

# Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я **Ф**армакотерапия в гастроэнтерологии

**№ 2**  
ИЮНЬ 2009

Терапия функционального запора

Лечение заболеваний ЖКТ,  
вызванных бактериальной флорой

Заболевания поджелудочной железы

**Тема номера:**

**ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА**



# Де-Нол®

висмута трикалия дицитрат



## НА ЗАЩИТЕ КАЖДОЙ КЛЕТКИ

- Компонент эрадикационной терапии *H. pylori* первой линии<sup>1,2</sup>
- Качественное лечение гастритов и пептических язв<sup>3,4</sup>
- Терапия синдрома раздраженного кишечника с преобладанием диареи<sup>5</sup>

(1) Коллектив авторов, 2008

(Третье Московское соглашение с дополнениями)

(2) Malfertheiner P. et al., 2005 (The Maastricht 3 Consensus Report)

(3) Аруин Л.И., 2006

(4) Маев И.В. и соавторы, 2008

(5) Парфенов А.И. и соавторы, 2006

V Научно-практическая конференция

# «РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ»

**26 ноября 2009 г.**

Москва, Центральный дом ученых РАН,  
ул. Пречистенка, д. 16

## В программе конференции:

- лечение язвенной болезни: рецидивы и профилактика
- билиарная недостаточность: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение
- хронический панкреатит: патогенез, диагностика, фармакотерапия
- холестатические заболевания печени, алгоритмы лечения
- хронический запор, тактика лечения
- воспалительные заболевания кишечника
- дисбактериоз кишечника: новые подходы к лечению и профилактике
- хронические гастриты – современные алгоритмы лечения
- профилактика НПВП – гастропатий
- применение пробиотиков в практике гастроэнтеролога
- синдром раздраженного кишечника: диагностика, профилактика, лечение
- гепатопротекторы – эффективная фармакотерапия
- системный подход к терапии алкогользависимой патологии пищеварительной системы
- эндоскопия кишечника
- биологически активные добавки (БАД) в клинической практике гастроэнтеролога

ОРГАНИЗАТОРЫ КОНФЕРЕНЦИИ

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

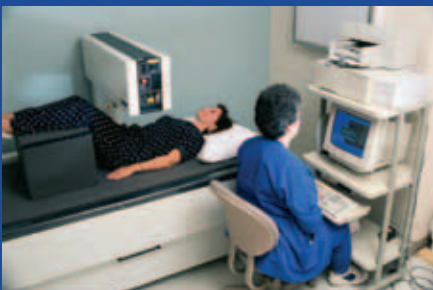
При поддержке

Научного общества гастроэнтерологов России  
Ассоциации терапевтов и врачей общей практики Московской области  
Научный модератор конференции – д.м.н., профессор **О.Н. Минушкин**

Проводится выставочная экспозиция **«МЕДЭКСПО-2009»**  
Организатор выставочной экспозиции компания «МЕДФОРУМ»  
Менеджер по организации конференций Елена Битева  
(495) 234 07 34, 611 46 77; e-mail: expo@webmed.ru



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



### Здравоохранение сегодня

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

### Фармакоэкономика

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

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

Фармакоэкономический анализ в гастроэнтерологии.

### Доказательная медицина

Стандартизация и качество медицинской помощи.

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

### Непрерывное образование

Медицинская кафедра: инновации, технологии, методики.

Практические школы и лекции для лечащих врачей.

Обзоры, рефераты, дайджесты, зарубежный опыт.

### Форум

 (календарь медицинских мероприятий)

Медицинские специализированные мероприятия в области гастроэнтерологии и здорового питания.

Тематический календарь основных российских

и международных выставок, конгрессов, конференций.

Международные проекты и исследования.

Зарубежные новости медицины и фармации в области гастроэнтерологии.

### Компании и их продукция

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

Фармакологический справочник – информация о современных препаратах.

### Основные рубрики журнала

Здравоохранение сегодня

Фармакоэкономика

Эффективная фармакотерапия

Доказательная медицина

Качественная клиническая практика

Непрерывное образование врачей

Наука

Компании и их продукция

Социальная ответственность бизнеса

Форум

### СИСТЕМА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИЗДАНИЯ

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

### СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ:

Управления здравоохранения регионов России

Главные гастроэнтерологии федеральных округов

Главные гастроэнтерологии субъектов РФ

«Реестр врачей гастроэнтерологов, гепатологов, терапевтов России»

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

Медицинские НИИ, институты питания

Коммерческие медицинские центры

Страховые медицинские компании и их клиенты

Научные гастроэнтерологические общества



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

## Редакция журнала

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

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

выпускающий редактор **В. Павлова**  
(e-mail: redaktor@webmed.ru)

ответственный секретарь **О. Разговорова**  
арт-директор **Д. Иллин**

дизайнер **Г. Шингарев**

корректор **Ю. Морозова**

набор **Е. Виноградова**

подписка и распространение **Т. Кудрешова**

менеджер по организации конференций **Е. Битева**

## Председатель редакционного совета

**О.Н. Минушкин** (Москва)

## Редакционный совет

**Е.А. Белоусова** (Москва)

**Ю.В. Васильев** (Москва)

**И.В. Зверьков** (Москва)

**В.А. Исаков** (Москва)

**А.В. Калинин** (Москва)

**Л.Б. Лазебник** (Москва)

**В.А. Максимов** (Москва)

**П.А. Никифоров** (Москва)

**М.Ф. Осипенко** (Новосибирск)

**В.Д. Пасечников** (Ставрополь)

**С.К. Терновой** (Москва)

**Е.И. Ткаченко** (Санкт-Петербург)

## Контактная информация

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

Тираж 8500 экз.

Перепечатка материалов разрешается  
только с письменного разрешения редакции.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

Свидетельство о регистрации средства массовой информации  
N 106-77051 от 08.09.2005 г.

№ 2 июнь 2009

## СОДЕРЖАНИЕ

Медицинские новости **4**

### тема номера: язвенная болезнь желудка

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

Эффективность и место препарата Панавир в лечении язвенной болезни **6**

### клинические исследования

**О.Н. Минушкин, И.В. Зверков,  
А.П. Осокина, М.А. Михалева**

Оценка эффективности препарата Югланэкс  
в терапии функционального запора **10**

### клиническая эффективность

**И.В. Воскобойникова, В.К. Колхир, О.Н. Минушкин**

Лактитол (Экспортал®) – эффективное и безопасное слабительное **14**

### форум (конференции, выставки, семинары)

Альфа Нормикс: возможности применения  
в гастроэнтерологической практике **18**

### опыт регионов

«Нижегородцев атакуют панкреатит и гепатит»

*Интервью с главным гастроэнтерологом*

*Нижегородской области Еленой Колодей*

**24**

## Новый подход, позволяющий прогнозировать исход терапии гепатита С

**В**ирус гепатита С вызывает гепатит и существенно увеличивает риск развития рака печени. Лечение гепатита С обходится достаточно дорого, имеет серьезные побочные эффекты и оказывается неэффективным примерно у половины пациентов.

В настоящее время наиболее популярная терапия гепатита С – интерферон и интерферон в сочетании с рибавирином (комбинированная терапия). На протяжении 6 и более месяцев человек, инфицированный вирусом гепатита С, должен регулярно делать подкожные инъекции, принимать иммуностимулирующие препараты. Стоимость лечения составляет 4–6 тыс. долл. за полугодовой курс. Американские ученые из университета Сент-Люис, расположенного в штате Миссури, предложили новый подход, позволяющий с достаточно высокой точностью прогнозировать исход терапии гепатита С еще до начала лечения. Такой подход должен оптимизировать терапию гепатита С, избавив пациента от лиш-

ней боли и неоправданных финансовых затрат.

Команда исследователей, которую возглавили John Tavis и Rajeev Aurora, использовали метод ковариационного анализа для оценки вариаций аминокислотной последовательности генов в вирусе гепатита С, выделенного из крови пациента до начала терапии.

Используя этот метод, ученым удалось обнаружить ряд сопряженных изменений в аминокислотной последовательности, которые ассоциируются с положительным ответом на терапию гепатита С.

Авторы нового метода считают, что их открытие может быть использовано для разработки специальных тестов, которые позволят прогнозировать ответ пациентов на проводимую терапию, а также для разработки новых противовирусных препаратов. Исследование опубликовано в журнале «Journal of Clinical Investigation».

Источник: [www.paininfo.ru](http://www.paininfo.ru)

## В борьбе с язвой желудка поможет глутамин

**П**очти 20 лет назад было установлено, что бактерии *Helicobacter pylori* отвечают за язву желудка. С тех пор антибиотики стали главным способом борьбы с бактериальной инфекцией, которая затрагивает примерно 6% мирового населения, а также является основной причиной рака желудка. Но сегодня бактерии становятся все более устойчивыми к антибиотикам. Американские исследователи медицинского центра Beth Israel Deaconess и Массачусетского института технологий нашли альтернативный профилактический метод против язвы желудка: они полагают, что аминокислота глутамин будет полезна против повреждения желудка бактериями. По мнению гастроэнтерологов, дополнения глутамина в рацион питания защитят желудок от действия *H. pylori*, которая ослабляет слизистую оболочку и затрагивает работу клеток, вызывая чрезмерный иммунный ответ, неэффективный против инфекции. Глутаминовые добавки позволят предотвратить развитие гастрита и условий, приводящих к раку, уверены врачи. Глутамин содержится во многих пищевых продуктах, в том числе в говядине, курице, рыбе, яйцах, молочных продуктах и некоторых фруктах и овощах. Эксперименты показали, что глутамин блокирует бактериальную гибель клеток, полностью обращая вспять процесс повреждения тканей желудка при производстве аммиака бактериями. Аминокислота стимулирует детоксикацию аммиака в желудке, снижая его концентрации и запрещая клеточный ущерб, доказали клиницисты, наблюдавшие действие глутамина на организм лабораторных мышей в течение 20 недель. Благодаря добавкам вещества у животных наблюдалось уменьшение воспалительных процессов и активности воспалительных цитокинов.

Источник: [www.ami-tass.ru](http://www.ami-tass.ru)

## Молочнокислые бактерии помогают бороться с синдромом хронической усталости

**А**мериканские ученые выяснили, что молочнокислые бактерии не только улучшают пищеварение, но и помогают бороться с хроническим стрессом. Исследование проводилось на 35 пациентах, страдающих синдромом хронической усталости. В течение нескольких недель они получали йогурт, содержащий бактерии *Lactobacillus casei*. В это же время люди из контрольной группы пили йогурт с плацебо. Оказалось, что биоийогурт не только значительно увеличил популяцию пищеварительных бактерий в кишечнике, но снял симптомы тревоги и усталости. Теперь ученые пытаются выяснить механизм действия бактерий на психику человека.

Источник: [www.lactase.ru](http://www.lactase.ru)

## Лечебный йогурт от гастрита и язвы желудка

**Р**азработанный в Японии йогурт действует на бактерии, вызывающие гастрит и язвенную болезнь желудка, и может использоваться для лечения и предупреждения этих заболеваний. В некоторых странах Азии лечебный йогурт уже появился на прилавках магазинов.

Во многих случаях причиной язвенной болезни желудка становится заселение слизистой бактериями *Helicobacter pylori*, прием аспирина и других нестероидных противовоспалительных средств. Для лечения язвенной болезни применяют антибиотики и антацидные препараты. Японские ученые предполагают, что их лечебный йогурт станет еще одним доступным методом лечения.

Чтобы прикрепиться к поверхности слизистой, *Helicobacter pylori* использует уреазу, а в йогурте, созданном японскими специалистами, содержатся антитела IgY к этому ферменту. Целью клинического исследования была проверка, поможет ли йогурт с антителами к уреазе подавить *Helicobacter pylori* в желудке.

В исследовании приняли участие 42 человека, у которых проба на *Helicobacter*

*pylori* дала положительный результат. Часть испытуемых употребляла йогурт с антителами 3 раза в день в течение 4 недель. Остальные по той же схеме ели такое же количество обычного йогурта. По окончании исследования в первой группе активность *Helicobacter pylori* была значительно ниже, чем во второй.

Йогурт – ферментированный молочный продукт, содержащий живые бактерии, богатый кальцием, белками и другими питательными веществами и весьма полезный для здоровья. «Теперь люди могут наслаждаться вкусом йогурта, который тем временем будет бороться с *Helicobacter pylori* и предупреждать их появление», – сообщил координатор исследования, химик Киотского женского университета Hajime Hatta.

В Японии противоязвенный йогурт продается под названием «Dr. Piro», в Корею он называется «Gut». Исследователи надеются, что представленные ими результаты клинического исследования позволят новому йогурту завоевать и рынок Соединенных Штатов.

Источник: Солвей Фарма



## Лечение пробиотическими средствами облегчает симптомы СРК

**П**о результатам исследования, проведенного под руководством доктора Nourieh Hoveyda из Оксфордского университета, лечение пробиотическими средствами может облегчать симптомы, испытываемые пациентами с синдромом раздраженного кишечника (СРК). Свидетельств в пользу эффективности большинства препаратов, используемых при СРК, недостаточно, объясняет доктор Hoveyda. Чтобы выяснить, помогают ли пробиотики при СРК, вместе с коллегами он провел систематический обзор и мета-анализ литературы по этому вопросу.

В 6 рассмотренных исследованиях продолжительность лечения составляла 4 недели, в 2 исследованиях – 6 недель, в 3 исследованиях – 8 недель, еще в 2 исследованиях – 6 месяцев, и одно перекрестное исследование продлилось 20 недель. После обработки результатов всех этих исследований стало ясно, что несколько недель лечения пробиотическими средствами дают лишь небольшое улучшение. Статистически значимое уменьшение болей и чувства распирания в животе, метеоризма и качества жизни в целом обнаружила половина исследований.

Побочные эффекты отмечены лишь в нескольких исследованиях, но заметных различий между группами, принимающими пробиотические средства и группами плацебо, не было. «Лечение пробиотическими средствами приводит лишь к небольшому улучшению у пациентов с СРК, – делают вывод исследователи, – такой результат мы получили при анализе как дихотомических, так и непрерывных данных. При этом интересно, что ни одно из двух исследований, повлиявших на результаты анализа в наибольшей степени, само по себе не дало статистически значимых результатов. Похоже, что штаммы бифидобактерий, применявшиеся в этих исследованиях, неэффективны».

«Поскольку СРК – хроническое заболевание, протекающее обычно с обострениями и ремиссиями, потребуются дополнительные и более длительные исследования, – добавляют авторы, – причем эти исследования должны учитывать вид пробиотических средств, их дозу и подгруппы пациентов, которым эти препараты помогут с наибольшей вероятностью».

Источник: Солвей Фарма

## Новые молекулы заблокируют размножение вируса гепатита С

**У**ченые изучили пептиды, полученные из основного белка гепатита С, которые запрещают димеризацию (слияние молекул) и сокращают размножение вируса. Проблема создания вакцины состоит в том, что вирус изменяется в миллионы раз быстрее, чем любой ДНК-вирус. ДНК-вирусы содержат фермент (полимеразу), который позволяет определить вирус даже в новом облике. «Мы собираемся разработать лекарства, направленные на ядро – белковую капсулу вируса. Влияя на взаимодействие ядер, мы сможем сократить число мутаций не только потому, что основной белок меняется реже. Мутации, затрагивающие взаимодействие ядра и других белков, частично снижают активность вируса, в отличие от мутаций в ферментах, которые приводят к формированию устойчивости к антибиотикам», – сообщил автор исследования профессор Донни Стогберг.

Ядро – неизменный белок для всех генотипов гепатита, именно через него можно управлять различными функциями вируса, такими как включение передачи сигналов, апоптоз, метаболизм и генная транскрипция.

Этот белок особо важен для нуклеокапсида – вирусного генома, защищенного белковой оболочкой. Он отвечает за развитие вируса после проникновения в клетку. Ученые открыли два пептида, которые блокировали производство вируса на 68% и 63%. Внедряясь в клетки вируса, они остановили его размножение, но не реакции на него. Таким образом, вирусные уровни РНК уменьшились в 7 раз.

Источник: [www.hepatitinfo.ru](http://www.hepatitinfo.ru)

## РКД позволяет полностью уничтожить атипичные клетки слизистой пищевода при язве Бэррета

**Н**едавнее исследование показало, что радиочастотная катетерная деструкция (РКД) позволяет полностью уничтожить атипичные клетки слизистой пищевода при язве Бэррета. Метод оказался эффективным у 77% пролеченных им больных. В ходе исследования ученые сравнили эффективность РКД и плацебо-процедуры, при которой больным также вводили катетер в пищевод, но радиоволны не подавали. В исследовании приняли участие 127 больных. Спустя год после РКД атипичные клетки полностью исчезли у 77,4% пролеченных участников и только у 2,3% больных, получивших плацебо-процедуру. Ни один больной не погиб в связи с РКД, у троих исследователи выявили побочные эффекты: у мужчины, принимавшего антикоагулянты, возникло желудочно-кишечное кровотечение; у другого больного через 8 суток после процедуры появилась боль в груди; и еще один пожаловался на неприятные ощущения в груди и тошноту вскоре после РКД.

Источник: Солвей Фарма

## Гепатит С заразен даже после излечения

**П**ациенты с хроническим гепатитом С, который удалось вылечить с помощью курса терапии или за счет одного лишь иммунитета, все еще могут заражать вирусом окружающих. Исследование опубликовано в майском выпуске издания «Гепатология». Около 170 млн человек во всем мире заражены вирусом гепатита С, который может перерасти в хронический гепатит, цирроз печени или даже рак печени. Ученые во главе с Томашом Мичалаком из Университета Ньюфаундленда (Канада), изучили этот вопрос, используя технологию, когда учитывается распространение вируса гепатита С в Т-лимфоцитах человека.

Начали с девяти пациентов, зараженных вирусом гепатита С, которые уже достигли длительной вирусной реакции, сохранившейся в течение по крайней мере 2 лет после лечения. РНК вируса удалось определить только с помощью чувствительных

анализов. Тогда ученые приготовили двенадцать клеточных лимфоидных культур от здоровых доноров и подвергли их воздействию плазмы, а также супернатантам культур лимфоидных клеток пациентов с вирусом гепатита С. 11 из 12 заготовок стали положительными на РНК вируса. Более того, вирус трех из девяти клеточных культур был способен к репликации.

«Такие результаты дают понять, что даже незначительное количество вируса гепатита С в крови, пребывающего там в течение долгого количества времени после лечения, все еще остается заразным», – сообщили авторы. Повторная репликация вируса гепатита С в Т-лимфоцитах была предотвращена после нейтрализации вируса и лечения интерфероном. Данное исследование является первым в области изучения инвазионной способности остатков вируса, когда саму инфекцию идентифицировать уже невозможно.

Источник: [www.hepatitinfo.ru](http://www.hepatitinfo.ru)

# Эффективность и место препарата Панавир в лечении язвенной болезни

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

УНМЦ УД Президента  
РФ, Национальная  
Исследовательская  
Компания, Москва

*Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки по-прежнему остается наиболее распространенным заболеванием желудочно-кишечного тракта. Попытка рассмотреть этиологическую роль *Helicobacter pylori* (HP) не увенчалась успехом, но патогенетическая роль HP в развитии и хронизации язвы в настоящее время является общепризнанной.*

**И**сходя из этого язвенная болезнь (ЯБ) рассматривается как ЯБ, ассоциированная и неассоциированная с *HP*. ЯБ, ассоциированная с *HP*, является показанием к эрадикационному лечению (1, 2, 4). Все три международных рекомендации (Маастрихт-I, 1996; Маастрихт-II, 2000; Маастрихт-III, 2005) посвящены совершенствованию эрадикации. Это привело к тому, что у части больных рецидивы язвы стали реже, у части больных изменился тип течения ЯБ на более благоприятный. Однако полностью проблема лечения ЯБ не решена, более того – с течением времени развивается реинфекция *HP* с возвратом язвы. Кроме того, всегда существовала и продолжает существовать проблема трудно рубцующихся язв, причем преодолеть резистентность язвы к проводимому лечению не всегда просто. Группа лекарственных препаратов, которые раньше использовались как стимуляторы регенерации, ушла из лечебной практики, потому что казалось, что с появлением мощных блокаторов желудочной секреции эта проблема будет решена автома-

тически. Однако проблема трудно рубцующихся язв по-прежнему не исчезла с повестки дня (3), и поэтому вновь появляющиеся препараты, предлагаемые для лечения ЯБ, должны рассматриваться как средства, позволяющие помочь больному с длительно не рубцующейся язвой, которая чаще встречается у больных как с *HP*-негативной, так и с *HP*-позитивной формой язвы желудка, но резистентной к эрадикационному лечению. Трудно рубцующимися язвами считаются язвы двенадцатиперстной кишки, не рубцующиеся в течение 6-8 недель, а для желудка – в течение 10-12 недель (3).

**Целью настоящего исследования** явилась оценка эффективности препарата Панавир (Национальная Исследовательская Компания, Россия) в рубцевании язвы вообще и рубцевании длительно не заживающих язв в частности.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 30 пациентов с ЯБ (21 мужчина и 9 женщин), ассоциированной с *HP*, в стадии обострения. Возраст пациентов колебался в пределах от 18 до 65 лет (средний возраст  $42,3 \pm 4,1$  года). Длительность заболевания у больных составила в среднем  $6,8 \pm 0,5$  года. Типы течения ЯБ были следующими: впервые обнаруженная язва – 11 пациентов ( $37 \pm 9\%$  случаев), редко и умеренно рецидивирующий тип течения – 3 больных ( $10 \pm 6\%$  случаев) и часто рецидивирующий тип течения – 16 пациентов ( $53 \pm 9\%$  случа-

ев). Наследственность по язвенной болезни прослежена у 5 больных (в  $17 \pm 7\%$  случаев). Злоупотребление алкоголем и курением фиксировались у 20 пациентов. Осложнения течения ЯБ в виде кишечного кровотечения в анамнезе отмечено у 2 больных (в  $7 \pm 5\%$  случаев).

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

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

Больные были **рандомизированы** на 2 группы: язвенная болезнь желудка (ЯБЖ, 8 пациентов) с локализацией язв в теле или в АЖ (по 4 больных в каждой), язвенная болезнь двенадцатиперстной



кишки (ЯБДК, 22 пациента).

Больные получали **лечение** Панавиром в дозе 0,004% раствор для внутривенного введения в ампулах по 5 мл через день в течение 10 дней. На период болей в животе назначался Альмагель в дозе 15 мл 4 раза в день за 1 час до еды. С помощью ЭГДС рубцевание язвы оценивалось через 2 недели и при неполном рубцевании язвы через 3 недели от начала лечения и через 4-6 недель после окончания терапии.

**Эффективность лечения** оценивалась по срокам рубцевания язвы (исходно ЭГДС, контроль ЭГДС через 2-3 недели от начала лечения и через 4-6 недель после окончания терапии); по динамике *HP* (при этом *HP*-инфекция изучалась исходно и через 4-6 недель после окончания лечения в биоптатах из СО АЖ с использованием морфологического метода с окраской по Гимза без дифференцировки и БУТ); клинически (по срокам купирования язвенного симптомокомплекса: болей в животе, тяжести в эпигастрии, тошноты, рвоты, изжоги и отрыжки с помощью шкалы Лайкерта по степени тяжести: 0 – отсутствуют, 1 – легкая, 2 – умеренная и 3 – тяжелая).

**Переносимость и безопасность лечения** оценивались по динамике изменений лабораторных показателей (исходно, через 2 недели от начала лечения и через 4-6 недель после окончания терапии): анализа крови (гемоглобин, гематокрит, лейкоциты, тромбоциты, СОЭ); биохимии крови (общего белка, общего билирубина, глюкозы); анализа мочи (присутствие белка, глюкозы, эритроцитов и лейкоцитов).

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

### РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Одним из критериев эффективности лечения служило рубцевание язвы по ЭГДС. Исходно у больных диаметр язв колебался от 5,0 до 20,0 мм, составляя в среднем  $7,5 \pm 0,6$  мм (при ЯБЖ –  $7,3 \pm 0,5$  мм и при ЯБДК –  $8,0 \pm 0,4$  мм). В желудке фиксировались одиночные и множе-

**Таблица 1. Динамика степеней обсемененности *HP* в СОЖ у больных ( $M \pm m$ )**

Методы и показатели	Исходно (%)	После терапии (%)
БУТ на <i>HP</i> в АЖ:	100 (30)	$97 \pm 3$ (29)
слабая реакция (более 3 ч)	$44 \pm 9$ (13)	$60 \pm 9$ (18)
умеренная реакция (1-3 ч)	$50 \pm 9$ (15)	$37 \pm 9$ (11)
выраженная реакция (до 1 ч)	$7 \pm 5$ (2)	0 (0)
<b>Морфология</b>		
АЖ, обсеменение <i>HP</i> :	100 (30)	$90 \pm 7$ (27)
слабое (+)	$40 \pm 9$ (12)	$47 \pm 9$ (14)
умеренное (++)	$47 \pm 9$ (14)	$44 \pm 9$ (13)
выраженное (+++)	$13 \pm 6$ (4)	0

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

**Таблица 2. Динамика клинических симптомов у изученных больных ( $M + m$ ) на фоне лечения Панавиром**

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

ственные язвы у 7 пациентов (в  $78 \pm 14\%$  случаев) и у 2 больных (в  $22 \pm 14\%$  случаев) соответственно; а в ДК – одиночные и множественные язвы у 18 больных (в  $86 \pm 8\%$  случаев) и у 3 пациентов (в  $14 \pm 8\%$  случаев) соответственно. Через 2 недели полное рубцевание язвенного дефекта отмечено у 20 больных ( $67 \pm 9\%$  случаев), через 3 недели – у 28 пациентов ( $93 \pm 5\%$  случаев). У 2 больных рубцевание желудочной и дуоденальной язв полностью не наступило – у одного пациента терапия Альмагелем была заменена на лечение блокаторами протонной помпы, и у другого больного терапия Альмагелем в дозе 15 мл 4 раза в день была продолжена; через 4-6 недель рубцы на месте заживших язв зафиксированы у 29 больных ( $95 \pm 5\%$  случаев), у 1 пациента полное рубцевание дуоденального язвенного дефекта так и не наступило, он был переведен на лечение блокаторами протонной помпы. У 1 больной наступил рецидив язвы в ДК (через 4-6 недель после окончания лечения).

Следует отметить, что до лечения у 4 больных ЯБЖ (2 с язвой в ТЖ и

2 с язвами в АЖ) язвы носили торпидный характер на терапии блокаторами протонной помпы и гастропротекторами (не рубцевались в срок от 2 до 4 месяцев), и назначение Панавира сопровождалось полным рубцеванием язв ТЖ через 2 недели и язв АЖ через 3 недели от начала терапии.

Другим критерием эффективности лечения явились изменения степени обсемененности *HP* СО АЖ по результатам исследования, представленным в таблице 1.

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

**После лечения** препаратом Панавир эрадикация *HP* была достигнута у 1 больного (в  $3 \pm 3\%$  случаев), по данным БУТ, и у 3 пациентов (в  $10 \pm 6\%$  случаев), по данным морфологического исследования с окраской по Гимза; снижение степени обсемененности *HP* в основном за счет выраженной и умеренной, зафиксировано у 7 пациентов (в  $24 \pm$

**Таблица 3. Динамика показателей анализа и биохимии крови, мочи у больных (М + m), получавших лечение Панавиром**

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

Примечание: достоверные различия по сравнению с исходным (p < 0,05).

8% случаев) обоими методами диагностики в одинаковой степени при ЯБЖ и при ЯБДК. У остальных 22 пациентов, по данным окраски по Гимза, степень обсемененности *HP* в СОЖ не изменялась.

Динамика клинических симптомов представлена в таблице 2.

Как следует из таблицы, у больных исходно фиксировались боли в животе у 20 больных, тяжесть в животе после еды, тошнота и отрыжка воздухом у 3 пациентов, а изжога у 10 больных.

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

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

Как видно из таблицы, показатели крови и биохимические показатели, анализы мочи в период терапии

Панавиром через 2 недели от начала лечения и в отдаленный период (через 4-6 недель по окончании терапии) достоверно не изменялись.

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

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Панавир – российский противовирусный и иммуномодулирующий препарат растительного происхождения, состоящий из гексозных гликозидов.

Оценивая его влияние на рубцевание язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, следует признать, что он способствует рубцеванию язвы.

Оценивая влияние Панавира на *HP*, следует считать, что у 4 больных зафиксировано исчезновение *HP*, а у 6 пациентов – уменьшение

степени обсемененности *HP* в слизистой оболочке. Причем противомикробной активностью препарат не обладает, следовательно, этот эффект можно связать с влиянием на иммунную систему. У тех больных с персистенцией *HP*, у которых иммунная система была «готова» к тому, чтобы справиться с *HP*-инфекцией, влияние препарата оказалось достаточным для того, чтобы либо уменьшить степени обсемененности *HP* слизистой оболочки, либо элиминировать *HP* полностью.


Несмотря на эти положительные качества препарата Панавир в рубцевании язв основной группой препаратов будут оставаться блокаторы желудочной секреции, а эрадикация будет осуществляться сочетанием блокаторов секреции с антибактериальными препаратами.

Особый интерес препарат представляет в лечении больных с трудно (медленно) рубцующимися язвами, у которых на его фоне произошло рубцевание язвы в течение ближайших двух недель. Это вселяет надежду на то, что у больных с медленно рубцующимися язвами Панавир окажется препаратом выбора.

Переносимость препарата была хорошей, побочные реакции (крапивница) встретились у одной больной в нетяжелом варианте.

### ВЫВОДЫ

1. Препарат Панавир является препаратом, способствующим рубцеванию желудочной и дуоденальной язвы. Показанием к его использованию должны быть трудно (медленно) рубцующиеся язвы.

2. Целесообразно изучить влияние препарата на эрадикацию *HP* в комплексе с антибактериальными препаратами, особенно в группе больных с несостоявшейся эрадикацией. 

### Литература

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



**ПАНАВИР®**



Российский противовирусный и  
иммуномодулирующий препарат  
растительного происхождения



**Форма выпуска:**

0,04 мг/мл раствор для внутривенного введения

Рег. удостоверение № Р N000299/02  
от 14.08.2008

Отпускается по рецепту

суппозитории ректальные 200 мкг

Рег. удостоверение № ЛС-001696  
от 29.07.2008

Отпускается по рецепту

гель для наружного и местного

применения 0,002%

Рег. удостоверение № ЛС-001697  
от 13.10.2008

Отпускается без рецепта

- Доказанная высокая эффективность в отношении вирусов: Herpes simplex (I, II), Herpes Zoster, Epstein-Barr, Cytomegalovirus, Human papillomavirus, клещевого энцефалита.
- Обладает прямым противовирусным действием и индуцирует выработку  $\alpha$ -интерферонов, нормализует иммунный статус.
- Разрешен к применению детям с 12 лет.
- Выпускается в формах, обеспечивающих удобство применения и индивидуальный подход к лечению.

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

Телефон горячей линии: **8-800-555-222-9**

[www.panavir.ru](http://www.panavir.ru)

[www.panavir.com](http://www.panavir.com)

О.Н. МИНУШКИН,  
И.В. ЗВЕРКОВ,  
А.П. ОСОКИНА,  
М.А. МИХАЛЕВА

УНМЦ УД Президента РФ,  
Москва,  
НПО «Европа-Биофарм»,  
Волгоград

# Оценка эффективности препарата Югланэкс в терапии функционального запора

*Запор вызывается нарушением процессов формирования и продвижения кала по кишечнику. Запоры встречаются у 27% людей независимо от возраста. Вопросы патогенеза и коррекции запора вызывают значительный научный и практический интерес, что получило отражение во многих публикациях, а также в международных согласительных документах.*

**С**огласно Римским критериям III, функциональный запор характеризуется двумя или более симптомами, продолжающимися в течение 12 недель, необязательно непрерывно:

- менее трех дефекаций в неделю;
- затруднение при > 1/4 дефекаций;
- вздутие живота или твердый кал при > 1/4 дефекаций;
- чувство незавершенной эвакуации при > 1/4 дефекаций;
- чувство аноректальной обструкции (блокады при > 1/4 дефекаций);

**Препарат Югланэкс в дозе 45-60 мл привел к полному или частичному купированию запоров у 60% больных. Терапия Югланэксом у больных с функциональным запором приводит к полной нормализации стула у 60% и частичной у 10% больных, соответственно, исчезновению и уменьшению метеоризма у 75% больных. Изучение моторики кишечника показало, что купирование запоров сопровождалось нормализацией моторной функции кишечника у 60% пациентов. Переносимость препарата у 100% больных была нормальной. Побочных эффектов при терапии Югланэксом не отмечено. Препарат Югланэкс может быть рекомендован для использования у больных с функциональными запорами.**

- мануальная помощь при осуществлении > 1/4 дефекаций («пальцевая» эвакуация, поддержка тазового дна и др.) (1, 3).

Терапия запоров до сих пор трудна (2), поэтому появление новых средств для лечения запоров всегда важно.

Югланэкс – отечественное лекарственное средство, которое разработано и производится ЗАО НПО «Европа-Биофарм» (Россия). В состав Югланэкс входят флавоноиды, эллаготанин, каротиноиды, аскорбинаты, нафтохинон юглон, воск, сахара, витамины (В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, РР), макро- и микроэлементы (кальций, железо, кобальт, калий, цинк, йод, марганец, сера), органические кислоты (яблочная, лимонная, кофейная). Состав препарата позволяет использовать его в терапии функциональных запоров.

В этой связи **целью настоящего исследования** явилось изучение клинической эффективности и безопасности препарата Югланэкс

в лечении больных с функциональным запором.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Отбор больных с функциональными запорами производился с учетом следующих критериев.

**Критерии включения** больных в исследование:

- больные обоего пола в возрасте от 18 до 65 лет, находящиеся на лечении в стационаре или в поликлинике по месту жительства;
- наличие функциональных запоров, согласно Римским критериям III.

### Критерии исключения:

- индивидуальная непереносимость к компонентам Югланэкса;
- желчнокаменная болезнь;
- тиреотоксикоз;
- тяжелые сопутствующие заболевания внутренних органов (сердечная недостаточность, почечная недостаточность, злокачественные заболевания);
- беременность;
- период лактации.

**Схема назначения препарата.** Использовалась монотерапия Югланэксом по 1 столовой ложке, разведенной в 1/3 стакана холодной воды, 3 раза в день после еды в течение двух недель; при неэффективности или недостаточной эффективности дозу препарата увеличивали до максимальной (2 столовые ложки 3 раза в день); при неэффективности этой дозы Югланэкс отменялся.

**Критерии эффективности** проводимой терапии включали изучение динамики запора и симптома-



тики (проводили по данным индивидуального дневника, выраженность симптомов оценивалась по Римским критериям III). Изучение двигательной функции кишечника больных осуществлялось с помощью электрогастроэнтерографии и по показателям карболеновой пробы (исходно и после лечения).

**Критерии безопасности и переносимости.** Безопасность Югланэкса оценивалась в соответствии со временем появления и выраженностью побочных реакций, их характером и установлением связи с назначением препарата.

В конце исследования пациенту предлагали оценить переносимость Югланэкса по градациям: очень хорошая, хорошая, удовлетворительная и неудовлетворительная.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследовали 20 больных с функциональным запором. Среди них было 4 мужчин и 16 женщин. Средний возраст пациентов составил  $63,75 \pm 8,1$  лет. Диагноз функционального запора у больных был поставлен на основании клинических критериев и при исключении органической патологии кишечника с помощью колоноскопии (или ирригоскопии), УЗИ органов брюшной полости, общего анализа и биохимии крови. Спектр выявленной патологии заболевания распределился таким образом: функциональный запор у 18 больных (в  $90 \pm 7\%$  случаев) и синдром раздраженного кишечника (вариант с запором) у 2 пациентов в возрасте 36 лет и 51 года (в  $10 \pm 7\%$  случаев).

Сопутствующие заболевания были обнаружены у 20 пациентов (в 100% случаев) и представлены: язвенной болезнью 12-перстной кишки – 7 человек (в  $35 \pm 11\%$  случаев); хроническим гастродуоденитом – 17 человек (в  $85 \pm 8\%$  случаев); ГЭРБ – 12 человек (в  $60 \pm 11\%$  случаев); полипами желудка – 3 человека (в  $15 \pm 8\%$  случаев); полипами толстой кишки – 5 человек (в  $25 \pm 10\%$  случаев); долихосигмой – 7 человек (в  $35 \pm 11\%$  случаев); дивертикула-

Таблица 1. Результаты динамики симптомов кишечной диспепсии у больных								
Симптомы	До лечения		После лечения					
			Исчезновение		Уменьшение		Сохранение	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Запор	20	100	12	60	2	10	6	30
Твердый кал	–	–	–	–	2	10	–	–
Незавершенная эвакуация	–	–	–	–	2	10	–	–
Мягкий кал	–	–	12	60	–	–	–	–
Завершенная эвакуация	–	–	12	60	–	–	–	–
Боли в животе	2	100	1	50	1	50	–	–
Метеоризм	12	100	4	33	5	42	3	25

Примечание: различия в динамике по сравнению с исходным достоверные.

Таблица 2. Результаты динамики частоты стула в течение недели у больных				
Частота стула (в неделю)	Количество больных			
	До лечения		После лечения	
	п	%	п	%
Менее 3 дефекаций	20	100	6	30
Более 3 дефекаций	–	–	2	10
Ежедневная дефекация	–	–	12	60

Таблица 3. Результаты подбора доз препарата Югланэкс для купирования запора у больных		
Дозы препарата	Количество больных	
	п	%
45 мл/сут в течение 14 дней	5	25
60 мл/сут с 6 дня в течение 8 дней	4	20
75 мл/сут с 9 дня в течение 5 дней	2	10
90 мл/сут с 9 дня в течение 5 дней	3	15
Нет эффекта	6	30
Всего	20	100

Примечание: различия в динамике по сравнению с исходным достоверные.

ми толстой кишки – 4 человека (в  $20 \pm 9\%$  случаев); ЖКБ – 6 человек (в  $30 \pm 11\%$  случаев); хроническим бескаменным холециститом – 5 человек (в  $25 \pm 10\%$  случаев); кистами печени – 3 человека (в  $15 \pm 8\%$  случаев); хроническим панкреатитом – 5 человек (в  $25 \pm 10\%$  случаев); ИБС – 9 человек (в  $45 \pm 10\%$  случаев) и гипертонической болезнью – 14 человек (в  $70 \pm 10\%$  случаев); МКБ и хроническим пиелонефритом – 3 человека (в  $15 \pm 8\%$  случаев); кистами почек – 3 человека (в  $15 \pm 8\%$  случаев); аденомой простаты – 2 человека (в  $10 \pm 7\%$  случаев); гиперхромной  $V_{12}$ -дефицитной анемией – 2 человека (в  $10 \pm 7\%$  случаев); сахарным диабетом – 3

человека (в  $15 \pm 8\%$  случаев) и остеохондрозом позвоночника – 8 человек (в  $40 \pm 10\%$  случаев). Существенного влияния на характер запоров сопутствующая патология не оказывала, и активной терапии не проводилось, так как заболевания находились в стадии ремиссии.

Результаты лечения представлены в таблицах 1-5. Динамика симптомов кишечной диспепсии при терапии представлена в таблице 1.

Как следует из таблицы, боли в животе исчезли или уменьшились у 50% больных, при этом стул трансформировался из твердого в мягкий и сопровождался чувством завершенной эвакуации у 12 человек, в твердый кал с чувством неза-

**Таблица 4. Результаты карболеновой пробы и электрогастроэнтерографии в динамике лечения у больных**

Моторика кишечника	До лечения (часы)	После лечения (часы)
Карболеновая проба		
	61,25 ± 7,81	46,65 ± 4,10
Моторные нарушения (по данным карболеновой пробы)		
Нормомоторика	25 ± 10 (5)	60 ± 11* (12)
Гипомоторика	75 ± 10 (15)	40 ± 11* (8)
Моторные нарушения (по данным электрогастроэнтерографии)		
Нормомоторика	0	40 ± 24 (2)
Гипомоторика	100 (5)	60 ± 24 (3)

**Таблица 5. Результаты оценки больным переносимости препарата Югланэкс**

Переносимость	Количество больных в абс. (%)
Очень хорошая	8 (в 40% случаев)
Хорошая	6 (в 30% случаев)
Удовлетворительная	6 (в 30% случаев)
Неудовлетворительная	0

вершенной эвакуации у 2 человек и в полной мере запор – у 6 человек. Метеоризм был купирован у 4 человек, частично сохранился у 5 пациентов и остался прежним у 3 человек.

Результаты исследования частоты стула в течение недели при лечении у больных представлены в таблице 2.

Из таблицы видно, что у основной массы пациентов стул нормализовался (14 из 20 больных). У 6 больных на использованных дозах запор сохранился.

Результаты исследований в подборе дозы Югланэкса для купирования запора у больных представлены в таблице 3.

Как следует из таблицы, у 70% больных, у которых был ликвидирован запор, наиболее эффективная доза Югланэкса составляла от 45 мл до 60 мл (в 45% случаев) и у остальных (в 25% случаев) дозы препарата колебались от 75 мл до 90 мл в сутки.

Моторика кишечника оценивалась с помощью карболеновой

пробы и электрогастроэнтерографии. Электрогастроэнтерография – неинвазивный метод оценки моторной функции кишечной трубки по электрической активности различных ее участков. В качестве изучаемых параметров выступают мощность сокращений (электрическая активность) и коэффициент ритмичности, характеризующий частоту сокращений конкретного участка кишечной трубки. Показатели укладываются в различные формы дискинезий кишечника. Полученные результаты представлены в таблице 4.

Как следует из таблицы 4, исходяно, по данным карболеновой пробы, время пассажа содержимого по кишечнику было замедленным и превышало верхнюю границу нормы в 1,3 раза. При этом нормальная моторная функция кишечника зафиксирована у 5 человек, гипомоторная дискинезия – у 15 пациентов. Аналогичная закономерность зафиксирована с помощью электрогастроэнтеро-

графии: гипомоторная функция кишечника – у 5 человек. После лечения Югланэксом у больных время пассажа содержимого по кишечнику нормализовалось у 7 человек (по данным карболеновой пробы) и у 2 из 5 человек (по результатам электрогастроэнтерографии).

Субъективная оценка переносимости Югланэкса больным представлена в таблице 5.

Согласно данным таблицы, в 70% случаев переносимость Югланэкса была очень хорошая и хорошая, а в 30% случаев – удовлетворительная.


**Побочные реакции** при терапии функционального запора препаратом Югланэкс у больных отмечены не были.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Препарат Югланэкс в дозе 45-60 мл привел к полному или частичному купированию запоров у 60% больных, исчезновению и уменьшению метеоризма у 75% больных. Мы связываем это с нормализацией толстокишечной флоры и ее метаболитов, которая фиксируется в связи с восстановлением моторики. Изучение моторики кишечника показало, что купирование запоров сопровождалось нормализацией моторной функции кишечника у 60% пациентов.

Переносимость Югланэкса у 100% больных была нормальной. Побочных эффектов при терапии препаратом не отмечено.

Препарат Югланэкс может быть рекомендован для использования у больных с функциональными запорами. Необходимы разные формы Югланэкса (в том числе в виде таблеток, капсул, свечей).

Необходимо продолжить работу по созданию различных схем терапии функциональных запоров и определению длительности приема препарата Югланэкс. 

## Литература

1. Елизаветина Г.А., Ардатская М.Д., Мишушкин О.Н. Функциональные расстройства кишечника в разных возрастных группах (диагностические и лечебные подходы) // Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2007; №2: 41-44.
2. Румянцев В.Г., Косачева Т.А., Коровкина Е.А. Дифференцированное лечение запоров // Фарматека. 2004; №13, том 90: 1-6.
3. Шульпекова Ю.О. Алгоритм лечения запора различного происхождения // Русский медицинский журнал. 2007; №15, том 15: 1-7.



# ЮГЛАНЭКС®

Натуральный экстракт из плодов  
зеленых грецких орехов

Показания:

- сердечно-сосудистые заболевания
- хроническая венозная недостаточность
- геморрой, запор
- заболевания предстательной железы
- диабет
- заболевания щитовидной железы
- нарушение обмена веществ
- снижение иммунитета
- острые и хронические инфекции



**Держит вены в тонусе,  
а Вас в форме!**



Производитель:

НПО «Европа - Биофарм» 400040, г. Волгоград, ул. Поддубного 33а  
Тел.: (8442) 28-39-08, 27-11-28, 27-11-29, 27-11-27

[www.tycveolum.ru](http://www.tycveolum.ru); [www.prostamen.ru](http://www.prostamen.ru); e-mail: [evropa-biofarm@vlink.ru](mailto:evropa-biofarm@vlink.ru)

Система управления качеством ЗАО НПО «ЕВРОПА-БИОФАРМ» сертифицирована BVQI по ISO 9001

Имеются противопоказания, перед применением - ознакомьтесь с инструкцией

# Лактитол (Экспортал®) – эффективное и безопасное слабительное

И.В. ВОСКОБОЙНИКОВА,  
В.К. КОЛХИР,  
О.Н. МИНУШКИН  
ЗАО «ФПК ФармВИЛАР»,  
УНМЦ УД Президента РФ,  
Москва

*В настоящее время за рубежом широко применяются слабительные средства, действующим веществом которых является лактитол – Importal (Novartis, Франция), Novolax (Israel Pharmaceutical Products Maabarot Ltd., Израиль) и др. Как показывает опыт их многолетнего применения, эти препараты характеризуются мягким действием, высоким уровнем безопасности, отсутствием значительных негативных реакций.*

**П**репараты лактитола относятся к группе осмотических слабительных. По механизму действия они отличаются от других осмотических слабительных (за исключением препаратов на основе лактулозы) тем, что осмотическими свойствами обладает не само действующее вещество этих препаратов – лактитол, а продукты его метаболизма в толстой кишке определенными

видами бактерий, расщепляющих сахара до уксусной, пропионовой и масляной кислот.

В тонком кишечнике лактитол не подвергается существенному ферментативному расщеплению и не всасывается. После попадания в толстый кишечник лактитол расщепляется местными бактериями с образованием короткоцепочечных жирных кислот, углекислого газа и воды. Эти вещества повышают осмотическое давление (поскольку они не всасываются) и делают содержимое кишечника более вязким (за счет удерживания воды). Поскольку лактитол представляет собой источник энергии для бактерий толстого кишечника, расщепляющих сахара, то при его применении масса бактерий увеличивается, увеличивается и масса содержимого кишечника, что оказывает положительное влияние на его опорожнение (см. рисунок) (1, 2, 3).

В России препарат Экспортал® – слабительное средство на основе лактитола – выпускается только одним производителем – фирмой ЗАО «ФПК ФармВИЛАР». Препарат зарегистрирован под названием Экспортал® и производится в двух лекарственных формах: в готовой дозированной лекарственной форме – саше (*sachets* – пакетики) для применения у взрослых и у детей разного возраста и в емкостях, содержащих 200 г или 500 г порошка, для стационаров.

Лактитол моногидрат представляет собой негигроскопичный, но хорошо растворимый в воде кристаллический порошок. Дозированная лекарственная форма лактитола в пакетиках имеет целый ряд достоинств. Она содержит только фармацевтическую субстанцию, не содержит вспомогательных или других дополнительных веществ, не требует измерений при дозировании препарата, полностью исключает контакт действующей субстанции с руками человека и с мерной посудой, прекрасно хранится в течение длительного времени, удобна в применении (отдельное саше можно взять с собой для приема на работе и т. п.). Для растворения препарата пациент сам может выбрать наиболее приемлемый для него напиток, что имеет немаловажное значение при необходимости принимать препарат длительно.

Данные проведенных клинических исследований свидетельствуют о том, что лактитол можно

**Данные проведенных клинических исследований свидетельствуют о том, что лактитол (Экспортал®) можно характеризовать как мягкое и безопасное слабительное средство. Он эффективен при хронических запорах различной этиологии, функциональных запорах, а также как средство, ускоряющее восстановление функции дефекации и облегчающее дефекацию после операций на анальном сфинктере. При продолжительном применении и многократном повторном лечении лактитол не вызывает привыкания, поэтому не требуется коррекция его дозы в сторону увеличения. При наступлении стабильного слабительного эффекта после нескольких дней применения лактитола возможно снижение его дозы.**





характеризовать как мягкое и безопасное слабительное средство. Он эффективен при хронических запорах различной этиологии, функциональных запорах, а также как средство, ускоряющее восстановление функции дефекации и облегчающее дефекацию после операций на анальном сфинктере. При продолжительном применении и многократном повторном лечении лактитол не вызывает привыкания, поэтому не требуется коррекция его дозы в сторону увеличения. При наступлении стабильного слабительного эффекта после нескольких дней применения лактитола возможно сниже-

ние его дозы.

Негативным эффектом лактитола при передозировке (35 г в сутки и более) является диарея, легко устранимая снижением его дозы, без применения каких-либо специальных противодействующих средств. При изучении эффективности лактитола у некоторых больных с хроническими запорами, в начале лечения он может вызывать небольшое «бурление» в животе, метеоризм. Эти явления, как правило, проходят при продолжении лечения. Как свидетельствуют результаты сравнительного клинического изучения слабительного действия лактито-

ла и лактулозы, эффект лактитола более стабилен: в зависимости от контингента больных он либо не уступал лактулозе, либо был более эффективным. По восприятию пациентами, лактитол превосходит лактулозу (4-11).

Было проведено сравнительное изучение влияния лактитола порошка и лактулозы порошка в суточной дозе 10 г, а также лактулозы сиропа (10 мл в сутки) и плацебо на транспортную функцию кишечника у госпитализированных больных. Установлено, что все исследовавшиеся слабительные средства примерно одинаково ускоряют продвижение капсулы в кишечнике, в наибольшей степени повышалась скорость ее продвижения в проксимальном отделе толстого кишечника (11).

При исследовании слабительного действия лактитола у беременных женщин было показано, что у 80% женщин дозы препарата 20 г в сутки достаточно для обеспечения стула один раз в день. У всех женщин беременность завершилась нормально (7).

Установлено, что лактитол не влияет на выведение кальция с мочой и метаболизм костной ткани по показателям концентрации паратгормона, остеокальцина и щелочной фосфатазы. В использованной дозе он не оказывал также влияния на концентрацию неорганического фосфата и кальция в плазме крови (13).

Лактитол имеет очень низкую калорийность (2 ккал/г), не влияет на уровень глюкозы в крови и, в отличие от препаратов на основе лактулозы, может без ограничений применяться у больных диабетом. В инструкциях по применению всех выпускающихся в настоящее время препаратов лактитола (Экспортал® и его зарубежные аналоги) нет противопоказаний или ограничений к их применению при диабете.

Установлено, что лактитол обладает также пребиотическими свойствами: избирательно стимулирует рост сахарорасщепляющих бактерий, благоприятно влияющих на здоровье человека

**В России препарат Экспортал® – слабительное средство на основе лактитола – выпускается только одним производителем – фирмой ЗАО «ФПК ФармВИЛАР». Препарат зарегистрирован под названием Экспортал® и производится в двух лекарственных формах: в готовой дозированной лекарственной форме – саше (sachets – пакетики) для применения у взрослых и у детей разного возраста и в емкостях, содержащих 200 г или 500 г порошка, для стационаров.**


и животных, – *Lactobacillus* spp, *Lactobacillus bifidus*, *Lactobacillus acidophilus*, *Bifidobacteria*, угнетает рост протеолитических бактерий родов *Enterobacteria* и *Enterococci*, подавляет адгезию кишечной палочки (*E. coli*) к эпителиальным клеткам. В дозе 20 г в день лактитол достоверно повышал количество лакто- и бифидобактерий и существенно снижал содержание ароматических веществ и потенциально канцерогенных энзимов в толстом кишечнике (14-16).

При сравнительном изучении влияния лактитола и лактулозы на пробиотические (полезные для человека и животных) бактерии и условно патогенные и патогенные бактерии было установлено, что

действие лактитола более избирательно. В частности, он, в отличие от лактулозы, не расщепляется кишечной палочкой (*E. coli*) и расщепляется значительно меньшим количеством штаммов стафилококка (*St. aureus*) и клостридий (*Cl. perfringens*) (17).

С избирательным влиянием на микрофлору кишечника связан и другой эффект лактитола – антиаммониемическое действие. В связи с этим лактитол применяется как лекарственный препарат для лечения печеночной энцефалопатии, формируемой через нарушение детоксикационной функции печени и прямым сбросом токсических агентов при развитии portalной гипертензии.

Лактитол действует по нескольким механизмам. В частности, он является источником энергии для бактерий толстого кишечника, расщепляющих сахара. Благодаря этому количество таких бактерий увеличивается, и они угнетают рост бактерий, расщепляющих белки, деятельность которых приводит к образованию аммиака и эндотоксинов. При расщеплении лактитола образуются короткоцепочечные жирные кислоты, которые снижают pH в толстом кишечнике. В этих условиях аммиак превращается в ион аммония  $\text{NH}_4^+$ , который хуже всасывается, и благодаря этому симптомы ослабляются (см. рисунок) (18-21). Для лечения печеночной энцефалопатии лактитол назначают в 1,5-3 раза более высоких суточных дозах, чем для лечения запоров (22-27).

Таким образом, препараты на основе лактитола (в России – препарат Экспортал®) можно и нужно рекомендовать врачам для широкого применения в лечебной практике у детей и взрослых в качестве эффективного и безопасного лекарственного слабительного средства. 

## Литература

- Salminen S., Deighton M.A., Lactic Acid Bacteria: Microbiology and Functional Aspects, S. Salminen, A. von Wright (ed.), New York. 1998. P.211-231.
- Salminen S., Robertroid M. et al. Lactic Acid Bacteria: Microbiology and Functional Aspects, S. Salminen, A. von Wright (ed.), New York. 1998. P.343-358.
- Ballongue J., Schumann C., Quignon P., Scand. // J. Gastroent. 1997; 32: 41-45.
- Vanderdonck J. et al. // J. Clin. and Exper. Gerontology. 1990; 12(3), 171-189.
- Vanderdonck J., Ravelli G.P., Acta Therapeutica. 1993; 19, 295-307.
- Doffoel M. et al. Clinical investigation of the long-term tolerability (6 months) of lactitol for the treatment of functional constipation in elderly patients // Medicine et Chirurgie Digestives. 1990, 19(4): 260-261.
- Walder M. et al. Dose-response curve and preliminary clinical study of a laxative, lactitol // Schweiz.Med. Wschr. 1988; 118: 1925-1927.
- Ravelli G.P. Acta Therapeutica. 1995; 21, 243-245.
- Heitland W., Mauerberger H., Schweiz. Rundschau Med. 1988; 77 (18), 493-495.
- Sacchetta A. et al. Acceptability, efficacy and tolerability of lactitol Syrup in chronic or hospitalization – related constipation // European Bulletin of Drug Research. 2000; 8, 12: 1-6.
- Pontes F.A., Silva A.T., Cruz A.Z. Colonic transit times and the effects of lactulose or lactitol in hospitalized patients // European Journal of Gastroenterology and Hepatology. 1995; 7: 441-445.
- Cope R. et al. Study comparing lactitol with paraffin oil immediately after anal surgery in one hundred and ten patients // Ann. Chir. 1996; 50, 7: 570-576.
- Egger B. et al. Effect of one month of lactitol treatment on calcium metabolism in man // Eur. J. Clin. Pharmacol. 1989; 37: 205-207.
- Kneifel W., Rajal A. and Kulbe D. In vitro growth behavior of probiotic bacteria in culture media with carbohydrates of probiotic importance // Microbial Ecology in Health and Disease. 2000; 12: 27-34.
- Watanabe M., Takayuki O., Hirata Y. et al. Effect of lactitol on intestinal bacteria // Bifidus. 1995; 9: 19-26.
- Mesters P.H.J. and Brox S.-LACTITOL: a functional prebiotic (обзор) / Материалы Фирмы PURAC biochem bv, Gorinchem, The Netherlands.
- Kitler M.E. Lactitol and lactulose. An in vitro and in vivo comparison of their effects on the human intestinal flora // Drug Invest. 1992; 4 (1): 73-82.
- Lebek G. and Luginbühl M. Effect of lactulose and lactitol on human intestinal flora / In: Hepatic encephalopathy. Management with lactulose and related carbohydrates. Editors: H.O. Conn and J. Bircher, Medi-Press, Michigan. 1989, P.245-266.
- Scevola D., Bottari G., Franchini A. et al., Mal G. Inf. Parasit. 1993; 45 (7-8): 906-918.
- Scevola D., Bottari G., Oberto L. et al. Intestinal bacterial toxins and alcohol liver damage: effects of lactitol, a synthetic disaccharide // La Clinica Dietologica. 1993; 20, 5: 297-314.
- Tarao K. et al. On changes of the faecal bacterial flora by administration of lactitol in liver cirrhosis patients // J. Jap. Soc. Gastroenterology. 1995; 92, 7: 1037-1050.
- Bircher J. et al. First use of lactitol in the treatment of Portal – Systemic encephalopathy // Schweiz. Med. Wschr. 1982; 112: 1306-1307.
- Morgan M. Lactitol for the treatment of hepatic encephalopathy / In: Hepatic encephalopathy. Management with lactulose and related carbohydrates. Editors: H.O. Conn and J. Bircher, Medi-Press, Michigan. 1989. P.271-282.
- Lanthier P.L. and Morgan M.Y. Lactitol in the treatment of chronic hepatic encephalopathy: an open comparison with lactulose // Gut. 1985; 26: 415-420.
- Morgan M.Y. and Hawley K.E. Lactitol in the treatment of chronic hepatic encephalopathy: an open comparison with lactulose // Gut. 1985; 26: 415-420.
- Morgan M.Y. and Hawley K.E. Lactitol vs. Lactulose in the treatment of acute hepatic encephalopathy in cirrhotic patients: A double – blind, randomized trial // Hepatology. 1987; 7(6): 1278-1284.
- Shibasaki-Koichi et al. Effects of long-term administration of lactitol or lactulose in cirrhotic patients with chronic hepatic encephalopathy // Ther. Res. 2001; 22(4): 899-907.



# СЛАБИТЕЛЬНОЕ СРЕДСТВО

# Экспортал®

Саше №20, контейнер пластиковый 200 г

## Область применения Экспортала®:

- слабительное, применяется при запорах различной этиологии, относится к группе осмотических, обладает пребиотическими свойствами, нормализуя микрофлору желудочно-кишечного тракта;
- препятствует всасыванию ионов аммония  $\text{NH}_4^+$ , применяется для лечения печеночной энцефалопатии или системной энцефалопатии портального происхождения;
- при диабете не повышает уровня глюкозы в крови, так как не расщепляется и не всасывается в тонком кишечнике;
- может применяться у лиц, контролирующих массу тела, так как имеет очень низкую калорийность (2 Ккал/л).

## Удобство применения Экспортала®:

- не развивается привыкания - можно поддерживать постоянную эффективную дозу препарата;
- легко растворим в любой жидкости, например, в соке, кофе или чае, представляет собой сладкое вещество;
- не вызывает кариеса, не оказывает вредного воздействия на зубы, так как не снижает pH в полости рта.

## Способ применения и дозы:

### При запорах

Дети 1-6 лет - 2,5 - 5 г (1/2 - 1 чайная ложка порошка) в сутки.

Дети 6-12 лет - 5 - 10 г (1-2 чайных ложки порошка) в сутки.

Дети 12-16 лет - 10 - 20 г (1-2 пакетика или 2-4 чайных ложки порошка) в сутки.

Взрослые - 20 г (2 пакетика или 4 чайных ложки порошка) в сутки.

Препарат должен вызывать стул один раз в сутки. После наступления стабильного слабительного эффекта его дозу можно снизить. В ряде случаев для получения необходимого эффекта достаточно бывает половины рекомендованной суточной дозы.

### При печеночной энцефалопатии, печеночной прекоме и коме, гипераммониемии

Доза препарата должна быть подобрана индивидуально для каждого пациента, в зависимости от степени выраженности заболевания и индивидуальной реакции на препарат. Начальная суточная доза обычно составляет 0,5-0,7 г на 1 кг массы тела. Эту дозу разделяют на три разовые дозы. Принимают во время еды. Должна быть подобрана доза, вызывающая два «мягких» стула в сутки.



# АЛЬФА НОРМИКС: ВОЗМОЖНОСТИ

В рамках IX съезда Научного общества гастроэнтерологов России, проходившего в Центральном доме ученых РАН, 3 марта 2009 г. состоялся научный симпозиум при поддержке компании Solvay Pharma «Альфа Нормикс. Возможности применения в гастроэнтерологической практике». Симпозиум прошел под председательством профессора Л.Б. Лазебника, главного терапевта Москвы, директора ЦНИИ гастроэнтерологии. Основу научной программы составили доклады профессоров С.Н. Мехтиева, Е.А. Белоусовой, А.А. Ильченко, представившие специалистам современный селективный кишечный антибиотик Альфа Нормикс (рифаксимин).



## ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЬФА НОРМИКСА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖКТ, ВЫЗВАННЫХ

Два основных вопроса, которые мы хотим рассмотреть на старте нашего симпозиума, – каково место антибактериальной терапии и характеристики так называемого идеального антибиотика в гастроэнтерологии. Заболевания и верхних, и средних, и нижних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) объединяют

в плане выбора антибактериальных средств нарушения кишечной микрофлоры. Дисбиоз – это нарушение количественного и качественного состава микрофлоры. Синдром избыточного бактериального роста, как частный случай многих заболеваний кишечника (воспалительные заболевания кишечника, СРК в том числе), имеет четкую клиническую корреляцию – увеличение количества микробов и выраженных клинических проявлений. Синдром избыточного бактериального роста ведет к целому ряду патологических состояний – это и дефицит питательных веществ, эндогенная интоксикация, местное воспаление и пр. Каждое из этих состояний может являться отдельным направлением терапии, но общим подходом ко всему патогенетическому перечню является деконтаминация.

Чем мы традиционно проводим деконтаминацию кишечника? Что мы относим к так называемым кишечным антибиотикам? Как выбрать оптимальный кишечный антибиотик? Ни тетрациклины, ни фторхинолоны, ни нитрофураны в силу своих ограничений по лекарственным и пищевым взаимодействиям, возможности формирования резистентных штаммов и противопоказаниям не являются идеальными препаратами.

Каковы же черты того идеального антибиотика, или деконтаминанта, который мы хотели бы использовать в клинической практике?

К ним относятся широкий спектр действий, т.е. препарат должен действовать и на Грам+, и на Грам–, и на аэробы, и на анаэробы; быстрое создание высоких концентраций при низкой резистентности и минимум побочных действий.

Итак, Альфа Нормикс. Чем знаменателен этот препарат? Прежде всего, он обладает широким спектром антимикробного действия: активен в отношении большинства грамположительных и грамотрицательных, аэробных и анаэробных бактерий, вызывающих желудочно-кишечные инфекции.

Почти 100% препарата присутствует непосредственно в ЖКТ, именно благодаря этому создаются высокие концентрации антибиотика, которые значительно выше МПК для энтеропатогенных микроорганизмов. Альфа Нормикс не оказывает системного действия, а имеет локальный характер. Рифаксимин плохо всасывается из ЖКТ при приеме внутрь (менее 1%), поэтому лекарственные взаимодействия маловероятны. Особенностью препарата является то, что мы можем его абсолютно безопасно комбинировать с другими ЛС, как для



С.Н. Мехтиев, д.м.н., профессор




# ПРИМЕНЕНИЯ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

энтерального, так и для парэнтерального введения.

Вопрос резистентности крайне актуален в настоящее время. Очень интересны данные, подтверждающие то, что у условно патогенных и патогенных бактерий резистентность не возрастает, а нормофлора становится защищенной от действия препарата, т.е. наблюдается высокая селективность воздействия. При этом мы можем абсолютно спокойно повторять введение препарата Альфа Нормикс.

происходит воспаление как внутри дивертикула, так и за его пределами, предложена доза 800 мг 2 р./день 7 дней в течение каждого месяца 1 или 2 года – высокоэффективная профилактика. И мы видим, что вся основная симптоматика (явления метеоризма) значительно ниже по сравнению с пищевыми волокнами, в 8 раз уменьшается риск осложнений. При патологии печени (печеночная энцефалопатия) в сравнении с другими антибактериальными средствами

антибактериальное средство, кроме Альфа Нормикс, где частота метеоризма была бы в два раза реже, чем при плацебо.

Итак, кто же в настоящее время тот идеальный кишечный антибиотик, который имеет широкий спектр зоны действия с возможностью создания высокой концентрации, с очень низкой резистентностью, способностью модифицировать дозу и длительность применения препарата, – это Альфа Нормикс. Альфа Нормикс является несистемным антибиотиком широкого спектра действия для лечения острых желудочно-кишечных инфекций и показан к применению при диарее путешественников, синдроме избыточного роста микроорганизмов в кишечнике, печеночной энцефалопатии, симптоматическом неосложненном дивертикулезном заболевании ободочной кишки и хроническом воспалении кишечника, а также для профилактики инфекционных осложнений при колоректальных хирургических вмешательствах. 

## БАКТЕРИАЛЬНОЙ ФЛОРОЙ

Подбор дозы и длительности может быть произведен в зависимости от выраженности клинических проявлений. Доза 1200 мг/сут. сегодня принята оптимальной при лечении синдрома избыточного бактериального роста. Можно увеличить дозу, на фоне СРК при 1600 мг – 80% достигли эффекта, при 1200 – почти 60%. Сегодня мы можем манипулировать одним лишь препаратом, только меняя его дозу в зависимости от клинической ситуации.

Что касается длительности применения препарата, то здесь попробовали увеличить длительность от 7 до 10 недель у пациентов с СРК. Через 10 недель сохраняется отсутствие симптомов у пациентов с СРК (в сравнении с плацебо – 36% против 21%). Аналогично и яркой демонстрацией безопасности и эффективности препарата является категория пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника. Мы констатируем, что не антибактериальный препарат регламентирует дозу и длительность применения, а мы, имея высокобезопасное лекарственное средство, подбираем его дозу и длительность, которые нам необходимы. Отсюда и вытекают самые разнообразные схемы его использования.

При риске, например, реинфекции, при дивертикулярной болезни, когда

ми доза Альфа Нормикс в 1200 мг не дает никаких нежелательных побочных явлений при высокой эффективности.

Что касается вопроса цена/качество, то в сравнении с оригинальными фторхинолонами цифры абсолютно сопоставимы. Да, мы не говорим о дженериках.

Невозможно найти какое-то другое



# ПХЭС: ВСЕГДА ЛИ МЫ ЕГО ДИАГНОСТИРУЕМ



**А.А. Ильченко**, д.м.н., профессор  
ЦНИИ гастроэнтерологии

Я постараюсь конкретизировать понятие «постхолецистэктомический синдром» (ПХЭС) и показать его роль в формировании синдрома избыточного бактериального роста (СИБР). ПХЭС – условное обозначение различных нарушений, рецидивирующих болей и диспептических проявлений, возникающих у больных после холецистэктомии. Современное определение ПХЭС трактует его как совокупность функциональных или органических изменений в различных органах, связанных с патологией желчного пузыря или протоковой системы, которая усугубляется холецистэктомией либо развивается самостоятельно в результате технических погрешностей в ее проведении. Причины ПХЭС могут быть сгруппированы, что позволяет облегчить диагностический поиск той патологии, которая входит в понятие ПХЭС: диагностические ошибки, допущенные на дооперационном этапе и во время операций; технические погрешности и тактические ошибки при проведении операций – так называемый чистый ПХЭС и функ-

циональные нарушения, связанные с удалением желчного пузыря; а также обострение и прогрессирование заболеваний, которые существовали до операции и были спровоцированы холецистэктомией.

Диагностика наличия камней в настоящее время не представляет сложности. Но каковы же диагностические ошибки на дооперационном этапе? Не оцениваются секреторная недостаточность функции печени, не выявляется патология желчных путей функционального либо органического характера. Диагностические ошибки связаны еще и с тем, что не в полном объеме обследуются внепеченочные желчные пути. Камни могут организовать блок на любом уровне, что, конечно, усугубляет течение постоперационного периода. И сама операция, конечно, является тоже диагностическим этапом. Холецистэктомия не должна быть самоцелью, а это тоже этап диагностики, если имеются какие-то сомнения, то во время операции в полном объеме должны быть проведены и использованы те инструментальные методы диагностики, которые позволяют хирургу спокойно уйти из брюшной полости, чтобы потом терапевту не думать, почему возник ПХЭС в той или иной ситуации. Тактические и технические погрешности – это чисто хирургическая проблема, не стану подробно на этом останавливаться, но хочу привлечь внимание к тому, что вариабельность протоковой системы, различных дополнительных печеночных протоков и соединения пузырного протока с общим протоком очень велика. Синдром длинной культы – вот что, в частности, может ждать нас, если мы не будем учитывать все эти особенности.

Причиной ПХЭС может стать необоснованное удаление желчного пузыря, расширение показаний к его удалению. Ну и, конечно, потеря желчного пузыря, особенно функционирующего, отражается на работе других органов и систем, происходит функциональная перестройка. Классическим примером синхронной работы является работа сфинктера Люткинса со сфинктером Одди, ког-

да сокращается пузырь, открывается сфинктер Люткинса и сфинктер Одди и идет опорожнение пузыря, когда нет рефлекторного влияния пузыря на сфинктер Одди, он находится в спастическом состоянии, это приводит к синдрому билиарной гипертензии и так далее, так строится вся патогенетическая терапия.

Те органические заболевания, которые сопутствовали желчекаменной болезни, потому что желчекаменная болезнь развивается не один день, ее течение продолжается несколько лет, а иногда и десятилетий, и поэтому имеет право к этой патологии присоединиться и другая патология органов пищеварения.

В первую очередь я хотел бы отметить, что течение желчекаменной болезни практически у всех больных сопровождается снижением секреторной функции желудка с развитием атрофических процессов в антральном отделе.

В связи с тем, что утрачивается концентрационная функция желчного пузыря, потому что концентрация желчных кислот, которые обладают бактерицидным действием печеночной порции и пузырной порции, различаются на порядок, что является дополнительным условием для развития избыточного бактериального роста в самом центре двенадцатиперстной кишки, где происходит перекрест всех видов пищеварения. Таким образом, патология желчных путей может стать причиной структурных и функциональных нарушений печени, нередко неустраняемых операцией, становясь причиной ПХЭС. Билиарный тракт связан с выводящими протоками поджелудочной железы, и билиарная патология приводит к развитию острого и хронического панкреатита. Последний также может стать причиной ПХЭС. Сейчас на клиническую арену вышел СИБР. Диагностика ПХЭС должна придерживаться двух позиций – это диагностика заболеваний, обострившихся и развившихся после холецистэктомии, и выявление технических ошибок операции или осложнений после операции. Диагностические методы ПХЭС достаточно просты – клини-




# И ПРОВОДИМ АДЕКВАТНУЮ ТЕРАПИЮ?

ческие, лабораторные и инструментальные. Это доступные скрининговые методики и уточняющие, при которых можно видеть дополнительно какую-то патологию, которую не дают возможность выявить скрининговые методы. Спазм сфинктера Одди, дискинезия внепеченочных желчных протоков, желудка и двенадцатиперстной кишки, микробная контаминация, гастродуоденит, длинный пузырный проток после холецистэктомии могут быть причиной некоторых симптомов, входящих в ПХЭС, который следует расшифровать по результатам обследования. Формулировка диагноза должна включать, конечно, сам синдром на первом месте, сведения об операции, а далее функциональные нарушения и какую-то другую сопутствующую патологию.

Я буду говорить о консервативном лечении в связи с вопросом, правильно ли и в полном объеме проводится лечение этого синдрома. Если говорить об основных принципах медикаментозного лечения после

ПХЭС, то они должны включать четыре положения, это обеспечение нормального оттока желчи и панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку, нормализация химического состава желчи. Разрешение СИБР в тонкой кишке, обусловленного как снижением бактерицидных свойств самой желчи, так и бактерицидных свойств панкреатического сока, потому что эти оба процесса взаимосвязаны, – мы видим, что перспективы в плане его лечения есть. И хотя сейчас клинического материала и опыта в отношении лечения больных с СИБР в тонкой кишке после холецистэктомии еще нет, но мы располагаем литературными данными. Когда появился селективный, не всасывающийся в ЖКТ антибиотик Альфа Нормикс, можно думать, что этот препарат принес достаточно новую вежу и в лечении больных с ПХЭС.

Терапевтические возможности этого препарата у больных с СИБР – отмечается выраженный клинический эффект Альфа Нормикс, показывающий его преимущество в лечении таких

больных по сравнению с традиционными препаратами тетрациклинов. Препарат снижает образование бактериями аммиака и других токсических соединений, которые в случае тяжелого заболевания печени, сопровождающегося нарушением процесса детоксификации, участвуют в патогенезе и симпатологии печеночной энцефалопатии; повышенную пролиферацию бактерий при синдроме избыточного роста микроорганизмов в кишечнике; присутствие в дивертикуле ободочной кишки бактерий, которые могут участвовать в воспалении в и вокруг дивертикулярного мешка и возможно играют ключевую роль в развитии симптомов и осложнений дивертикулярной болезни; антигенного стимула, который при наличии генетически обусловленных дефектов в иммунорегуляции слизистой и/или в защитной функции, может инициировать или постоянно поддерживать хроническое воспаление кишечника; риск инфекционных осложнений при колоректальных хирургических вмешательствах. 







**Е.А. Белоусова**, д.м.н., профессор  
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского


## СИБР ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

СИБР повреждают мембранные ферменты и таким образом нарушают ту часть пищеварения, которая происходит на мембране тонкой кишки. И поэтому мы констатируем нарушения и полостного, и пристеночного, и мембранного пищеварения, причем все эти компоненты действуют взаимозависимо и синергично. Но главным в характеристике этих нарушений является дефицит ферментов в полости двенадцатиперстной кишки и избыточная колонизация проксимальных отделов тонкой кишки условно патогенными микроорганизмами.

Первые синдромы, которые сопутствуют патологии поджелудочной железы, – это нарушения пищеварения. В данном случае речь идет о том, что должна быть адекватная ферментная терапия – прежде чем корректировать СИБР, нужно наладить пищеварение, причем достаточно высокими дозами ферментных препаратов. У больных хроническим панкреатитом СИБР встречается в 40% случаев. При хроническом панкреатите СИБР – одна из наиболее частых причин, которые приводят к недостаточной эффективности ферментных препаратов. Применение Креона в ряде случаев может быть недостаточным для того, чтобы ликвидировать СИБР. И тогда необходимо воздействие антибактериальными препаратами. В этом случае проводится деконтаминация тонкой кишки. Подчеркну, это должна быть селективная декон-

таминация, воздействующая преимущественно на патогенную, условно патогенную флору и не затрагивающая представителей нормофлоры.

Каковы должны быть требования к оптимальному антибактериальному препарату? Первое – препарат не должен всасываться из ЖКТ. Он должен создавать высокую концентрацию в полости кишки и не должен подавлять нормофлору. Он должен иметь достаточно широкий спектр действия против аэробов и анаэробов, минимум побочных эффектов и, конечно, доказанную эффективность.

В какой мере можно говорить о соответствии этим критериям рифаксимина (Альфа Нормикс)? Препарат не абсорбируется или очень мало абсорбируется из ЖКТ и поэтому дает высокую концентрацию и в просвете, и в слизистой оболочке. Соответственно, поскольку он не всасывается, он имеет минимум побочных эффектов и хорошо переносится. Обладает широким спектром антибактериального действия. При применении рифаксимина уровень представителей нормофлоры падает к первой неделе, но уже ко второй неделе их уровень возвращается к исходному, т.е. о рифаксимине можно говорить как о препарате селективном, не воздействующем на нормофлору. И он не вызывает резистентности, т.е. по сути соответствует всем тем требованиям, которые мы хотели бы видеть в антибиотике. 

Чтобы понять, что такое синдром избыточного бактериального роста (СИБР) и можно ли вообще его корректировать, нужно знать, какова нормальная микрофлора ЖКТ, и помнить о том, что заселенность ЖКТ не одинакова. В проксимальных отделах тонкой кишки есть защитный механизм, который позволяет сохраняться относительной константе 104-105 КОЕ/мл кишечного содержимого. Повышение содержания микроорганизмов (свыше 105 КОЕ/мл) – это и есть СИБР, и я подчеркиваю, что этот термин относится, по современным представлениям, исключительно к проксимальным отделам тонкой кишки. Как дисбактериоз, так и СИБР – это не диагноз, а вторичный синдром, причем синдром микробиологический. Он развивается не всегда, даже можно говорить о том, что он может развиваться при определенной патологии. Лечение как дисбактериоза, так и СИБР не является самоцелью. Прежде всего нужно устранять причину, лечить основное заболевание. Заболевание поджелудочной железы (это чаще всего хронический панкреатит) сопровождается тремя синдромами: нарушение процессов всасывания, СИБР и нарушение моторной функции ЖКТ.

Токсины условно патогенных флор, которые заселяют тонкую кишку при



# СЕЛЕКТИВНЫЙ КИШЕЧНЫЙ АНТИБИОТИК ШИРОКОГО СПЕКТРА ДЕЙСТВИЯ



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

# Елена Колодей: «Нижегородцев»

О том, как работает служба гастроэнтерологической помощи в Нижегородской области, каковы ее основные проблемы и в каком направлении ей следует развиваться, размышляет главный гастроэнтеролог Нижегородской области Елена Николаевна Колодей в интервью региональному корреспонденту журнала «Эффективная фармакотерапия в гастроэнтерологии» Татьяне Кокиной–Славиной.

## Елена Николаевна, расскажите, пожалуйста, о структуре гастроэнтерологической заболеваемости в Нижегородской области.

На первом месте по распространенности сейчас находятся патологии гепатобилиарной системы, то есть патологии печени, поджелудочной железы, желчного пузыря. Все больше становится пациентов с хроническим панкреатитом (по данным 2008 года, более 30% от общего числа гастроэнтерологических больных). Растет число больных с гепатитами и циррозами печени (по данным 2008 года, 20%; для сравнения: в 2007 году эта цифра составляла 17%). Причем к нам поступает все больше и больше тяжелых больных, с осложнениями. Налицо тенденция и к росту заболеваемости такими тяжелыми недугами, как неспецифический язвенный колит, болезнь Крона. За 2008 год таких больных было больше 6%. В 2007 году эта цифра составляла 5%. Пока рано говорить о том, с какими результатами мы завершим текущий год, но уже сейчас я могу констатировать, что ежемесячно мы регистрируем в нашем отделении по 20 пациентов с неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона. А это очень много. Увеличивается количество больных с функциональной патологией кишечника – синдромом раздраженной толстой кишки. Таких пациентов, по данным 2008 года, было около 5%. Традиционно большой процент (21%) в структуре заболеваемости занимает гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. В 2006 году таких пациентов было всего 10%.

## Чем вызван столь бурный рост заболеваемости панкреатитами и гепатитами?

К сожалению, у большинства наших соотечественников отсутствует культура питания. Режим потребления пищи соблюдают лишь единицы. Вместо рекомендуемого гастроэнтерологами 3-4-разового питания многие предпочитают плотно позавтракать и еще более плотно ужинать, днем перебиваясь фастфудом и перекусывая всухомятку. Мало кто контролирует содержание в своем рационе жиров и углеводов. Необходимо, чтобы с самого детства у ребенка вырабатывались здоровые пищевые привычки. Чтобы школьник соблюдал режим отдыха, ел не булочки и чипсы, а имел горячее питание. Работающим людям также надо организовать полноценное питание в офисе, на производстве. Еще один фактор, способствующий росту заболеваемости панкреатитами и гепатитами – стрессовые ситуации, перегрузки на работе. И, конечно, неумеренное потребление алкогольных напитков. Особенно это характерно для больных с циррозами, хроническими панкреатитами. Пугает, что с этими тяжелыми диагнозами госпитализируют довольно много молодых пациентов. Сейчас не редкость у 30-летнего диагностировать терминальную стадию цирроза печени. Как правило, такие больные регулярно и в большом количестве употребляют спиртное – обычно не-



**Е.Н. Колодей – заведующая гастроэнтерологическим отделением Нижегородской областной клинической больницы имени Н.А. Семашко, главный гастроэнтеролог Нижегородской области**

качественный алкоголь – с 15-17 лет. В результате лет через десять формируется тяжелая патология поджелудочной железы и печени. Еще один бич нашего времени – вирусные гепатиты В и С. Недавно я была на научной конференции в Москве, где как раз и обсуждались проблемы лечения данных заболеваний. Коллеги из других городов России констатировали, что число пациентов с данной патологией растет год от года. Коварство гепатита С состоит в том, что обычно он протекает бессимптомно, а через 10-15 лет дает серьезные осложнения: сначала это гепатит, затем цирроз, который со временем перерождается в рак печени. В ближайшие годы врачи ожидают увеличения числа таких больных. Проблема состоит в том, что противовирусная терапия очень дорога, и к ней прибегают единицы. Правда, сейчас государство начало выделять деньги на противовирусную терапию.



# атакуют панкреатит и гепатит»

## Может быть, по каким-то заболеваниям есть тенденции к снижению?

Небольшую тенденцию к снижению мы видим по эрозивно-язвенным поражениям желудка, двенадцатиперстной кишки. Если в 2006 году таких пациентов было 9%, то сейчас – около 6%. Не растет количество больных с гастродуоденитами, ЖКБ. Таких пациентов примерно 2% в общей структуре гастроэнтерологической заболеваемости.

## Сколько больных пролечивается за год по гастроэнтерологическому профилю в Нижегородской области?

В нашем отделении в 2008 году пролечились 1406 пациентов. Количество пациентов, получивших лечение в стационарах города, в прошлом году составило 4745 человек. Всего же в 2008 году в Нижегородской области было зарегистрировано 165426 пациентов с гастроэнтерологическими патологиями, из них 36878 – по области. На диспансерном учете состоит 44194 человека. Первичная заболеваемость – 1353. Показатель летальности относительно невысок – 0,6, а в 2006 году он был 0,9, т.е. наметилась позитивная тенденция.

## Много ли пациентов с тяжелыми формами заболеваний, осложнениями?

К сожалению, да. В стационаре мы лечим больных с тяжелыми стадиями декомпенсированного цирроза. Растет число осложненных панкреатита: панкреонекрозы, кисты поджелудочной железы. Со стороны язвенной болезни стабильно высок показатель такого осложнения, как кровотечения, в том числе и рецидивирующие – 25% всех язвенных больных. Также к осложнениям язвенной болезни относятся перфорации, пенетрации, стенозирование просвета органа, малигнизации. Довольно высок процент леталь-

ности среди этой группы больных.

## Елена Николаевна, что представляет собой система гастроэнтерологической помощи Нижегородской области?

По данным 2008 года, в Нижегородской области 348 гастроэнтерологических коек. В самом Нижнем Новгороде – 235 коек. Из них 60 располагаются на базе Нижегородской областной клинической больницы имени Н.А. Семашко. В городе функционирует еще пять специализированных гастроэнтерологических отделений при городских больницах № 39, 30, 12, 13 и 40.

Два гастроэнтерологических отделения общим числом 85 коек – в Дзержинске. Это довольно крупный город с большой численностью населения. Кроме того, там сложная экологическая ситуация, что не может не сказываться на заболеваемости, и гастроэнтерологические отделения на базе военного госпиталя существуют в Дзержинске давно.

В районах области – Городецком, Уренском, Борском, Кстовском, Павловском, Чкаловском и Арзамасском – единичные койки: от двух до 13. Как правило, сложных пациентов из области мы берем к себе. Те, у кого не столь серьезные патологии, получают медпомощь на базе центральных районных больниц.

## По вашим оценкам, в области достаточно гастроэнтерологических коек?

Мне кажется, их должно быть больше. Наше отделение подчас не справляется с наплывом пациентов. По нормативам, больных в стационаре должно быть не более 105%. Мы же берем больше пациентов, а значит, идет повышенная нагрузка на медицинский персонал. Поэтому желательно, чтобы количество коек увеличивалось. Сейчас же, наоборот, идет тенденция к сокращению коечного фонда. В стационарах теперь

будут лежать только тяжелые больные. Если раньше госпитализировали с гастритами, то сейчас в стационарах с такими диагнозами практически не лечатся. Исключение – юноши, которых райвоенкомат отправляет на обследование. С язвенной болезнью сейчас тоже практически не госпитализируют, только в случае осложнений. Сейчас появились очень хорошие препараты – как импортного, так и отечественного производства. Поэтому лечить таких пациентов можно и амбулаторно. Если у них нет тяжелой сопутствующей патологии, осложнений, то в госпитализации нет необходимости. Но в этом случае необходимо соблюдение режима питания, отдыха, приема лекарств и других рекомендаций врача. В основном пациенты стационара – это тяжелые больные с циррозами печени, острыми панкреатитами, язвенными колитами.

## Сколько гастроэнтерологов работает в Нижегородской области на данный момент?

37 гастроэнтерологов. В основном все они принимают в Нижнем Новгороде и Дзержинске. Четыре специалиста работают в Городецком районе. Из 59,25 штатных должностей сейчас занято 53,75 ставок. Так что небольшая недоукомплектация есть. Получается, что в центральных районных больницах узких специалистов нет. Но могу сказать, что, по моим прогнозам, узких специалистов будет становиться все меньше и меньше. Потому что если терапевтам и участковым что-то доплачивают, то узким специалистам – нет.

## В чем особенность гастроэнтерологической помощи в Нижегородской области? Есть какая-то своя «изюминка»?

Стандарты лечения едины по всей России, и мы их неукоснительно соблюдаем. Но своя «изюминка» у нас все же есть. На базе областной больницы имени Н.А. Семашко ➔

располагается федеральный гастроцентр. Там работают два доктора наук – профессор О.П. Алексеева и профессор С.В. Криштопенко, которые занимаются патологией кишечника: неспецифическим язвенным колитом, болезнью Крона. Больные с тяжелыми патологиями приезжают к нам со всего Приволжского Федерального округа.

### **Как обстоят дела с поставками препаратов для лечения больных в стационаре? Случается ли, что ваши пациенты вынуждены приобретать лекарственные препараты за свой счет?**

Как правило, больные получают в полном объеме и обследование, и лечение всеми необходимыми препаратами. В нашем гастроэнтерологическом отделении необходимости приобретать лекарства на свои деньги нет. Даже если у больного имеется сопутствующая патология – например, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, бронхиальная астма – в стационаре его обеспечивают всеми необходимыми лекарствами в полном объеме. В том числе и дорогими – импортного производства. Вот, например, в этом году в федеральные списки препаратов, которые можно использовать в стационарах, вошли такие средства, как Даларгин, Тримедат, Фосфоглив, Санпраз, Бускопан. Вообще, новых препаратов появляется много, но не все они входят в федеральные списки.

### **Елена Николаевна, как вы оцениваете уровень оснащенности гастроэнтерологических отделений диагностическим, операционным оборудованием?**

Парк УЗИ-службы постоянно обновляется и расширяется. Появились современные УЗИ-сканеры, благодаря которым стало возможным получить трехмерное цветное изображение брюшной полости, в том числе и сосудистой системы. Это дает очень точную диагностику даже минимальных патологических изменений. Конечно, хотелось бы, чтобы аппаратуры было больше. Я сама эндоскопист, занимаюсь исследованием желудка, кишечника,

и вижу, что очереди на диагностическое обследование все же существуют. И если больной поступает в стационар, мы не всегда в первые же дни можем в полном объеме осуществить комплекс диагностических обследований. Есть и вторая проблема: иной раз для работы на аппаратуре не хватает специалистов. И особенно большая проблема с этим в районах области. Аппаратура есть, а врачей, умеющих на ней работать, нет. Поэтому больные из сельских районов вынуждены приезжать на диагностику в Нижегородскую областную клиническую больницу имени Н.А. Семашко.

### **Внедряются ли новые способы диагностики, лечения или все из года в год идет по накатанной схеме?**

Конечно, внедряются. Появились новые методы как инструментальной, так и лабораторной диагностики. Например, за последний год в нашем стационаре мы стали использовать неинвазивные методы, когда для диагностики первичного билиарного цирроза, аутоиммунного гепатита достаточно взять только анализ крови на антитела. Это довольно точный метод диагностики. Раньше это было возможно только путем биопсии печени.


В третьем квартале ожидается внедрение нового метода диагностики панкреатита – эластазного теста. Это золотой стандарт, очень эффективный метод диагностики панкреатита на ранних стадиях. Мы широко используем неинвазивные методы диагностики на наличие хеликобактерной инфекции путем взятия крови, кала. Сейчас растет число паразитарной патологии. Очень эффективен новый метод диагностики гельминтоза, лямблиоза, целиакии взятием анализа крови. Традиционный метод копрологии не всегда позволяет увидеть яйца глистов, а вот новый анализ очень точен. Мы в курсе всех мировых работ. Я регулярно посещаю конференции, езжу в Москву, в октябре была в Вене. Мы получаем и изучаем всю мировую медицинскую литературу. Так

что особых различий в лечении гастроэнтерологических больных в России и за рубежом нет. Используются ли разработки нижегородских ученых? Так, несколько лет назад наш гастроэнтеролог Ирина Переслегина изобрела метод диагностики по слюне. Этот метод – ИК-Фурье-спектрометрия – хорош для диагностики эрозивно-язвенных и онкологических поражений на ранних стадиях. Это очень точный метод, к тому же недорогой. По себестоимости получается около 500 рублей. Для сравнения, фиброгастроудоденоскопия стоит три тысячи рублей. Однако пока метод ИК-Фурье-спектрометрии находится в стадии разработки.

### **Бывает, что в сложных случаях вам приходится отправлять пациента на диагностику в Москву?**

У нас нет таких квот, поэтому мы не можем направлять пациентов в Москву. Если они желают, то могут ехать за свой счет. Однако такой необходимости нет. Сейчас всю диагностику можно пройти и на региональном уровне.

### **На какие аспекты гастроэнтерологии государственному здравоохранению следует обратить особенно пристальное внимание?**

Нужно совершенствовать и расширять методы диагностики, особенно кислотозависимости – необходим суточный pH-метр. Нужно улучшать диагностику патологий тонкого кишечника. Сейчас капсульный метод, к сожалению, очень дорог. Нужно расширять эндоскопическую службу. Растет число онкологических больных с поражением желудка, кишечника. Поэтому необходимо шире проводить обследование, диспансерное наблюдение людей, чтобы выявлять патологии на ранних стадиях. Как правило, к нам попадают люди с запущенными стадиями, когда эффективно помочь им мы уже не можем... Если у пациента возникли жалобы, он должен знать, что надо как можно скорее обратиться к специалисту, чтобы не пропустить серьезного заболевания. 

Министерство здравоохранения и социального развития РФ  
Кафедра нервных болезней ФППОВ ММА им. И.М. Сеченова

17-18 сентября 2009 года

Российская научно-практическая конференция,  
посвященная памяти академика Александра Моисеевича Вейна

# «ВЕГЕТАТИВНЫЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВО ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ»

Место проведения: здание Правительства г. Москвы, ул. Новый Арбат, д. 36

## Основные направления научной программы

1. Функциональные расстройства:
  - истерические расстройства;
  - расстройства в гастроэнтерологии (болевой синдром);
  - расстройства в кардиологии (болевой синдром).
2. Болевые расстройства:
  - головные боли напряжения;
  - вторичные головные боли;
  - нейропатические головные боли;
  - психогенные головные боли;
  - поясничные боли;
  - тревога и депрессия.
3. Вегетативные нарушения:
  - синдром вегетативной дистонии;
  - вегетативные кризы (панические атаки);
  - нарушения терморегуляции (потоотделения);
  - кардиалгии;
  - гипервентиляционный синдром;
  - периферическая вегетативная недостаточность.
4. Пароксизмальные состояния:
  - эпилепсия;
  - обмороки;
  - мигрень.
5. Нарушения сна.

В Конференции принимают участие ведущие специалисты научных и клинических центров России.

В рамках Конференции будет работать выставочная экспозиция лекарственных препаратов (антидепрессанты, антиконвульсанты, нейролептики, транквилизаторы, противоболевые,  $\beta$ -адреноблокаторы, препараты гастроэнтерологической и кардиологической направленности), медицинского оборудования и средств реабилитации.

Оргкомитет конференции: кафедра нервных болезней ФППОВ ММА им. И.М. Сеченова

Организатор конференции: ООО «ДИАЛОГ».

Тел./факс: (495) 631-73-83; e-mail: dialog2008@inbox.ru





НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
КОНГРЕСС  
ТЕРАПЕВТОВ

2–4 декабря 2009 года

Москва, проспект Вернадского, 84

Министерство здравоохранения и социального развития РФ  
Российское научное медицинское общество терапевтов  
Всероссийское научное общество кардиологов  
Всероссийское общество неврологов  
Научное общество гастроэнтерологов России  
Российское общество клинических исследователей  
Национальное научно-практическое общество  
скорой медицинской помощи  
Российский государственный медицинский университет

100 лет Российскому научному медицинскому обществу терапевтов

# IV Национальный конгресс терапевтов

(XX Съезд российских терапевтов)

## Секретариат Конгресса:

117420, Москва, а/я 1  
НП «Дирекция  
«Национального конгресса терапевтов»  
телефон (495) 518-26-70  
электронная почта congress@nc-i.ru  
[www.nc-i.ru](http://www.nc-i.ru)

## Выставка:

НП «Дирекция  
«Национального конгресса терапевтов»  
телефон (495) 786-25-57  
электронная почта congress@nc-i.ru  
Смирнов Дмитрий Анатольевич

## Основные вопросы программы:

Новые диагностические технологии в практике врача-терапевта.  
Совершенствование методов первичной и вторичной профилактики  
основных терапевтических заболеваний.  
Новые тенденции в лечении общетерапевтической патологии.  
Внедрение клинических рекомендаций и стандартов лечения основных  
терапевтических заболеваний, стандартизация терапевтической  
помощи.

## В рамках Конгресса:

10-й ежегодный форум

**Скорая помощь 2009**



Роль скорой и неотложной медицинской помощи в реализации Концепции  
развития здравоохранения до 2020 года

Новые клинические рекомендации и протоколы ведения больных на  
догоспитальном этапе

Образование специалиста (врач, фельдшер, медицинская сестра) первичного  
звена: критерии знаний и стандарт их оценки

Новая симуляционная технология обучения в неотложной медицине

Стратегия профилактики и стратегия «высокого риска» в неотложной медицине

## Генеральные информационные партнеры:

ФАРМАТЕКА

МЕДИЦИНСКИЙ  
ВЕСТНИК

## Информационные спонсоры:



## ПЯТНАДЦАТАЯ РОССИЙСКАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКАЯ НЕДЕЛЯ

Уважаемые коллеги!



Российская гастроэнтерологическая ассоциация (РГА), Российское общество по изучению печени (РОПИП), Российское общество эндоскопистов (РОЭндо) приглашают Вас принять участие в работе очередного съезда врачей-гастроэнтерологов страны – Пятнадцатой Российской гастроэнтерологической недели. Гастронеделя состоится в Москве **с 12 по 14 октября 2009 года** в Российской академии государственной службы при Президенте РФ по адресу: проспект Вернадского, д. 84 (ст. метро «Юго-Западная»).

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

Перед Гастронеделями **10–11 октября 2009 года** будет проведена Осенняя сессия Национальной Школы гастроэнтерологов, гепатологов. В рамках программы Гастронедели будет проведен симпозиум Российского общества эндоскопистов.

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

**Вход на научные заседания Гастронедели свободный.**

**Требования к оформлению и представлению тезисов, а также порядок представления заявок для участия в работе Гастронедели размещены по адресу: [www.gastro.ru](http://www.gastro.ru).**

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

**Телефоны:** +7 (499) 263-57-74, +7 926 213-25-52. **Факс:** +7 (495) 263-57-74 (авт., круглосуточно).

**Электронная почта:** rgas@orc.ru, rga-org@yandex.ru. **Адреса в интернете:** [www.gastro.ru](http://www.gastro.ru), [www.liver.ru](http://www.liver.ru)

# Гепат-Мерц®

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

**Гепат-Мерц**  
гранулы

**Гепат-Мерц**  
инфузионный  
концентрат



## **Гепат-Мерц (L-орнитин-L-аспартат)**

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

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



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



урсодеоксихолевая кислота

# УРСОСАН

*Первая звезда гепатологии*



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

Представительство в Москве:  
тел./факс (495) 679-07-03, 679-56-05; e-mail: [promedcs@sonet.ru](mailto:promedcs@sonet.ru)

