Colectomy for Colon Cancer // Asian J. Surgery. 2007. № 3. P. 167–172.

В.Б. Гриневич, А.М. Перишко, И.В. Губонина

Механизмы эффективности базисной терапии воспалительных заболеваний кишечника препаратами 5-аминосалициловой кислоты

1. Белоусова Е.А. Язвенный колит и болезнь Крона. Тверь: Триада, 2002. 128 с.
2. Волков А.С. и др. Врач 21 века: материалы научно-практической конференции. Ростов-на-Дону, 2009. С. 154.
3. Халиф И.Л. // Consilium Medicum. 2000. № 6. С. 424–429.
4. Fallingborg J. et al. // Dig. Dis. Sci. 1998. Vol. 43. P. 702–705.
5. Fallingborg J. et al. // Dan. Med. Bull. 1999. Vol. 46. P. 183–196.
6. Gross et al. // Z. Gastroenterol. 1995. Vol. 33. P. 581–584.
7. Hanauer S.B., Stromberg U. // Gastroenterol. 2001. Vol. 120. A453 (Abstract).
8. Miner P. et al. // Dig. Dis. Sci. 1995. Vol. 40. P. 296–304.
9. Raimundo A.H. et al. // Gastroenterol. 1992. Vol. 102. A.681.
10. Rijk M.C. et al. // Scand. J. Gastroenterol. 1992. Vol. 27. P. 863–868.
11. Scholmerich J. et al. // Can. J. Gastroenterol. 1990. Vol. 4. P. 446–451.



М.И. Дубровская, Ю.Г. Мухина

Факторы формирования гастроэзофагеального рефлюкса у детей и современные принципы терапии

1. Carr M.M., Nguyen A., Nagy M. et al. Clinical presentation as a guide to the identification of GERD in children // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 2000. Vol. 54. P. 27–32.
2. Приворотский В.Ф. Гетерогенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей: Автореф. дисс. д.м.н. СПб., 2006. 43 с.
3. Прохорова Л.И., Давыдова А.Н. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей // Методические рекомендации для врачей педиатров и гастроэнтерологов. Волгоград, 2007. 27 с.
4. Sacre L., Vandenplas Y. Gastroesophageal reflux associated with respiratory abnormalities during sleep // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 1989. -Vol. 9. P. 28–33.
5. Vandenplas Y., Goyvaerts H., Helven R. et al. Gastroesophageal reflux, as measured by 24-hour pH-monitoring, in 509 healthy infants screened for risk of sudden infants death syndrome // Pediatrics. 1991. Vol. 88. P. 834–840.
6. Sadowska-Krawczenko I., Czerwionka-Szaflarska M., Korbal P. Is antenatal corticosteroid administration associated with increased acid gastroesophageal reflux in preterm neonates? // Med Wieku Rozwoj. 2004. Vol. 8. № 2. Pt 2. P. 359–364.
7. Sadowska-Krawczenko I., Korbal P., Czerwionka-Szaflarska M. Influence of selected neonatal diseases on the incidence of gastroesophageal reflux in preterm neonates // Med Wieku Rozwoj. 2005. Vol. 9. № 3. Pt. 1. P. 317–324.
8. Ратнер А.Ю. Неврология новорожденных. Острый период и поздние осложнения. М.: БИНОМ, 2005. 368 с.
9. Cavataio F., Guandalini S. Cow's milk allergy // Guandalini S., editor/ Essential pediatric gastroenterology, hepatology, & nutrition. New York: McGraw-Hill; 2005. P. 175192.
10. Gonsalves N. Food allergies and eosinophilic gastrointestinal illness // Gastroenterol. Clin. N. Am. 2007. Vol. 36. P. 75–91.
11. Щербаков П.Л. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей // Болезни органов пищеварения. 2007. Т. 9, № 2. С. 42–47.
12. Цветков П.М. Алгоритм эндоскопической диагностики заболеваний пищевода у детей: Автореф. дис. к.м.н. М., 2002. 28 с.
13. Печуров Д.В., Щербаков П.Л., Каганова Т.И. Использование клинических тестов в определении приоритетности обследования детей с синдромом диспепсии // Педиатрия. 2004. № 2. С. 4–8.
14. Семенов Л.А. Эрозивно-язвенная форма гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей: факторы риска, клиника, диагностика и лечение. // Автореф. дис. д.м.н. Екатеринбург, 2007. 47 с.
15. Цветкова Л.Н., Цветков П.М., Нечаева Л.В. Состояние пищевода и гастроэзофагеального перехода у детей, страдающих хроническим запором // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2008. Т. 6. № 53. С. 30–42.
16. Арифуллина К.В. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у школьников // Материалы XIV Конгресса детских гастроэнтерологов России. М., 2007. С. 37.
17. Дарджания Н.В., Дулькин Л.А., Балдина Н.С., Самарин О.И. Факторы риска формирования рефлюксной болезни при хронических гастроуденитах у детей школьного возраста // Тезисы VII съезда Научного общества гастроэнтерологов России. М.: Анахарсис, 2007. С. 46–47.

Е.А. Корниенко

Дифференциальный диагноз хронической диареи у детей

1. Гастроэнтерология детского возраста / Под ред. С.В. Бельмера, А.И. Хавкина. М.: ИД Медпрактика, 2003. 360 с.
2. Корниенко Е.А., Шабалов Н.П., Эрман Л.В. Заболевания органов пищеварения у детей // Детские болезни: Учебное пособие / Под ред. Н.П. Шабалова. СПб.: Питер, 2007. Т. 1. С. 638–843.
3. Pediatric Gastrointestinal Disease / Ed. A. Walker. Hamilton: BC Decker Inc, 2004. P. 561–691.
4. Nutrition in Pediatrics / Ed. C. Duggan, J.B. Watkins, W.A. Walker. Hamilton: BC Decker Inc, 2008. P. 537–588.
5. Intractable Diarrheas in childhood // Annals Nestle. 2006. Vol. 64. № 1. P. 7–38.
6. Diarrheal disease. Ed. M. Gracey, J.A. Walker-Smith. Philadelphia-New York: Lippincott-Raven, 1997. P. 5–340.

Л.И.Кафарская, Б.А.Ефимов, А.Н.Шкопоров, Ю.М. Голубцова, М.Л. Шуникова

Пробиотики в педиатрической практике

1. Backhed F, Ley R.E., Sonnenburg J.L., Peterson D.A., Gordon J.I. Host-bacterial mutualism in the human intestine. Science. 2005; Mar 25; 307(5717):1915–20.
2. Tanaka H., Hashiba H., Kok J. et al. Bile salt hydrolase of Bifidobacterium longum -biochemical and genetic characterization. Appl. Environ. Microbiol. 2000; 66(6): 2502–2512.
3. Кафарская Л.И., Ефимов Б.А., Постникова Е.А., Донских Е.Е. Особенности становления микрофлоры у детей раннего возраста. Детские инфекции. 2006. Том 5. № 1. С. 6–11.
4. Tricon S., Burdge G.C., Kew S., Banerjee T., Russell J.J., Grimble R.F., Williams S.M., Calder P.C., Yaqoob P. Effects of cis-9, trans-11 and trans-10, cis-12 conjugated linoleic acid on immune cell function in healthy humans // Am. J. Clin. Nutr. 2004; 80: 1626–33.
5. Lammers K.M., Brigidi P, Vitali B. et al. Immunomodulatory effects of probiotic bacteria DNA: IL-1 and IL 10 response in human peripheral blood mononuclear cells.// FEMS immunol. Med. Microbiol. 2003. V. 38(2). P. 694–700.
6. Matsuki T, Watanabe K, Fujimoto J, Takada T, Tanaka R. Use of 16S rRNA gene-targeted group-specific primers for real-time PCR analysis of predominant bacteria in human feces // Appl. Environ. Microbiol. 2004. 70(12). P. 7220–7228.
7. Шкопоров А.Н., Ефимов Б.А., Володин Н.Н., Кафарская Л.И. Бифидобактерии: традиционный взгляд и современные генетические исследования // Вопросы практической педиатрии. 2008.
8. Schell M.A., Karmirantzou M., Snel B. et al. The genome sequence of Bifidobacterium longum reflects its adaptation to the human gastrointestinal tract. Proc. Natl. Acad. Sci. U S A. 2002; 29; 99(22): 14422–14427.
9. Ефимов Б.А., Кафарская Л.И., Постникова Е.А., Шкопоров А.Н., Афанасьев С.С. Качественный и количественный состав микрофлоры кишечника у детей раннего возраста как индикатор состояния факторов естественной резистентности адаптивного иммунитета // MATERIA MEDICA: Тематич. сб. для практ. врачей. 2006. С. 5–20.
10. Coyne M.J., Reinap B, Lee M.M., Comstock L.E. Human symbionts use a host-like pathway for surface fucosylation. Science. 2005 Mar 18; 307(5716):1778–81.
11. Tlaskalova-Hogenova H., Stepankova R., Hudcovic T. Commensal bacteria (normal microflora), mucosal immunity and chronic inflammatory and autoimmune disease. Immunoll Lett 93 (2004) 97–108.
12. Klaenhammer T.R. Probiotic bacteria: today and tomorrow // J. Nutr. 2000. ol. 130. P. 415–416.



Р.А. Файзуллина, В.С. Валиев, Ю.А. Тунакова

Современные подходы к использованию сорбционных технологий в коррекции микроэлементных нарушений у детей

1. Аминова А.И. Особенности развития и оптимизация терапии хронического гастродуоденита у детей, проживающих в экологически неблагоприятных условиях: Автореф. дис. докт. мед. наук. Пермь, 2005. 38 с.
2. Беляков Н.А., Соломенников А.В., Журавлева И.Н., Соломенникова Л.О. Энтеросорбция – механизмы лечебного действия // Эфферентная терапия. 1997. Т. 3. №2. С. 20–26.
3. Вельтищев Ю.Е. Экологически детерминированные нарушения состояния здоровья детей // Рос. педиатр. журн. 1999. № 3. С. 7–8.
4. Любченко П.Н. Интоксикационные заболевания органов пищеварения. Воронеж, 1990. 184 с.
5. Микроэлементозы человека: этиология, классификация, органопатология / А.П. Авцын, А.А. Жаворонков, М.А. Риш, Л.С. Строчкова; АМН СССР. М.: Медицина, 1991. 496 с.
6. Осипова Н.В. Клиническое значение изменений содержания микроэлементов в сыворотке крови и желчи у детей с билиарной патологией: Автореф. дис. к.м.н. Казань, 2000. 20 с.
7. Османов И.М. Нефропатии у детей из регионов, отягощенных солями тяжелых металлов и пестицидами (патогенез, синдромология, лечение): Автореф. дис. д.м.н. М., 1996. 38 с.
8. Османов И.М. Роль тяжелых металлов в формировании заболеваний органов мочевой системы // Рос. вестн. перинатол. и педиатр. 1996. № 1. С. 36–40.
9. Особенности гастроэнтерологической заболеваемости у школьников, проживающих в условиях повышенного экологического риска (пособие для врачей) / Е.П. Усанова, О.А. Шапкина, И.Ш. Якубова и др. // Новые организационные формы профилактической и оздоровительной помощи школьникам учреждений общеобразовательного типа. Н. Новгород, 1998. С. 121–140.
10. Особенности реабилитации детей из регионов радионуклидной контаминации / Н.А. Коровина, Н.С. Белова, С.А. Кавун и др. // Экологические и гигиенические проблемы педиатрии. М., 1998. С. 93.
11. Оценка опасности воздействия свинца на детей дошкольного возраста, проживающих в районе размещения медеплавильного комбината / Л.И. Привалова, Б.А. Кацнельсон, О.Л. Малых и др. // Мед. труда и пром. экол. 1998. № 12. С. 32–37.
12. Прокопьева О.В. Микроэлементный дисбаланс, мембранолитические процессы и их коррекция при вторичной оксалатной нефропатии у детей Прибайкалья: Автореф. дис. к.м.н. Иркутск, 2000. 26 с.
13. Рылова Н.В. Особенности формирования заболеваний верхнего отдела пищеварительного тракта у детей (медико-экологические аспекты): Автореф. дис. д.м.н. М., 2009. 38 с.
14. Файзуллина Р.А. Клинико-патогенетическое значение нарушений обмена микроэлементов при хронической гастродуоденальной патологии у детей школьного возраста и разработка методов их коррекции: Автореф. дис. д.м.н. Н. Новгород, 2002. 43 с.
15. Фролькис А.В. Энтеросорбент полифепан в лечении заболеваний органов пищеварительной системы // Тер. арх. 1997. № 2. С. 76–80.
16. Шапкина О.А. Особенности нарушений содержания микро- и макроэлементов при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей и их коррекция: Дисс. к.м.н. Н. Новгород, 1994. 216 с.

П.Л. Щербаков

Антацидные препараты в практике детского гастроэнтеролога

1. Здоровье детей России / Под ред. А.А.Баранова. М., 1999. С. 66–921.
2. Справочник VIDAL. 1999. Б-633.
3. Энциклопедия клинических лабораторных тестов / Под ред. Н. Тица. М.: Лабинформ, 1997. С. 20–21.
4. Graham D.Y. Campylobacter pylori and peptic ulcer disease // Gastroenterology. 1989. V. 96. P. 615–622.
5. Hurlimann S., Abbuhl B., Inauen W., Halter F. Comparison of acid inhibition by either oral high-dose ranitidine or omeprazole // Aliment. Pharmacol. Ther. 8(2):193–201. 1994 Apr.
6. Merki H.S., Wilder-Smith C.H., Walt R.P., Halter F. The cephalic and gastric phases of gastric secretion during H2-antagonist treatment // Gastroenterology. 1991. S. 101(3): 599–606.
7. Modlin I.M. From prout to the proton pump // Schnetztor-Verlag Gmb Konstanz. 1995. P. 81–93.
8. Modlin I.M., Sachs G. Acid related diseases. Gmb. 1998. P. 65–70.
9. Prevention by aluminium phosphate of gastric lesions induced by ethanol in the rat: role of endogenous prostaglandins and sulfhydryls / Duchateau A., Thieffin G., Varin-Bischoff S., Garbe E., Zeitoun P. // Histol. Histopathol. 5(1): 89–94 1990 Jan.
10. Scott D.R., Hersey S.J., Prinz C., Sachs G. Source Actions of antiulcer drugs [letter] // Science, 262(5138):1453-4; discussion 1454-5 1993 Nov 26 6.
11. Wilder-Smith C.H., Halter F., Merki H.S. Tolerance and rebound to H2-receptor antagonists: intragastric acidity in patients with duodenal ulcer // Dig Dis Sci. 1991. 36(12): 1685–1690.

Г.А. Елизаветина

Рациональный подход к выбору спазмолитиков для купирования абдоминальной боли

1. Баранская Е.К. Нельзя допускать, чтобы больные терпели боль в животе // Российские аптеки (специальный выпуск). 2008. С. 2–7.
2. Мишуrowsкая Т.С., Белоусова Е.А. Возможности применения гиосцина бутил бромида (Бускопана) в лечении больных хроническим панкреатитом // Фарматека. 2009. № 13. С. 45–49.
3. Афонин А.В., Драккина О.М., Колбин А.С., Пчелинцев М.В., Ивашкин В.Т. Клинико-экономический анализ спазмолитиков для купирования абдоминальной боли, вызванной спазмом кишки // РМЖ. 2010. № 13 (377). С. 845–849.
4. Белоусов Ю.Б., Леонова М.В. Клиническая фармакология Но-шпы. Метод. пособие для врачей. М., 2008. 30 с.
5. Урсова Н.И. Функциональные расстройства билиарного тракта у детей: современные взгляды и практические рекомендации: Учеб. пособие. М., 2009. 72 с.
6. Минушкин О.Н. Фармакотерапия нарушений моторики желчевыводящих путей // Фарматека. 2004. № 13. С. 1–4.
7. Шульпекова Ю.О. Сравнительная характеристика спазмолитических препаратов, применяемых в практике гастроэнтеролога // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. 2002. № 5. С. 6–11.
8. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения / Под ред. В.Т. Ивашкина. М.: Литтерра, 2003. 1046 с.
9. Делво М., Вингейт Д. Тримебутин: механизм действия, влияние на функционирование ЖКТ и клинические результаты // Журнал международных исследований в области медицины. 1997. № 25. С. 225–246.
10. Яковенко Э.П., Агафонова Н.А., Яковенко А.В., Назарбекова Р.С. Эффективность Мебеверина гидрохлорида в коррекции моторных нарушений кишечника // Болезни органов пищеварения. 2005. Т. 7. № 2. С. 3–7.
11. Минушкин О.Н., Елизаветина Г.А. СРК: современные представления, диагностика, лечебные подходы // Диагностика и лечение болезней органов пищеварения с позиций доказательной медицины. М.: ГМУ УД Президента РФ, 2007. С. 105– 115.



Особенности лечения органов пищеварения



30 ноября 2010 г. в Центральном доме ученых РАН состоялась VIII научно-практическая конференция для врачей гастроэнтерологов, гепатологов и терапевтов Московского региона «Рациональная фармакотерапия в гастроэнтерологии» (организатор мероприятия – компания «Медфорум»). Председатель конференции д.м.н., профессор, главный гастроэнтеролог ФГУ УНМЦ УД Президента России О.Н. Минушкин подчеркнул большую значимость этого форума в эффективном решении проблем современной медицинской науки и практики. В ходе конференции были обсуждены многие вопросы: проблемы лекарственно-индуцированного поражения печени и пути их решения, особенности лечения язвенной болезни, диагностика и лечение хронического гастрита, базовая составляющая терапии заболеваний органов пищеварения, выбор спазмолитиков, современные возможности пребиотической терапии и многие другие.



Рациональный подход к выбору спазмолитиков для купирования абдоминальной боли

О тактике купирования абдоминальной боли шла речь в докладе Г.А. ЕЛИЗАВЕТИНОЙ (к.м.н., доцент кафедры гастроэнтерологии ФГУ УНМЦ УД Президента РФ, Москва).

Абдоминальная боль является ведущим симптомом в клинике большинства заболеваний органов пищеварения независимо от нозологии.

В зависимости от продолжительности и характера течения абдоминальная боль подразделяется на острую и хроническую. Острая боль развивается быстро и продолжается относительно недолго – от минут до нескольких часов. Для хронической боли характерно постепенное нарастание, длительное сохранение или рецидивирование на протяжении недель и месяцев.

По механизму возникновения боль в брюшной полости подразделяется на висцеральную, париетальную (соматическую), отраженную (иррадиирующую).



Висцеральная боль возникает при возбуждении ноцицепторов (болевые рецепторы) органов брюшной полости, иннервируемых вегетативной нервной системой, и обусловлена повышением давления в полости органа, растяжением его стенки. Висцеральная боль чаще тупая, разлитая, без строгой локализации, характеризуется ритмичностью. Боль может быть связана с приемом пищи, временем суток, актом дефекации. Может сопровождаться выраженными вегетативными реакциями: слабостью, потливостью, бледностью, тошнотой, рвотой.

Висцеральная боль, связанная с поражением непарных органов, локализуется в области срединной линии живота. При повреждении пищевода, желудка, желчного пузыря, желчных протоков, поджелудочной железы боль проецируется в эпигастральную область, при патологии толстой кишки, мочевого пузыря, органов малого таза – в гипогастральную область. Поражение парных органов (почки, яичники, маточные трубы) вызывает боль в боковых отделах живота. В месте локализации боли отмечается болезненность при пальпации.

Поскольку большинство органов пищеварения являются полыми органами, механизм формирования боли в значительной степени связан с нарушением тонуса гладкой мускулатуры (с преобладанием гипертонуса). В этих случаях эффективны препараты, нормализующие функцию пораженного органа.

Париетальная боль (соматическая) возникает при раздражении париетальной брюшины и четко локализуется в месте раздражения. Как правило, париетальная боль острая, интенсивная, постоянная, с иррадиацией.

Лекарственная терапия при соматической боли неэффективна и даже противопоказана. В большинстве случаев необходимо хирургическое лечение. Примеры: париетальная боль при перфорации и пенетрации органов брюшной полости.

Иррадиирующая (отраженная) боль локализуется в различных областях тела, удаленных от патологического очага. Иррадиирующая боль передается на участки поверхности тела, которые имеют общую корешковую иннервацию с пораженным органом брюшной полости.

Природа хронической абдоминальной боли может быть органической и/или функциональной. Наибольшую сложность представляет диагностика хронической абдоминальной боли, вызванной функциональными расстройствами пищеварительной системы, когда при детальном обследовании не удается обнаружить ни морфологического, ни органического субстрата, вызвавшего боль, что приводит к диагностическим ошибкам и выбору неправильной тактики ведения больных.

Алгоритм лабораторно-инструментального обследования при абдоминальной боли представлен на схеме 1.

Среди заболеваний органов пищеварения особенно широко распространена функциональная патология. От 30 до 50% пациентов, обращающихся в гастроэн-



Г.А. Елизаветина

терологические кабинеты, имеют симптомы различных функциональных расстройств.

В соответствии с Римскими критериями III (Диагностические критерии функциональных болезней ЖКТ, 2006 г.) выделено несколько общих признаков функциональных расстройств независимо от уровня поражения:

- продолжительность основных симптомов не менее 3 месяцев на протяжении последнего года;
- отсутствие органической патологии и видимого морфологического субстрата;



Схема 1



- множественный характер жалоб со стороны различных органов и систем при общем хорошем соматическом состоянии и благоприятное течение заболевания без выраженного прогрессирования.

Функциональная абдоминальная боль имеет висцеральную природу, сопровождается спазмами и нарушением двигательной функции желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Спазм гладкой мускулатуры – универсальный патологический эквивалент абдоминальной боли – лежит в основе функциональных нарушений ЖКТ. Поэтому следует признать, что спазмолитики могут служить этиотропной терапией при функциональной боли и симптоматической – при спазмах, которые являются симптомом основного заболевания, но не играют роли в патогенезе.

Расслабление гладких мышц сопровождается снижением тонуса

стенки полого органа и внутрипросветного давления. Спазмолитики не только купируют боль, но также способствуют восстановлению пассажа содержимого и улучшению кровоснабжения стенки органа. Важно знать, что спазмолитики не оказывают непосредственного влияния на механизм болевой чувствительности, и их назначение не затрудняет диагностику острой хирургической патологии.

Спазмолитики – самые распространенные лекарственные средства, и в настоящее время наш фармацевтический рынок предоставляет большой выбор этих препаратов. Многие из них разрешены для безрецептурного отпуска и могут применяться без назначения врача.

Спазмолитики представляют собой разнородную группу препаратов разных фармакологических классов. Они отличаются

механизмом и избирательностью действия.

В зависимости от механизма действия спазмолитики делятся на две группы: миотропные и нейротропные (схема 2).

Миотропные спазмолитики в свою очередь делятся на селективные и неселективные.

К селективным для ЖКТ относятся блокаторы кальциевых каналов: пинаверия бромид (Дицетел), отилония бромид (Спазмомен); блокаторы натриевых каналов: мебеверин (Дюспаталин); донаторы оксида азота: изосорбида динитрат, нитроглицерин, нитропруссид натрия.

К неселективным миотропным спазмолитикам относятся ингибиторы фосфодиэстеразы: дротаверин (Но-шпа), папаверин, аминофиллин, бенциклан. Нейротропные спазмолитики, осуществляющие блокаду M₁-, M₂- и M₃-холинорецепторов гладко-мышечных клеток, представлены на схеме 3.

Широкая распространенность и разнообразие мускариновых рецепторов в организме, в том числе в ЖКТ, подтверждают теоретическое обоснование применения холинолитиков.

Выбор спазмолитика при абдоминальной боли в каждом конкретном случае зависит от локализации спазма и спазмолитической активности препарата. В таблице 1 отражены характеристики наиболее часто применяемых в настоящее время спазмолитиков.

Спазмолитический препарат Но-шпа (дротаверин) – одно из наиболее популярных лекарственных средств. Он зарегистрирован в России в 1963 г. и до сих пор является лидером рынка по объему продаж. Механизм действия препарата основан на роли фосфодиэстеразы в процессе мышечного сокращения. Фосфодиэстераза представлена в гладкомышечных клетках всех отделов кишечника, желче- и мочевыводящих путей, сосудистых стенок. Дротаверин блокирует фосфодиэстеразу, оказывая выраженное универсальное спазмолитическое действие, неза-



Схема 2

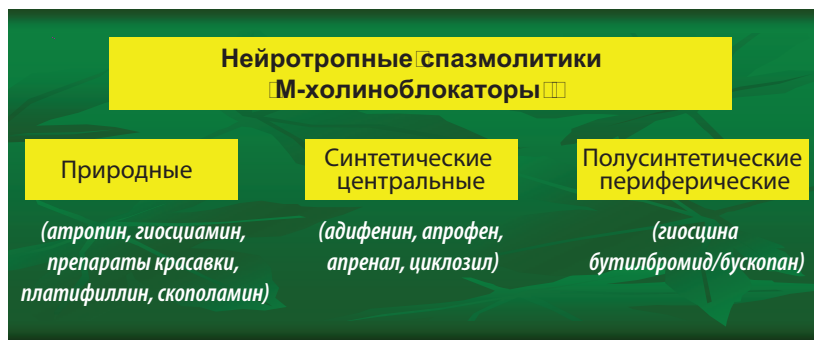


Схема 3



Таблица 1. Характеристика спазмолитической активности препаратов

	Дротаверин	Папаверин	Гиосцин	Мебеверин	Пинаверия бромид	Отилония бромид	Гимекромон	Тримебутин
Желудок	+++	+	++	-	+	+	-	+
Желчевыводящие пути	+++	+	++	++	++	++	++	-
Сфинктер одди	+++	+	++	+	++	+	++++	-
Кишечник	+++	++	+	+++	++	++	-	+++
Мочевыводящие пути	+++	+	+/-	-	+/-	+/-	-	-
Матка	++	+	-	-	-	-	-	-
Сосуды	+	++	-	-	-	-	-	-

висимо от причины, вызвавшей спазм. Но-шпа быстро всасывается и проникает в различные ткани: желудочно-кишечный тракт, билиарную систему, мочевыводящие пути, сосуды, хорошо воздействует на повышенный тонус матки при беременности и родах, эффективна при нефролитиазе и т.д.

Применение Но-шпы предпочтительно в тех случаях, когда боль имеет сочетанную локализацию или склонна к генерализации. У дротаверина отсутствует антихолинергическая активность, что обеспечивает хорошую переносимость препарата.

Но-шпа чаще применяется короткими курсами, для оказания быстрой помощи при коликах, но препарат можно применять и для длительной фармакотерапии хронических заболеваний со спастическим синдромом.

При приеме Но-шпы возможно развитие головокружения, тахикардии, гипотензии. По результатам метаанализа 37 исследований, проведенных с 1964 по 1998 г. с участием 12111 пациентов, частота побочных эффектов составила 0,9%.

Препарат Но-шпа включен в «Стандарты диагностики и лечения болезней органов пищеварения» и «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств» (распоряжение Правительства РФ от 30.12.2009 № 2135-Р).

Часто в процессе принятия решения о применении того или

иного лекарственного средства главным аргументом является стоимость препарата. Всесторонний комплексный фармакоэкономический анализ, проведенный в работе А.В. Афонина, О.М. Дралкина, А.С. Колбина, М.В. Пчелинцева, В.Г. Ивашкина (2010), подтвердил, что Но-шпа имеет отчетливые клиничко-экономические преимущества при лечении абдоминальной боли, обусловленной спазмом, по сравнению с Дюспаталином и Бускопаном. Использование Но-шпы для лечения боли, вызванной спазмом кишки, способствовало наиболее быстрому регрессу симптомов и было экономически выгодным.

Папаверин – ингибитор фосфодиэстеразы, оказывает генерализованный эффект на многие органы, однако действие на миоциты в 5 раз слабее, чем у Но-шпы.

Гиосцин (Бускопан) зарегистрирован в 1958 г. Селективный блокатор M₁- и M₃-холинорецепторов, которые в большей степени представлены в желудочно-кишечном тракте, билиарной системе и в меньшей степени – в гладкомышечных структурах мочевыводящих путей и органов малого таза.

Бускопан не проникает через гематоэнцефалический барьер, поэтому влияние на ЦНС отсутствует. Основным показанием к его применению являются спастические боли, прежде всего при функциональной патологии органов пищеварения. Курс лечения может быть коротким или продол-

жаться до двух недель. Из побочных эффектов отмечаются сухость во рту, сухость кожных покровов, тахикардия, задержка мочи, парез аккомодации, сонливость. Частота побочных эффектов составляет около 14%.

Мебеверин (Дюспаталин) блокирует натриевые каналы, ограничивая поступление натрия в гладкомышечную клетку, и таким образом предотвращает мышечный спазм, а также блокирует поступление внеклеточного кальция, что усиливает антиспастический эффект. Мебеверин селективно действует на тонкую и толстую





кишку и отчасти на желчные пути, не вызывая атонии кишечника. Путем восстановления градиента давления в кишечнике восстанавливается пассаж желчи.

Пинаверия бромид (Дицетел) и **отилония бромид** (Спазмомен)

являются представителями селективных блокаторов кальциевых каналов. Эти селективные миотропные спазмолитики применяются преимущественно у больных с функциональными расстройствами толстой кишки. Эффект дицетела дозозависимый – 7–10% введенной дозы попадает в печень, что позволяет использовать препарат в лечении билиарной боли, но преимуществ в этом отношении перед другими спазмолитиками он не имеет. В качестве нежелательного эффекта может развиваться запор. В настоящее время Спазмомен отсутствует на российском фармакологическом рынке.

Гимекромон (Одестон) обладает избирательным спазмолитическим действием на сфинктер Одди, сфинктер Люткенса, но при этом не влияет на тонус желчного пузыря. Используется исключительно для купирования билиарной боли, не оказывает влияния на другие гладкие мышцы.

Определенную роль в регуляции моторной функции кишечника играют эндогенные опиаты, которые могут стимулировать или замедлять моторику пищеварительного тракта.

В таблице 1 представлен препарат **тримебутин** (Тримедат, Дебридат) – полный агонист опиатных рецепторов. Взаимодействуя с μ -, δ - и κ -рецепторами энкефалинов,

тримебутин нормализует моторику кишечника, повышает болевой порог в толстой кишке, купирует симптомы вздутия и ощущения переполнения кишечника, благоприятно действует как при гипокINETических, так и при гиперкинетических формах нарушений моторной деятельности кишки, то есть обладает универсальным эффектом.

Таким образом, тактика купирования абдоминальной боли определяется причиной возникновения, топографией, интенсивностью и доминирующими механизмами болевого синдрома.

Больные с функциональной болью не нуждаются в назначении анальгетиков независимо от интенсивности болевого синдрома. Выбор спазмолитика зависит от локализации спазма и спазмолитической активности препарата, возможных побочных эффектов и его стоимости.

В настоящее время специалисты располагают большим арсеналом средств, действующих на разные патогенетические звенья спазма гладкой мускулатуры, формирующих боль. Задача врача состоит в том, чтобы выбрать оптимальный спазмолитический препарат, который имеет минимальное число побочных эффектов, позволяет максимально быстро купировать боль и не допустить ее рецидива. ☺

Справка

Галина Алексеевна ЕЛИЗАВЕТИНА

Закончила 1-й Московский медицинский институт им. И.М. Сеченова в 1964 году по специальности «Лечебное дело». Была распределена в Клинику лечебного питания Института питания АМН СССР, где проработала 8 лет. С 1972 года работает доцентом кафедры гастроэнтерологии ФГУ УНМЦ УД Президента РФ, Москва.

В 1970 году защитила диссертацию на соискание степени кандидата медицинских наук. Автор 202 на-

учных работ, в том числе монографии «Язвенная болезнь. Учебное пособие» (1995), 5 методических рекомендаций.

Область научных интересов – диагностические и лечебные подходы при патологии кишечника, желчевыводящих путей.

Участвовала в международных многоцентровых клинических исследованиях, имеет аттестат GCP. Награждена знаком «За добросовестный труд», знаком «Отличник здравоохранения», медалью «850 лет г. Москвы». Имеет высшую квалификационную категорию врача-терапевта.

Чтобы быть хорошей мамой,
нужно все успевать!
Хорошо, что есть Но-Шпа!



Вторая премия
БРЭНД ГОДА/EFPIE 2008

Она работает,
и мне все удастся!



РЕКЛАМА
Рег. номер: П/Р 011854/02 от 02.04.06
П/Р 011854/01 от 26.04.04

НО-ШПА®
Просто работает

- при желчных спазмах
- почечных коликах
- периодических болях у женщин
- болях в желудке

Новинка!
в мини-упаковке
6 таблеток



sanofi aventis
Бизнес — здоровье

Представительство АО «Санofi-авентис груп» (Франция), 115035, Москва, ул. Садовническая, д. 82, стр. 2.
Тел.: (495) 721-1400. Факс: (495) 721-1411. www.sanofi-aventis.ru

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ



Новые технологии в колоректальной хирургии

19 ноября 2010 г. под эгидой Российского научного центра хирургии имени академика Б.В. Петровского РАМН состоялась IV Международная конференция «Российская школа колоректальной хирургии». О своем опыте и новых тенденциях использования малоинвазивных технологий в колоректальной хирургии рассказали известные российские ученые и специалисты, а также авторитетные зарубежные эксперты из ведущих медицинских центров Великобритании, США, Южной Кореи, Израиля, Японии и других стран.



П.В. Царьков, заведующий отделением колопроктологии и хирургии тазового дна Российского научного центра хирургии им. академика Б.В. Петровского РАМН

Работа конференции началась с мастер-классов по открытой и лапароскопической резекции прямой кишки «живой» хирургии. Качественная видеотрансляция из операционной в режиме реального времени и возможность интерактивного общения с оперирующими хирургами (профессоры П.В. Царьков, В.Н. Егиев, И.Е. Хатьков, Н. Chun, R. Bergamaschi) позволяли участникам конференции следить за ходом операции «вживую», замечая мельчайшие детали вмешательства. Школа была продолжена в научных секциях конференции. Профессор John Nicholls (почетный консультирующий хирург больницы Св. Марка, Лондон, председатель программного комитета Европейского общества колопроктологов) в своем выступлении детально остановился на преимуществах методов доказательной медицины в лечении рака прямой кишки. Как известно, эффективность лечения должна определяться частотой местного

рецидивирования. Уже доказано, что предоперационное МРТ может предсказывать возникновение местного рецидива, хотя и не обладает 100% точностью. Одной из важных ступеней в развитии лечения рака прямой кишки стала демонстрация того, что анатомическая хирургия может способствовать снижению частоты местного рецидивирования. «Тотальная мезоректумэктомия, описанная Хилдом, на самом деле была формализацией с доказательствами того, что всегда делали хорошие хирурги, а именно – выделяли прямую кишку в анатомической плоскости между ней и окружающими тканями», – подчеркнул профессор Nicholls. Для лечения рака прямой кишки применяются как хирургический метод, так и лучевая терапия и химиотерапия. Данные ряда мультицентровых рандомизированных контролируемых клинических исследований позволяют сделать следующие выводы: появление рецидива зависит от качества хирургии, его частота уменьшается при использовании предоперационной лучевой терапии; предоперационная лучевая терапия более эффективна, чем послеоперационная; добавление химиотерапии дополнительно снижает частоту местного рецидивирования. Ответ опухоли на химиотерапию связан с исходом опухолевого заболевания, лучевая терапия связана с большим числом осложнений, чем только хирургическое лечение, и приводит к худшим функциональным результатам.

На сегодняшний день в Великобритании около 30% всех



операций производятся лапароскопически. Является ли лапароскопическая хирургия такой же безопасной с онкологической точки зрения, как открытая хирургия? Как показал ряд рандомизированных исследований, достоверная разница между двумя техниками по местному рецидивированию отсутствует. Профессор Shingo Tsujinaka (отделение колоректальной хирургии Jichi Medical University Saitama Medical Center, Япония) сфокусировал свое выступление на роли лучевой терапии в лечении местнораспространенного рака прямой кишки. Основываясь на опыте применения предоперационной лучевой терапии и хирургии в лечении низкого рака прямой кишки, он сделал следующие выводы: выживаемость лучше у тех больных, которые отвечают на лучевую терапию; предоперационная лучевая терапия не приводит к увеличению доли сфинктеросохраняющих операций; лучевая терапия ассоциируется с увеличением числа осложнений, связанных с лечением. «Для успешного исхода лечения необходимо правильно подбирать пациентов, тщательно их обсуждать, взаимодействовать с лучевыми терапевтами и онкологами, обеспечивать уход и внимание стомам, держанию, сексуальной функции, искать полезные факторы прогноза ответа», – отметил профессор Tsujinaka. Многие хирурги в своих выступлениях



отмечали такие преимущества лапароскопической хирургии, как меньшая травматичность, более быстрое восстановление и короткое пребывание в больнице. С результатами применения уникальных методов малодоступной хирургии – SILS и NOTES – познакомил участников конференции профессор Ho-Kyung Chun (руководитель клиники хирургии медицинского центра Самсунг в Сеуле, Южная Корея). Безусловно, техника резекции толстой кишки через один порт, а также методика применения лапароскопических резекций через естественные отверстия без использования трансабдоминальных лапаропортов совершенствуются и, возможно, в будущем будут широко использоваться в российских клиниках. Пока же эти методы, имеющие

ограниченные доказательные данные, являются дорогостоящими и требуют высокого врачебного профессионализма. Как отметил в своем выступлении профессор П.В. Царьков (д.м.н., зав. колопроктологическим отделением с хирургией тазового дна РНЦХ им. академика Б.В. Петровского РАМН), технические усовершенствования последних десятилетий в немалой степени привели к снижению различного рода осложнений и летальности в колоректальной хирургии, в том числе и в нашей стране. В целом на конференции, благодаря профессионализму ее участников, были рассмотрены самые прогрессивные технологии, применяемые для лечения рака прямой кишки. ☺

*Подготовила
С. Евстафьева*





Современные технологии

В ноябре 2010 г. в отделении была выполнена первая в России резекция ободочной кишки с использованием современной технологии однопортового доступа LESS (Laparoscopic Single-Site Surgery, Olympus).

Международная конференция

Организатором конференции Российским научным центром хирургии им. академика Б.В. Петровского РАМН приглашены ведущие специалисты из России, США, Японии, Великобритании, Франции, Турции, Италии для демонстрации и обсуждения современных методик комплексного лечения рака прямой кишки. Во время конференции участники смогут наблюдать за ходом хирургических вмешательств, транслируемых из операционных в режиме реального времени, задавать оперирующим хирургам вопросы и получать на них ответы. Лекционные сессии будут посвящены мультидисциплинарному подходу

Продолжается внедрение новой методики радикального лечения эпителиального копчикового хода, остающегося пока нерешенной проблемой колопроктологии.

С данным заболеванием встречается значительное число молодых людей, и зачастую традиционные техники хирургического лечения не являются эффективными, так как сопровождаются большим числом осложнений и длительным периодом заживления раны. В течение по-

Практическое обучение

По хирургическому лечению синдрома пролапса тазового дна планируется проведение трех «живых» операций. Участникам семинара будут продемонстрированы современные методики применения сетчатых имплантов для коррекции пролапса тазового дна. На лекционной сессии будут обсуждены анатомические, физиологические и хирургические аспекты синдрома тазовой десценции. К участию в семинаре приглашаются хирурги-колопроктологи, гинекологи, а так-

Операция была произведена через единственный небольшой разрез в передней брюшной стенке в области пупка с использованием специальных лапароскопических инструментов и сгибаемой камеры. За прошедшие три месяца было успешно выполнено уже 5 таких операций при неспецифическом язвенном колите, опухолях ободочной и прямой кишки. Кроме прекрасного косметического эффекта (отсутствия дополнительных рубцов на животе), после этой операции пациенты значительно быстрее восстанавливаются, на 3–4 день выписываются из клиники и в скором времени возвращаются к прежнему образу жизни.

23–24 июня 2011 г. состоится V международная конференция «Российская Школа колоректальной хирургии».

в лечении рака прямой кишки. Известные иностранные и отечественные специалисты расскажут о современных возможностях диагностики, предоперационной лучевой и химиотерапии, особенностях хирургических операций и патологоморфологического исследования при раке прямой кишки, перспективах лечения метастатической формы заболевания.

Новые методики

В последние несколько месяцев в отделении применяется метод несрединного разреза и иссечения нагноившегося эпителиального копчикового хода. Первые результаты использования данной методики подтверждают, что с ее помощью стало возможным предотвращать развитие таких серьезных осложнений, как несостоятельность и нагноение раны после традиционного срединного иссечения, избежать длительных (в течение 1–2 месяцев) перевязок и промываний, позволить значительно снизить вероятность развития повторного заболевания в будущем.

В марте-апреле 2011 г. в колопроктологическом отделении с хирургией тазового дна РНЦХ им. академика Б.В. Петровского РАМН состоится очередная мастер-класс.

же все, кому интересны новые тенденции в лечении данной очень актуальной проблемы. Подробности на сайте отделения www.proctosite.ru.

Евразийская Ассоциация Колоректальных Технологий (Е.С.Т.А.) ставит своей целью продвижение, обучение использованию и препятствование злоупотреблению продвинутой технологий для диагностики и лечения заболеваний толстой кишки в странах Европы и Азии, в строгом сотрудничестве с существующими национальными и международными колоректальными обществами.

"Est modus in rebus, sunt certi denique fines, quos ultra citraque nequit consistere rectum"

Oratio, Satirae, I, 1, 106-107



Президент:
Francis Seow-Choen
Почетный президент:
Mario Pescatori

информация: info@ectamed.org, www.ectamed.org

2^{ой} Ежегодный Съезд

Новые технологии в колоректальной хирургии

15-18 июня 2011 - Турин, Италия

Lingotto Congress Center

Президент конгресса: Mario Morino

Организатор: Alberto Arezzo

Научный комитет: Yehiel Ziv (председатель)



ОБСУЖДАЕМЫЕ ТЕМЫ:

- ✓ Местное лечение раннего рака прямой кишки
- ✓ От открытой колоректальной хирургии к роботизированной (открытая, лапароскопическая, NOTES)
- ✓ Предотвращение и лечение осложнений лапароскопической колоректальной хирургии
- ✓ Новинки желудочно-кишечной эндоскопии
- ✓ Хирургическое лечение колоректального рака (ТЭМ, ТМЭ, расширенная лимфаденэктомия) с и без неоадьювантного лечения
- ✓ Лечение геморроя (традиционное, Лонго, THD, HAL, шовное лигирование и пликация)
- ✓ Лечение свищей (лигатурное, фибриновые клеи и пломба, LIFT)
- ✓ Анальное недержание и обструктивная дефекация (физиология и лечение)
- ✓ Новые технологии в развивающихся странах
- ✓ Вопросы биоэтики в колоректальной хирургии

при поддержке:





Болезнь Крона и НЯК

В Москве 12 ноября 2010 г. с успехом прошла монотематическая учебно-практическая конференция «Горизонты наших представлений о воспалительных заболеваниях кишечника болезни Крона и неспецифическом язвенном колите у детей и взрослых».



В одном из залов отеля «Холлидей Инн Москва Сокольники» собрались гастроэнтерологи, эндоскописты, колопроктологи, педиатры, терапевты (участковые терапевты, семейные врачи, больничные ординаторы стационаров), хирурги, врачи других специальностей, а также журналисты. Зал был заполнен до предела – ведь тема конференции оказалась чрезвычайно актуальной. И темы представленных докладов репрезентативно отражали важный срез проблем современной гастроэнтерологии.

В оргкомитет и секретариат конференции вошли такие вид-

ные специалисты, как академик РАМН профессор В.Т. Ивашкин, профессор Н.А. Геппе, профессор С.И. Эрдес, профессор О.С. Шифрин, профессор Е.К. Баранская.

Остановимся более подробно на программе мероприятия. Оно было поделено на четыре секции.

В рамках первой секции «Что мы знаем и почему мы так мало знаем о ВЗК?» (модераторы: Ивашкин В.Т., Геппе Н.А.) были заслушаны следующие доклады: Н.А. Геппе «Место гастроэнтерологической патологии и воспалительных заболеваний кишечника в педиатрии сегодня», Т.А. Демуры «От гена к молеку-

ле и морфологической картине ВЗК», а также мастер-класс В.Т. Ивашкина и Е.А. Полуэктовой «Сравнительная оценка патогенетических механизмов болезни Крона и НЯК. NOD-рецепторы при ВЗК».

Модераторами второй секции «Клинические сценарии ВЗК» выступили Ивашкин В.Т., Геппе Н.А., Царьков П.В. Эта секция состояла из двух дискуссий в президиуме.

После небольшого перерыва конференция продолжила свою работу. Третью секцию «Успехи и трудности лечения ВЗК» (модераторы: Ивашкин В.Т., Геппе Н.А., Эрдес С.И.) открыл доклад О.С. Шифрина «Базовая терапия НЯК и болезни Крона. Международные и российские стандарты». Затем был прочитан доклад Е.А. Корниенко «Современные международные алгоритмы и рекомендации по ведению детей с НЯК и болезнью Крона».

Четвертая секция носила название «Как облегчить жизнь больного с ВЗК». Модераторы: Ивашкин В.Т., Геппе Н.А., Шифрин О.С. Участники конференции смогли прослушать следующие доклады: А.В. Горелова «Внекишечные проявления ВЗК в детстве – мешают они или могут помочь в диагностике», С.И. Эрдес «Долгий путь к диагнозу. Классический портрет и история болезни ребенка с ВЗК в России. Как ускорить процесс диагностики?», О.С. Шифрина «Гастроэнтерит у взрослых с ВЗК» и «Как поддерживать в ремиссии и курировать больных с ВЗК в амбулаторных условиях? Существуют ли международные стандарты и как мы рекомендуем это делать?», Е.К. Баранской «Пробиотики и ВЗК»,



М.Ю. Надинской «Анемия у больных с ВЗК (НЯК и б.К.)», М.М. Лохматова «Значение эндоскопических методов диагностики ВЗК у детей (колоноскопия, капсульная видеоэндоскопия)».

В заключение конференции было констатировано, что теперь ее участники смогут оценить современные научные представления мирового уровня об этиологии и патогенезе воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) у детей и взрослых; совершенствовать первичную диагностику ВЗК – болезни Крона (б.К.), неспецифического язвенного колита (НЯК); узнавать как классические кишечные проявления, так и внекишечные маски патологии, что поможет более ранней диагностике; своевременно выявлять осложнения ВЗК и принимать меры по их устранению. А также овладеть

современными международными алгоритмами и практическими рекомендациями по диагностике и лечению больных с ВЗК в различном возрасте.

Конференция продлилась около 8 часов – практически целый рабочий и чрезвычайно насыщенный день. Следует отметить, что по завершении практически каждой секции проводилось обсуждение докладов, все желающие могли задать вопросы и получить квалифицированные ответы докладчиков. В конце каждой секции также следовало заключение модераторов.

Конференция транслировалась по Интернету. За участие в этом мероприятии врачи могли получить 5 кредитных накопительных единиц непрерывного профессионального развития (НПР), подтверждаемых сертификатом участия. ☺



Академик РАМН профессор В.Т. Ивашкин





Лечение и профилактика дисбактериоза

24 ноября 2010 г. в МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского состоялась Областная научно-практическая конференция «Все о дисбактериозе» (совместное заседание отделений гастроэнтерологии, эндоскопии и Московского областного научного общества терапевтов им. Д.Д. Плетнева – МОНОТ). Приветствуя всех, председатель МОНОТ проф. Ф.Н. Палеев отметил, что заявленная тема интересна всем собравшимся не только «как врачам, но и просто как людям, которые иногда сталкиваются с этой проблемой».

Открыла конференцию д.м.н., проф. Е.А. БЕЛОУСОВА, которая в своем докладе дала четкое определение понятиям «нормофлора» («микробиота»), «биотоп», «дисбиоз» и «дисбактериоз». Последние два часто используют как синонимы, что, по мнению Е.А. Белоусовой, недопустимо. Дисбактериоз – нарушение видового и количественного состояния микробной популяции в определенном биотопе. В некоторых случаях дисбактериоз приводит к дисбиозу. Дисбиоз – нарушение динамического равновесия (эубиоза) и механического взаимодействия в экосистеме «микроорганизм – микрофлора», вызванное дисбактериозом и обуславливающее изменение биохимического, метаболического и иммунологического равновесия организма человека и нарушение

колонизации резистентности. Таким образом, разница в терминах определена тем, что они относятся к разным системам: дисбактериоз – непосредственно к микрофлоре; дисбиоз, являясь следствием дисбактериоза, приводит к нарушению гомеостаза организма человека.

Е.А. Белоусова особенно подчеркнула неправомерность диагноза «дисбактериоз кишечника», так как дисбактериоз – нарушение микрофлоры в определенном биотопе. Допустим диагноз «дисбактериоз толстой кишки» или, если имеется нарушение микрофлоры тонкой кишки, «синдром избыточного бактериального роста (СИБР)» как частный случай дисбактериоза. Синдрому избыточного бактериального роста тонкой кишки, причинам развития и методам коррекции Е.А. Белоусова посвятила отдельный доклад.

О методах диагностики микробных нарушений, позволяющих квалифицировать состояние микробиоценоза в различных биотопах, рассказала д.м.н., проф. М.Д. АРДАТСКАЯ. Она раскрыла преимущества и недостатки таких методов, как бактериологическое исследование кала, ПЦР-диагностика, хромато-масс-спектрометрия микроорганизмов, определение метаболизма микрофлоры, дыхательного теста для диагностики СИБР. Наиболее ориентирован на определение кли-

нической ситуации, которая явилась причиной нарушений в ЖКТ, метод хромато-масс-спектрометрии. Он позволяет оценить живые и мертвые микроорганизмы, определить малые концентрации клеток микроорганизмов на преобладающем фоне биологической жидкости. К преимуществам метода можно отнести также специфичность диагностики анаэробных инфекций и быстроту получения результата.

Продолжила конференцию к.м.н. Н.А. АГАФОНОВА, которая в своем докладе рассмотрела существующие виды коррекции дисбактериоза – диетическую и медикаментозную (в том числе антибактериальные препараты, пробиотики, пребиотики). Сравнение пробиотиков и пребиотиков показало преимущество последних. Они дают более стойкий клинико-бактериальный эффект, наиболее физиологическую оптимизацию. Среди них особенно следует выделить пищевые волокна, так как они наиболее эффективно подавляют аппетит, снижают потребление энергии, изменяют динамику опорожнения желудка.

На конференции поднимались также вопросы о роли лактобактерий в профилактике антибиотикоассоциированных поражений кишечника, о синдроме диареи, о рациональном назначении пробиотиков и пребиотиков. Отметим, что все доклады были ориентированы именно на практикующего врача и были призваны помочь ему определиться в понятиях, терминологии, лечении и профилактике дисбактериоза.

Кроме того, для участников конференции была организована специализированная выставка, на которой были представлены последние достижения в области инновационных лекарственных средств. ☺

Подготовила
А. Зименкова



МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского



Без пафоса, но на высоком уровне

Имя этого уникального врача и человека для российских медиков старшего поколения самым тесным образом связано с яркими достижениями отечественной терапии и созданием научной школы гастроэнтерологии. Наверное, и сам В.Х. Василенко, академик, Герой социалистического труда, счел бы лучшей памятью о себе продолжение его начинаний, в том числе и в виде проведения именно такой научно-практической конференции.

Собственно, и руководитель этого проекта, сопредседатель оргкомитета профессор Г.А. Григорьева (заведующая сектором консервативной колопроктологии Научно-исследовательского центра ММА им. И.М. Сеченова), несколько лет назад взявшись за организацию первых чтений, решила, что идеи Владимира Харитоновича непременно должны найти свое воплощение в работах участников конференций.

Надо отметить одну особенность конференций, организуемых в Первом МГМУ им. И.М. Сеченова, — они выгодно отличаются от многих научных мероприятий отсутствием показной пафосности и некой камерной обстановкой. Впрочем, это ни в коем случае не умаляет актуальности поднимаемых здесь проблем, глубины и обстоятельности выступлений, гармоничного сочетания академизма и клиники.

От имени руководства Первого МГМУ им. И.М. Сеченова нынешнюю конференцию «Актуальные проблемы гастроэнтерологии (Василенковские чтения)» приветствовал первый проректор университета, академик РАМН, профессор И.Н. Денисов. Он подчеркнул, что сегодня в здравоохранении гастроэнтерологические проблемы приобрели особую злободневность, объясняемую не только ростом числа этих забо-

Традиционно в декабре Первый МГМУ им. И.М. Сеченова пригласил всех специалистов на ежегодную научно-практическую конференцию с международным участием «Актуальные проблемы гастроэнтерологии (Василенковские чтения)».

леваний, но и опасностью их сочетания с кишечными инфекциями.

Первое заседание конференции «Новое в гастроэнтерологии» началось с рассказов об учителе. Своими воспоминаниями поделился профессор С.И. Рапопорт (Первый МГМУ им. И.М. Сеченова), долго работавший под руководством В.Х. Василенко. Профессор А.Ю. Барановский (заведующий кафедрой гастроэнтерологии и диетологии в СПбМАПО) в своем выступлении «Прогноз в клинической гастроэнтерологии» рассказал о развитии идей академика Василенко сегодня. Далее докладчики знакомили участников конференции с современными гастроэнтерологическими исследованиями. Несколько работ, что и не удивительно, были посвящены *Helicobacter pylori* («Структурно-функциональное обоснование оптимальных условий проведения эрадикации *H. pylori* в желудке», И.А. Морозов, ИПВЭ им. М.П. Чумакова РАМН; «Неинвазивный метод диагностики уреазной активности *Helicobacter pylori* в клинической практике», Г.В. Цодиков, МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского).

На втором заседании «Инфекции в гастроэнтерологии» обсуждались такие проблемы, как «Фенотипические и генетические маркеры вирулентности условно-патогенных бактерий» (проф. В.М. Бондаренко, НИИЭМ им. Н.Ф. Гамалеи), «Цитомегаловирус и воспалительные заболевания кишечника» (Е.В. Волчкова, Е.А. Белоусова, МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского) и др.



Третье заседание было посвящено различным аспектам синдрома раздраженного кишечника (СРК), его работа прошла в формате круглого стола. Свою профессиональную точку зрения на СРК высказали гастроэнтерологи и колопроктологи, инфекционисты и хирурги. И все специалисты сходились в одном: необходимо совершенствовать методы диагностики и лечения на основе разработки и применения высоких технологий.

Несмотря на большое количество докладов, с которыми выступали ведущие представители вузов, крупнейших учебных, научно-исследовательских учреждений и клиник Москвы и России, добрая традиция Василенковских чтений не была нарушена, и после докладов состоялся обмен научным и практическим опытом, в котором могли принять участие все собравшиеся (всего 210 специалистов). ☉

*Подготовила
Н. Токарева*



Лечение и профилактика гастроэнтерологических заболеваний



18 ноября 2010 г. в Астраханской государственной медицинской академии (АГМА) прошла научно-практическая конференция, посвященная актуальным вопросам гастроэнтерологии в практике врача-терапевта. В ней приняли участие около 200 ведущих специалистов в области гастроэнтерологии из Москвы, Ростова-на-Дону, Ставрополя, Волгограда, Астрахани, а также будущие медики – интерны и студенты старших курсов. В конференции рассматривались современные представления о механизмах развития, диагностики, лечения и профилактики заболеваний органов пищеварительной системы.

Заболевания органов пищеварения относятся к числу наиболее значимых проблем в клинике внутренних болезней. Эта патология занимает восьмое место среди причин временной нетрудоспособности, седьмое – в структуре первичного

выхода на инвалидность, пятое – среди причин смертности. По мнению многих экспертов, одной из основных причин сложившейся ситуации зачастую является банальное отсутствие у терапевтов и специалистов-гастроэнтерологов актуальной информации

о своевременных способах лечения и профилактики гастроэнтерологических заболеваний.

Открыл заседание проректор АГМА по научной и лечебной работе профессор В.И. Григанов. С приветственным словом к участникам выступила заместитель министра здравоохранения Астраханской области Л.А. Гальцева. На конференции большое внимание уделили обсуждению вопроса оптимизации терапии заболеваний печени. Профессор В.Д. Пасечников (г. Ставрополь) выступил с двумя докладами на темы: «Современная терапия вирусного гепатита С: перспективы и результаты» и «Диагностика и неотложная терапия кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта». Приехавшая из столицы профессор МГМУ им. И.М. Сеченова Е.Н. Широкова рассказала о современных подходах к диагностике и лечению холестаза.

Вторая часть заседания была посвящена практическим вопросам диагностики и лечения заболеваний кишечника. Два доклада представил профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии АГМА Б.Н. Левитан: «Синдром раздраженного кишечника: рациональные подходы к лечению» и «Запоры в практике терапевта». Заведующий кафедрой терапии ФПДО СтГМА (г. Ставрополь) В.Д. Пасечников познакомил присутствующих с сообщением на тему: «Боль в животе при отсутствии органической патологии: чем обусловлен этот синдром и как купировать его проявления?»

Далее научно-практическую конференцию продолжили лекции с демонстрацией слайдов



Л.А. Гальцева



Е.Н. Широкова



Б.Н. Левитан

на темы: «Препараты кальция в профилактике и лечении остеопороза при патологии пищеварительной системы» (М.Ю. Фролов, к.м.н., заведующий курсом клинической фармакологии ФУВ ВолГМУ, главный внештатный клинический фармаколог КЗО администрации Волгоградской области); «Функциональная диспепсия и хронический гастрит: одно заболевание или самостоятельные патологические расстройства?» и «Современные подходы к терапии боли при хроническом панкреатите и дисфункции сфинктера Одди»

(В.Д. Пасечников, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой терапии ФПДО СтГМА); «Эрадикация *H. pylori* – залог досрочной ремиссии язвенной болезни» (Т.А. Бычковская, к.м.н., г. Ростов-на-Дону).

Выступление каждого специалиста вызвало большой интерес с последующими дискуссиями. Специалисты-гастроэнтерологи смогли обменяться опытом и пополнить свой багаж медицинских знаний. Кроме того, для участников конференции была организована выставка медицинских журналов и книг. ☺



В.Д. Пасечников





Современные средства лечения запоров у детей

Гастроэнтерология – сфера научных интересов профессора Александра Васильевича Горелова, куратора гастроэнтерологического отделения Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, руководителя детского отделения НИИ эпидемиологии. В интервью журналу он представил современные подходы к лечению запоров и лекарство, которое назначают при запорах как взрослым, так и детям, руководствуясь мировой клинической практикой и результатами собственного исследования.

– Александр Васильевич, так называемым болезням цивилизации, которым так способствует нездоровое питание, малоподвижный образ жизни и стрессы больших городов, дети подвержены не в меньшей степени, чем взрослые. Это не только ожирение, депрессии, но и различные хронические заболевания. Если проблемы сердечнососудистой заболеваемости или любые другие привлекают общественное внимание, то, так скажем, интимную проблему, связанную с желудочнокишечным трактом, – запор – стыдливо замалчивают. Когда родителям следует проявлять настороженность, чтобы не допустить развития заболевания?

– Запор является часто встречающимся клиническим синдромом у детей, который проявляется нарушением процесса опорожнения кишечника. Им страдают от 10 до 25% детского населения нашей страны.

У детей до 3 лет стул должен быть не реже 6 раз, а у детей старше 3 лет не реже 3 раз в неделю. Появление болезненных ощущение

при дефекации, длительное натуживание даже при соответствующей возрасту частоте стула уже позволяют предположить наличие запора. Родителям очень важно не оставлять без внимания ни один эпизод задержки стула у ребенка и стараться своевременно принимать соответствующие лечебные меры, так как на ранних стадиях нарушения моторной функции толстой кишки провести ее коррекцию значительно легче, чем тогда, когда запоры приобретают систематический характер. Суть в том, что если родители не понимают врача и они не считают, что запор нужно лечить, то проблемы будут достаточно серьезные и они не ограничиваются проявляющейся в снижении аппетита, ухудшении настроения и раздражительности интоксикацией. Поэтому лечение запоров начинается с разъяснительной беседы с родителями, и культура питания в ней – важная тема.

– Допустим, врач сумел добиться сотрудничества с родителями в лечении запора у ребенка.

Какие первоочередные меры им следует предпринять?

В первую очередь необходимо обеспечить правильное питание, соответствующее возрасту ребенка. Другой обязательный компонент – двигательная активность. В рационе ребенка после 1 года в достаточном количестве должны быть представлены продукты, содержащие растительную клетчатку и пищевые волокна, кисломолочные и молочные продукты, содержащие биокультуры – пробиотики (бифидо и лактобактерии и др.). Обязательно употребление овощей и фруктов любой кулинарной обработки. Для ребенка также важен питьевой режим – употребление достаточного количества жидкости, чтобы иметь регулярный стул.

– А если уже та ситуация, когда, как говорится, поздно пить «Боржоми»?

Без специалиста гастроэнтеролога, который составит план обследования, уточнит диагноз и потом уже индивидуально подберет терапию, не обойтись. И не с клизмой надо бросаться на помощь при запоре, надо понять, отчего это. Клизма как средство экстренного вспоможения однократно может применяться, но она болезненна для ребенка и небезопасна при ежедневном применении. Потому, собственно, лечим причину – моторное нарушение, подключаем препараты, если диеты и изменения образа жизни недостаточно.

– Медикаментозная терапия непременно включает назначение слабительных средств.



Педиатрическая практика требует поиска препаратов с минимальными побочными реакциями. Для лечения запора у детей из осмотических слабительных предпочтительнее всего препараты лактулозы, макроголя, из стимулирующих слабительных – препарат Гутталакс (активное вещество натрия пикосульфат), применяемый в России для лечения запора у детей старше 4 лет. Данный препарат уменьшает всасывание электролитов и воды, усиливает перистальтику кишечника. Активная форма препарата, образующаяся путем гидролиза под влиянием кишечных микроорганизмов, непосредственно возбуждает нервные структуры кишечной стенки, в результате чего ускоряется продвижение кишечного содержимого. Препарат назначают в начальной суточной дозе 510 капель на ночь сроком на 23 недели.

Чем привлекателен препарат? Нет дозозависимого эффекта, он бесцветный, без вкуса и запаха, и пять капелек в любом количестве жидкости легко принимается – это его преимущество. Потому что, скажем, применяя осмотические слабительные нужно выпивать минимум 200 мл жидкости сразу, иначе препарат не работает. Гутталакс этого не требует, что, согласитесь, очень облегчает жизнь родителям.

– Какие еще средства аптечного ассортимента применяются в терапии запоров?

При гипомоторной дискинезии в комплекс терапии добавляют прокинетики. При гипермоторной дискинезии показаны селективные холинолитики. К препаратам этой группы относятся, например, Бускопан, блокирующий Мхолинорецепторы в стенках внутренних органов и оказывающий спазмолитическое действие на гладкую мускулату-

ру желудочнокишечного тракта, желче и мочевыводящих путей. Назначают Бускопан с 6 летнего возраста по 1 таблетке 2 раза в день сроком на 23 недели.

В гастроэнтерологическом отделении клиники детских болезней I МГМУ им. И.М. Сеченова мы провели собственное исследование по оценке целесообразности использования препаратов Гутталакс и Бускопан у детей, страдающих хроническим запором. У всех пациентов с функциональным и вторичным запором отмечена нормализация дефекации. Не менее важным критерием успешности терапии запора является положительная динамика к окончанию лечения в купировании таких симптомов, как болезненная дефекация, ощущение неполного опорожнения кишечника, которые исчезли у всех пациентов. При применении препаратов ни у одного пациента не было побочных эффектов.

Полученные нами данные свидетельствуют о безопасности и высокой клинической эффективности препарата Гутталакс у детей старше 4 лет, страдающих хроническим запором, особенно вторичным и функциональным. Применение комбинации препаратов Гутталакс и Бускопан у детей старше 6 лет позволяет наряду с нормализацией стула быстрее избавиться от болей в животе, облегчить акт дефекации, улучшить самочувствие детей. Результаты изучения эффективности указанных препаратов подтверждают данные зарубежных ученых и дают полное основание для их широкого применения в педиатрической практике.

– Многие предпочитают сейчас самолечение или в первую очередь проконсультируются с провизором или фармацевтом в аптеке. Как бы Вы рекомендовали поступать?



А.В. Горелов

Отечественная школа педиатрии рассматривает проблему запора комплексно. И поэтому фармацевтам, когда пациент приходит от гастроэнтеролога со списком рекомендованных лекарств, состоящим, например, из желчегонного, пребиотика, спазмолитика и слабительного препаратов, не следовало бы отпускать только одно слабительное. Конечно, на какое-то время поможет, но доктор надеется, что проблема больше не вернется. Врач учитывает все возможные факторы: возраст ребенка, его ранний анамнез, этиологию запора, клинические проявления, наличие осложнений и сопутствующих заболеваний, эффективность ранее проводившегося лечения. Комплексный подход позволяет более надежно добиваться результата. ☺

*Подготовила
В. Павлова*



Идет реформа обязательного медицинского страхования

С 1 января 2011 г. вступил в силу новый закон «Об обязательном медицинском страховании в РФ» от 29.11.2010 № 326-ФЗ. Теперь каждый россиянин имеет право один раз в год самостоятельно выбрать как страховую медицинскую организацию, так и медицинское учреждение и лечащего врача.

Выдавать полисы нового образца в РФ начнут только с 1 мая 2011 г. Однако россиянам не нужно в срочном порядке выстраиваться в очередь на их замену: прежние документы будут действительны вплоть до окончания срока их действия,

пояснил глава ФФОМС Андрей Юрин.

Также на территории субъектов РФ с 2014 г. планируется введение универсальной электронной карты гражданина, в которой будут аккумулироваться данные по всем видам государственного страхования.

Что касается финансово-обеспечения новой системы обязательного медицинского страхования (ОМС), в законе предусматривается переход на преимущественно одноканальное финансирование организаций здравоохранения через систему ОМС и оплату помощи по полному тарифу, при этом тариф должен включать все статьи расходов, кроме расходов на приобретение оборудования стоимостью свыше 100 тыс. руб.

Также законом вводятся заявительный порядок участия в системе ОМС и равные условия для медорганизаций любой организационно-правовой формы, а также частнопрактикующих врачей. Предусматривается установление соплатежа за оказание медицинской помощи неработающим пенсионерам – за счет средств ФФОМС в размере 1 тыс. руб. в год.

Межбюджетные трансферты из бюджета ФФОМС предоставляются в форме субвенций бюджетам территориальных фондов ОМС.

В 2011 и 2012 гг. финансовое обеспечение за счет бюджетных ассигнований в федеральных бюджетных учреждениях осуществляется в виде субсидий, при этом госучреждения регионов и муниципальные учреждения, участвующие в реализации территориальных программ ОМС, не могут быть созданы в виде казенных учреждений. Минимальный размер уставного капитала страховщика, осуществляющего исключительно медстрахование, должен составлять 60 млн руб.

Также вносятся изменения в закон «О защите конкуренции», устанавливающие, что нормы этого закона, которые регулируют особенности отбора финансовых организаций, не будут распространяться на страховые медицинские организации.

Планируется, что скорая медицинская помощь будет включена в базовую программу ОМС с 2013 г., а высокотехнологичная медпомощь – с 2015 г. ☺





Исследователи из Университета Хайфы выяснили, что высокая активность в Интернете может привести к развитию у детей, особенно у девочек-подростков, расстройств пищевого поведения.

В исследовании израильских ученых приняли участие около 250 девочек в возрасте от 12 до 18 лет, отвечавших на разработанные учеными анкеты, касающиеся подростковых предпочтений.

Результаты анкетирования показали: девочки предпочитают телевизионные передачи, посвященные теме питания, избавления от лишнего веса, и стараются сами стать стройнее (даже если их вес в пределах нормы).

Ученые также выяснили, что проведение значительного времени в Интернете, особенно в социальных сетях, приводит к развитию у девочек анорексии и булимии на фоне все

Пищевые расстройства от Интернета

возрастающей неудовлетворенности своей фигурой и попыток исправить ситуацию. Кстати, у девочек-подростков, любящих интересоваться в Интернете модой и музыкой, эта тенденция не столь выражена.

Исследователи считают, что одной из причин подобной ситуации стала возможность продемонстрировать свою внешность в Интернете и естественное желание девочек выглядеть при этом как можно лучше. Более того, именно в социальных сетях подростки активно обмениваются «диетами», другими способами похудения и не задумываясь применяют их на практике.



Источник:

<http://med.israelinfo.ru>

Около 15% жителей США страдают синдромом раздраженной кишки (СРК). И пока ученые пытаются выяснить причины этого состояния, исследователи предлагают различные способы лечения.

Недavno опубликованы результаты небольшого клинического исследования (102 больных СРК в возрасте от 18 до 65 лет), проведенного шведскими учеными из Гетеборгского университета.

Через 3 месяца регулярных занятий гимнастикой, предложенной учеными (упражнения средней-высокой интенсивности – быстрая ходьба или езда на велосипеде в течение 20–60 мин 3–5 раз в неделю), 43% участников эксперимента отметили заметное улучшение состояния – уменьшение схваткообразных болей в животе, вздутия живота, метеоризма, поноса или запора. Гастроэнтерологи также отметили

Гимнастика для раздраженного кишечника

в этой группе улучшение качества жизни пациентов. А у больных из контрольной группы – ведущих свой обычный образ жизни с минимальными физическими нагрузками – улучшение отмечалось только у 25%.

Доктор Riadh Sadik пояснил полученные результаты: «Для людей, ведущих малоподвижный образ жизни, даже умеренное увеличение нагрузки может значительно уменьшить симптомы СРК (способствуют перистальтике, а значит, отхождению газов, облегчают запор), кроме того, это улучшает здоровье в целом».



Источник: <http://abbottgrowth.ru>

Австралийские специалисты обнаружили, что рис опасен для детей в возрасте до 1 года. Он может стать причиной тяжелых аллергических реакций.

Педиатры наблюдали за малышами в течение 16 лет. Оказалось, что тяжелыми для желудка младенца являются овощи, мясо, яйца, арахис, зерновые: они могут провоцировать

Рис вреден для младенцев

диарею или рвоту. К проблемам с желудком приводило также коровье и соевое молоко.

Но «вне конкуренции» рис – для младенцев самый опасный, так как может привести к хроническому поражению кишечной функции и колиту. Врачи не рекомендуют часто давать ребенку рисовую кашу, а также кормить его рисом, если у малыша есть проблемы с желудком.

Источник: www.smachno.ua



Механизм защиты пищеварительного тракта от E. coli

Недавние исследования, проведенные учеными из Научно-исследовательского центра аллергии и иммунобиологии RIKEN в Йокогаме, показали не только то, что бифидобактерии защищают мышей от энтерогеморрагической палочки E. coli (ЕНЕС), производящей токсины, который провоцирует диарею, геморрагический колит, но и за счет чего это происходит.

В эксперименте исследователи использовали два штамма бифидобактерий, который вводились разным группам грызунов, а затем инфицировали животных ЕНЕС. Оказалось,

Австралийские и японские ученые обнаружили механизм, посредством которого пробиотические бактерии защищают пищеварительный тракт от кишечной инфекции E. coli.

штамм бифидобактерий, более активный в реакциях преобразования углеводов, обеспечивал наиболее эффективную защиту от ЕНЕС.

Ученые полагают, что создаваемая бифидобактериями кислая среда повышает стойкость стенок кишечника мышей к воздействию токсина, мешая ему проникать в кровь.

Источник: <http://medicine.newsru.com>



Друг онколога

Возможности собачьего обоняния медики изучают уже не первый год. Предыдущие эксперименты убедительно показали, что нос этого животного в состоянии определить у пациента рак мочевого пузыря, легкого, яичников и молочной железы.

В исследованиях группы ученых под руководством Hideto Sonoda из Университета Кюсю (город Фукуока) приняла участие 48 пациентов с раковым заболеванием кишечника и 258 добровольцев без онкологических проблем. В 98% случаев собака точно выявляла случаи заболевания раком кишечника.

Благодаря своему обонянию собаки могут почти безошибочно диагностировать рак кишечника на ранних стадиях развития, считают японские ученые.

Эти результаты позволили исследователям предположить, что раковые клетки могут синтезировать ряд специфических веществ, улавливаемых чутким носом собаки. Определив их структуру, по мнению ученых, можно создать и особые датчики, диагностирующие рак кишечника на ранних стадиях. А это поможет значительному числу больных сохранить жизнь, так как на ранней стадии заболевание в 90% случаев поддается хирургическому лечению.

Источник: <http://Gzt.ru>

Гастрономические предпочтения неандертальцев



Ученые, обследовавшие костные останки неандертальцев (возраст – 44000–36000 лет) из Ирака и Бельгии, пришли к интересным выводам, серьезно меняющим современное представление об этих гоминидах. Трудно считать «примитивными обезьянами» существ, которые запекали зерна ячменя, варили их, то есть имели собственную технологию приготовления злаков. Антрополог Аманда Хенри (Центр углубленных исследований па-

Ученые, изучившие найденные между зубами древних людей окаменевшие остатки пищи, сделали интересные выводы. Например, наши далекие пращуры любили сладкое.

леобиологии гоминидов), которая ведет эти изыскания, подчеркивает, что анализ местности, где были найдены останки, свидетельствует в пользу того, что в рацион неандертальцев входили также финики, орехи и растения – ближайшие ботанические родственники лагука и цикория. Данные исследования показывают, что рацион древнего предка человека был вполне разнообразен и сбалансирован. Ученые считают, что, вероятнее всего, именно это помогало им развиваться.

Источник: <http://medicine.newsru.com>



Галина Беляева: «Ситуацию с лечением гастроэнтерологических больных в нашем регионе благополучной считать нельзя»

– Галина Сергеевна, какова структура оказания гастроэнтерологической помощи населению Тверской области?

– Специализированная гастроэнтерологическая помощь в Тверском регионе как жителям Твери, так и жителям области в настоящее время оказывается главным образом в ГУЗ «Областная клиническая больница» (ОКБ). До 2010 г. документом, регламентировавшим оказание специализированной гастроэнтерологической помощи населению, был приказ МЗ СССР № 560, изданный еще в 1979 г., согласно которому ставки гастроэнтеролога выделялись только в штатах федеральных областных лечебных учреждений из расчета 0,07 ставки на 100 тыс. населения. В соответствии с этим приказом в Тверской области, где в настоящее время проживает более 1,36 млн человек, на все население была положена 1 ставка гастроэнтеролога, и только в федеральном учреждении здравоохранения. Однако эти нормативы носили рекомендательный характер, и количество врачей-гастроэнтерологов в Тверской области регулировалось Департаментом здравоохранения Тверской области по факту выполненной работы в соответствии с Программой госгарантий, утвержденной Законодательным собранием Тверской области.

Подразделением для оказания амбулаторной консультативной помощи населению региона явля-

В последние годы в связи с реализацией нацпроекта «Здоровье» и вниманием, которое уделяется совершенствованию оказания медицинской помощи населению страны, толчок в развитии получили многие направления здравоохранения. Однако некоторые его области, незаслуженно оставшиеся на положении «золушек», испытывают серьезные трудности, негативно сказывающиеся на здоровье наших граждан. К таким проблемным отраслям, по всей видимости, относится гастроэнтерология, в то время как по степени распространенности эта патология занимает одно из первых мест. О проблемах гастроэнтерологической службы здравоохранения региона тверскому корреспонденту журнала «Эффективная фармакотерапия в гастроэнтерологии» Татьяне Тюриной рассказала главный гастроэнтеролог Департамента здравоохранения Тверской области, доцент кафедры госпитальной терапии Тверской государственной медицинской академии, заведующая гастроэнтерологическим отделением ГУЗ «ОКБ» г. Твери, к.м.н. Галина Сергеевна БЕЛЯЕВА.

ется областная консультативная поликлиника, в которой в настоящее время ведут прием 2 врача-гастроэнтеролога (2,5 ставки), принимающие пациентов по направлениям поликлиник города Твери и районов области. Кроме того, гастроэнтерологи ведут амбулаторный прием в Диагностическом центре Тверской медалакадемии (1,5 ставки) и в поликлинике № 8 г. Твери (1 ставка). В ЦРБ области, как и в остальных поликлиниках Твери, специали-

сты гастроэнтерологи в настоящее время отсутствуют.

Стационарная специализированная гастроэнтерологическая помощь населению г. Твери и области оказывается в гастроэнтерологическом отделении ОКБ (45 коек, 4 врача-гастроэнтеролога), городское специализированное гастроэнтерологическое отделение для пациентов из Твери отсутствует.

В соответствии со сложившейся ситуацией основную помощь пациентам с гастроэнтерологической



Доцент кафедры госпитальной терапии Тверской государственной медицинской академии, заведующая гастроэнтерологическим отделением ГУЗ «ОКБ» г. Твери, к.м.н. Галина Сергеевна Беляева



Врачи гастроэнтерологического отделения ГУЗ «ОКБ» обсуждают результаты обследования больного

патологией в нашем регионе оказывают участковые терапевты. К гастроэнтерологу направляются главным образом больные, требующие дополнительного обследования, а также те, лечение которых у терапевта оказалось неэффективным. Также в ГУЗ «ОКБ» наблюдаются пациенты с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона), с хроническими аутоиммунными или наследственными обменными заболеваниями печени, с редкими заболеваниями органов пищеварения.

– Насколько остро стоит вопрос о необходимости расширения оказания гастроэнтерологической помощи населению Тверской области?

– Ситуацию с лечением гастроэнтерологических больных в нашем регионе благополучной считать нельзя. В целом за последние годы в Тверской области отмечается рост заболеваемости патологией органов пищеварения, которая находится на 3-м месте по частоте после болезней системы кровообращения и органов дыхания. При этом особенно возросло количество пациентов с болезнями печени (в 2 раза), хроническими воспалительными заболеваниями кишечника (в 3 раза) и поджелудочной железы (более чем в 4 раза). Так, за последние 10 лет число пациентов, госпитализированных в гастроэнтерологическое отделение ГУЗ «ОКБ» по поводу хронических заболеваний печени, выросло в 2,4 раза, неспецифического язвенного колита и болезни Крона – в 3 раза, а с хроническим панкреатитом – в 3,8 раза. Хотя за последние годы и отмечено снижение заболеваемости язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки (1993 г.– 1654,3 на 100 тыс. населения, а в 2009 г.– 1201,1 на 100 тыс. населения), летальность от осложнений язвенной болезни растет (за тот же период в 1,8 раза). Так, например, за январь-февраль

2010 г. от осложнений язвенной болезни в регионе умерло 17 человек (13 мужчин и 4 женщины), пожилой возраст которых (64 и 71 год в среднем соответственно) не позволяет исключить развитие осложненных острых лекарственных язв у лиц, принимающих малые дозы аспирина или НПВП.

Смертность от болезней органов пищеварения в регионе обусловлена в первую очередь патологиями, вызванными злоупотреблением алкоголем: цирроз печени (52%), острый и хронический панкреатит (13%), острый алкогольный гепатит (11%). При этом мужчины умирают в 1,7 раза чаще, чем женщины; средний возраст умерших от острого алкогольного гепатита составляет в среднем 48 лет, а от острого панкреатита и цирроза печени – 55 лет.

Не может также не вызывать тревогу рост заболеваемости злокачественными новообразованиями в Тверском регионе (2003 г.– 351,2 на 100 тыс. населения, 2009 г.– 423,2 на 100 тыс. населения), среди которых рак органов пищеварения занимает более 20%. Поскольку именно хронические заболевания органов пищеварения нередко являются предраковыми состояниями, то именно их диагностике и лечению нужно уделять особое внимание в первичной профилактике онкопатологии.

В соответствии с новым приказом Минздравсоцразвития РФ от 2 июля 2010 г. № 415н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению при заболеваниях гастроэнтерологического профиля» (Приложение 2) рекомендуемый штатный норматив составляет 1 должность врача-гастроэнтеролога, ведущего амбулаторный прием, на 50 тыс. взрослого населения, соответственно, это 27 ставок врачей-гастроэнтерологов на Тверскую область. При этом, согласно приказу, в стационарах помощь взрослому населению



должны оказывать 15 гастроэнтерологов, а количество гастроэнтерологических коек должно составлять 179. Между тем число специалистов-гастроэнтерологов, работающих в амбулаторном звене Тверского региона, в 6 раз меньше, а в стационаре – в 4 раза меньше, чем рекомендуется в приказе.

Дефицит врачей-гастроэнтерологов как в амбулаторном, так и в стационарном звене частично восполняется за счет интенсификации их труда. За последние 10 лет более чем в полтора раза возросло количество пациентов, принятых гастроэнтерологами в поликлинике и пролеченных в стационаре областной клинической больницы. Нагрузка на врача-гастроэнтеролога в поликлинике ГУЗ «ОКБ» составляет 2,8 больных/час, что превышает установленные нормативы и не может не сказываться на качестве оказания помощи. Дефицит врачей-гастроэнтерологов, оказывающих бесплатную медицинскую помощь, привел к развитию в регионе платных медицинских услуг. Даже в ГУЗ «ОКБ», где любой пациент может получить медицинскую помощь бесплатно, в 2009 г. 1795 гастроэнтерологических больных (19,1%) предпочли консультацию специалиста в отделении платной медицинской помощи.

– Какие первоочередные задачи стоят перед гастроэнтерологической службой региона?

– В целях улучшения диагностики болезней органов пищеварения и выявления рака органов ЖКТ на ранних стадиях необходимо не только увеличить количество специалистов-гастроэнтерологов и гастроэнтерологических коек, но и одновременно наладить адекватную работу диагностических подразделений гастроэнтерологической службы. Постановка диагноза заболеваний органов пищеварения, исключение онкопатологии практически всегда требуют

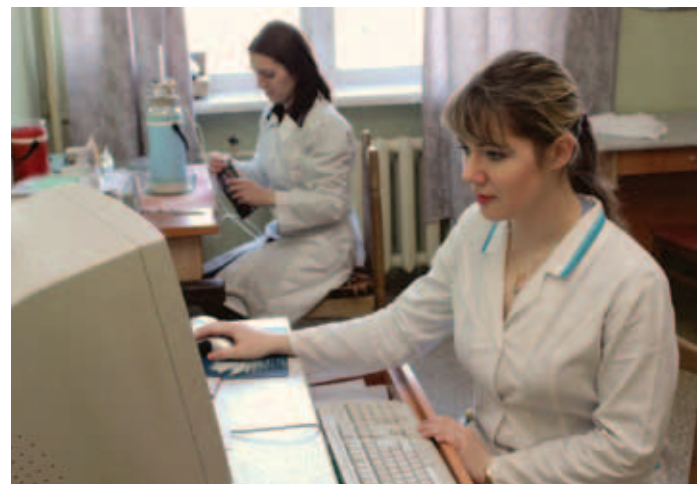


В палате гастроэнтерологического отделения ГУЗ «ОКБ»

дополнительных методов обследования – рентгенологических, эндоскопических, лабораторных.

Диагностические возможности наших врачей, безусловно, расширились благодаря приобретению за последние годы больницами города компьютерных томографов, а также выполнению в Диагностическом центре ТГМА эндосонографических исследований. Другие же традиционные области медицинской диагностики за последние 15 лет в Тверской области не только не получили развития, но и испытывают острый дефицит как аппаратуры, так и медицинских кадров. Достаточно сказать, что в эндоскопическом подразделении ОКБ имеется только 1 колоноскоп, последние 3 года нет дуоденоскопа, не хватает специалистов – как рентгенологов, так и эндоскопистов. Так что перед гастроэнтерологической службой Тверской области стоит много задач в сферах не только диагностики и лечения

заболеваний, но и диспансеризации, реабилитации пациентов. И главное условие положительных сдвигов – кардинальное улучшение диагностической службы и приток в регион достаточного числа гастроэнтерологов. ☺



Гастроэнтерологическое отделение ГУЗ «ОКБ». Кабинет для проведения суточного мониторинга рН. Подготовка к обследованию



РОСЛИ

Российское общество
по изучению печени

ГЕПАТОЛОГИЯ СЕГОДНЯ

2011

- 16-й Ежегодный конгресс, посвященный актуальным проблемам в гепатологии.
- В программе конгресса доклады ведущих гепатологов России, а также специалистов из других стран.
- Ждем вас в Москве 21-23 марта 2011 года.
- Подробности на сайте: www.RSLS.ru и по телефону: +7 (495) 663-90-88.

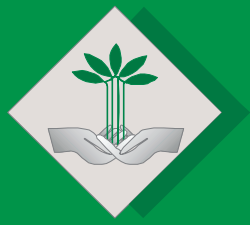
Адрес проведения конгресса:
г. Москва, Проспект Мира, д. 119, стр.
55, Всероссийский выставочный центр
(ВВЦ), павильон № 55 "Электрификация",
метро ВДНХ.



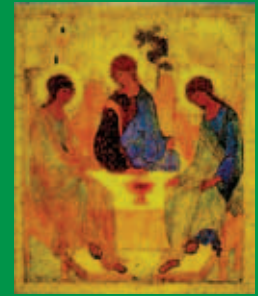
Анонс мероприятий по гастроэнтерологии на 2011 год

Название, тематика мероприятия	Дата проведения	Место проведения
XXXVII сессия ЦНИИ гастроэнтерологии и XI съезд Научного общества гастроэнтерологов России «Патология органов пищеварения и ассоциированные с ней заболевания. Проблемные вопросы и пути решения»	<i>1–2 марта</i>	г. Москва, ул. Новый Арбат, 36/9
XVI Российская конференция «Гепатология сегодня»	<i>15–17 марта</i>	г. Москва, пр. Мира, 150
V клинический конгресс «60-я весенняя сессия» • Мастер-класс гастроэнтерологии • 15 лет Национальной школе гастроэнтерологов, гепатологов 1996–2011 гг.	<i>18–20 марта</i>	г. Москва, пр. Вернадского, 84
II Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы эндоскопии» «Эндоскопия в диагностике и лечении заболеваний пищевода»	<i>24–25 марта</i>	г. Санкт-Петербург, Московский пр., 97а
Конгресс инфекционистов	<i>28–30 марта</i>	г. Москва, пл. Европы, 2
Научно-практическая конференция «Функциональные и воспалительные заболевания кишечника в повседневной практике»	<i>8 апреля</i>	г. Москва, ул. Щепкина, 61/2
XVIII конгресс «Человек и лекарство»	<i>11–15 апреля</i>	г. Москва, пр. Вернадского, 84
XIII Международный медицинский Славяно-Балтийский форум «Санкт-Петербург – Гастроэнтерология – 2011»	<i>18–20 мая</i>	г. Санкт-Петербург, Московский пр., 97а
Конференция памяти профессора В.И. Кныша «Современные принципы диагностики и лечения колоректального рака»	<i>26–27 мая</i>	г. Москва, Каширское шоссе, 23/2
Научно-практическая конференция по вопросам гастроэнтерологии (организатор – ООО «Медфорум»)	<i>июнь</i>	г. Москва, ул. Пречистенка, 16
Монотематическая конференция «Pancreas-2011»	<i>9 июня</i>	г. Москва, место проведения уточняется
V Международная конференция «Школа колоректальной хирургии»	<i>24–25 июня</i>	г. Москва, место проведения уточняется

МЕДФОРУМ



XVIII РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС «ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО»



11–15 апреля 2011 года г. Москва

ОСНОВНЫЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНГРЕССА:

■ Хронические неинфекционные заболевания человека: профилактика, лечение, мониторинг, стратегии сокращения факторов риска ■ Первичная медико-социальная помощь: пути совершенствования ■ Медицинская этика, деонтология, мораль современного врачебного сообщества ■ Стратегия и тактика лечения основных заболеваний человека с позиций доказательной медицины ■ Инновационные технологии профилактики и оказания медицинской помощи детям ■ Новые технологии диагностики и терапии инфекционных заболеваний ■ Актуальные вопросы неврологии и психиатрии ■ Эндокринологические заболевания в акушерско-гинекологической практике ■ Безопасность применения лекарственных средств ■ Информационные технологии в медицине

Организационные формы: пленарные доклады, актовые лекции, пленумы, конференции, телеконференции, научные симпозиумы, дискуссии, совещания, деловые встречи, клинические разборы, лекции для практикующих врачей, образовательные семинары, школы для практикующих врачей, конкурсы научных работ молодых ученых, Конкурс студенческих научных работ

ШКОЛЫ ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ:

- Кардиология
- Ревматология
- Неонатология
- (артериальная гипертония)
- Эндокринология (сахарный диабет)
- Педиатрия (оказание догоспитальной помощи)
- Гастроэнтерология
- Онкология
- Педиатрия (кардиология)
- Пульмонология
- Гематология (клиническая гемостазиология)
- Неврология

КОНКУРСЫ НАУЧНЫХ РАБОТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ:

- Кардиология
- Внутренние болезни
- Гастроэнтерология
- Стоматология
- Клиническая фармакология

КОНКУРС СТУДЕНЧЕСКИХ НАУЧНЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ:

- «Лечение основных заболеваний человека»

В рамках Конгресса проходит выставка современных лекарственных средств, новых информационных технологий, изделий медицинского назначения и специализированных изданий

К Конгрессу готовится «Федеральное руководство по использованию лекарственных средств» (XII выпуск).

<i>Прием документов</i>	<i>Дата начала</i>	<i>Дата окончания</i>
Заявки на симпозиум, телеконференцию, семинар, дискуссию, лекцию (доклад) и пр.	01. 09. 10	30. 12. 10
Тезисы	01. 09. 10	15. 12. 10
Конкурсные работы	01. 09. 10	18. 01. 11
Регистрационные карты	01. 09. 10	05. 04. 11
Заявки на участие в Выставке	01. 09. 10	11. 03. 11

КОНТАКТЫ:

Тел/факс: (499) 267-50-04, (499) 261-22-09 (секретарь)
Тел: (495) 785-62-72 (научная программа), (495) 785-62-71 (выставка и реклама)
E-mail: publish@medlife.ru (тезисы)
reg@medlife.ru (регистрационные карты)
trud@medlife.ru (заявки на участие в научной программе, конкурсные работы)
stend@medlife.ru (заявки на участие в выставке)

Официальный сайт Конгресса: <http://www.medlife.ru>

Адрес для переписки: 109153, Москва, а/я № 52 Секретариат Оргкомитета конгресса «Человек и лекарство»