



Маалокс®



ЗАГАСИ ВОГОНЬ ПЕЧІЇ!

- Швидко¹ та на тривалий час² позбавляє печію
- Різні форми випуску:
 - ✓ таблетки
 - ✓ суспензія у пакетах по 15 мл
 - ✓ суспензія у флаконах
 - ✓ Маалокс® міні – суспензія у пакетах по 4,3 мл



¹ Васильев Ю.В. Есть ли необходимость в настоящее время использовать антацидные препараты в терапии кислотозависимых заболеваний? // Медицинский вестник. – Апрель 2008. – № 15 (442). – С. 11.
² Ушкалова Е.А. Клиническая фармакология современных антацидов // Фарматека. – 2006. – № 11. – С. 1–6.

Р.П. МОЗ України № UA/6920/01/01 від 17.08.07, № UA/9219/01/01, № UA/9220/01/01, № UA/9220/02/01 від 17.12.08. Реклама: лікарський засіб. Перед застосуванням проконсультуйтеся з лікарем та уважно ознайомтеся з інструкцією. Зберігати в недоступному для дітей місці. ТОВ «Санofi-Авентіс Україна». Київ, 01033, вул. Жиліанська, 48–50а, тел.: +38 (044) 354 20 00, факс: +38 (044) 354 20 01.



Переможець у номінації «Препарат від печію» серед експертів.

Ліцензійний договір № 40 LPFU про надання дозволу на використання товарного знака для товарів та послуг від 24.02.2010.

sanofi aventis

Здоров'я – це важливо

UA.MAA.11.03.01

Распределение жировой ткани у подростков с неалкогольной жировой болезнью печени

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) – заболевание, характерное для взрослого населения; вероятно, поэтому эпидемиологические характеристики и клинические особенности течения НАЖБП у подростков остаются не изученными. Группа ученых из Австралии исследовала распространенность и факторы риска развития этого заболевания в указанной популяции. Исследователи проанализировали данные 1170 подростков, которые ранее были включены в когорту пациентов, принявших участие в испытании Western Australian Pregnancy Cohort Study. Все больные были подвергнуты лабораторно-инструментальному обследованию: анкетированию, антропометрии, ультразвуковому обследованию органов брюшной полости в совокупности с клинико-биохимическими анализами крови. В когорте обследованных пациентов НАЖБП была диагностирована в 12,8% случаев. Девушки чаще, чем юноши, страдали данным заболеванием (соответственно 16,3 vs 10,1%; $p=0,004$) и центральным ожирением (соответственно 33,2 vs 9,9%; $p<0,05$). Степень стеатогепатоза у лиц как женского, так и мужского пола зависела от индекса массы тела, окружности талии, толщины подкожной жировой ткани, концентрации лептина в сыворотке крови, значений гомеостатической модели оценки резистентности к инсулину (во всех случаях $p<0,001$), уровня аланинаминотрансферазы (АЛТ; $p<0,005$). У юношей степень стеатогепатоза возрастала с увеличением площади висцеральной жировой ткани ($p<0,001$), снижением сывороточного уровня адипонектина ($p<0,05$). Толщина подкожной жировой ткани у подростков обоего пола почти не отличалась ($p>0,05$), однако у пациентов мужского пола количество висцеральной жировой ткани было больше, также как и степень тяжести метаболического синдрома (высокий уровень гликемии и систолического артериального давления, низкая концентрация адипонектина и холестерина липопротеинов высокой плотности) и поражения ткани печени (уровни АЛТ и аспартатаминотрансферазы – АСТ), по сравнению с пациентами женского пола (во всех случаях $p<0,001$). Ученые определили следующие предикторы развития НАЖБП: толщина кожной складки на уровне подвздошных костей, индекс массы тела, степень инсулинорезистентности, толщина висцеральной жировой ткани.

Ayonrinde O. et al. Hepatology. 2011. № 53 (3): 800-900.

Концентрация адипонектина в плазме крови – индикатор жирового гепатоза

Известно, что основную роль в развитии и прогрессировании жировой болезни печени отводят высокой активности провоспалительных цитокинов и адипокинов. Работа ученых под руководством P. Pisto была посвящена выявлению и изучению признаков жирового гепатоза у населения Италии. В этом эпидемиологическом исследовании было обследовано 1200 пациентов (600 мужчин, 600 женщин, в возрасте от 40 до 59 лет). В состав основной группы вошли 600 больных артериальной гипертензией, остальные 600 пациентов составили контрольную группу. Степень стеатогепатоза оценивали при помощи ультразвукового исследования на основании изменения яркости ультразвукового сигнала, который измеряли с помощью числовых величин (от 0 до 2).

В ходе исследования ученые зафиксировали наличие корреляционной связи между показателями экзогенности печеночной ткани и плазменной концентрации адипонектина ($p<0,001$), лептина ($p<0,001$), грелина ($p<0,005$), высокоселективного С-реактивного протеина ($p<0,001$). При объединении в одну группу хорошо известных факторов риска жирового гепатоза (возраст, пол, индекс массы тела, окружность талии, количественный индекс контроля чувствительности к инсулину, курение, употребление алкоголя), а также новых маркеров заболевания (концентрация адипонектина, лептина, грелина, высокоселективного С-реактивного протеина), оказалось, что независимым индикатором изменения экзогенности печеночной ткани является только концентрация адипонектина в плазме крови ($p=0,025$). После внесения поправок на другие метаболические факторы риска, маркеры воспаления, концентрацию адипоцитарных гормонов, наиболее значительным индикатором усиления яркости ультразвукового сигнала был признан уровень адипонектина. Ученые пришли к выводу, что прогнозировать развитие жирового гепатоза можно по снижению плазменной концентрации адипонектина.

Pisto P. et al. Metabolism. 2011. May 10. Epub ahead of print

Жировой гепатоз провоцирует рецидив бактериальных инфекций

Известно, что сахарный диабет и ожирение являются основными компонентами метаболического синдрома.

Недавно было высказано предположение, что течение метаболического синдрома может быть ассоциировано с развитием бактериальной инфекции. Ученые из Израиля попытались установить, свойственен ли больным НАЖБП высокий риск рецидива бактериальных инфекций.

На протяжении трех лет исследователями было обследовано и отобрано для участия в испытании 247 больных НАЖБП и 100 пациентов, не имевших признаков НАЖБП, страдавших любой бактериальной инфекцией (группы участников были сопоставимы по возрасту и полу). Рецидив бактериальной инфекции диагностировали, если больной перенес ≥ 2 эпизодов бактериальной инфекции в течение года на протяжении трех последних лет. У всех пациентов определяли уровень оксидативного стресса, инсулинорезистентность, сывороточную концентрацию витамина D, активность биомаркеров воспаления.

Рецидив бактериальной инфекции чаще диагностировали у больных НАЖБП по сравнению с пациентами, не имевшими ультразвуковых признаков НАЖБП (22 vs 8%; $p<0,001$). Статистический анализ продемонстрировал, что возраст, индекс массы тела, окружность талии у мужчин, сывороточная концентрация витамина D, триглицеридов, малонового диальдегида, параоксоназы-1 были ассоциированы с рецидивом бактериальной инфекции у больных НАЖБП. Ученые зафиксировали тесную корреляционную связь между наличием НАЖБП (отношение шансов (ОШ) 3,0; 95% ДИ 2,6-4,2; $p<0,001$), концентрации витамина D в сыворотке крови < 20 нг/мл (ОШ 2,6; 95% ДИ 2,4-3,1; $p=0,01$), ожирения (при индексе массы тела > 30 кг/м²; ОШ 2,2; 95% ДИ 1,8-2,9; $p=0,02$) и развитием рецидива бактериальной инфекции вне зависимости от наличия метаболического синдрома.

Nseir W. et al. Dig Dis Sci. 2011. DOI: 10.1007/s10620-011-1736-5.

Способ неинвазивной диагностики фиброза печени при помощи дыхательного теста

Прогрессирующее течение НАЖБП сопровождается значимым ухудшением функции печени и формированием фиброзных изменений в печеночной ткани. Золотым стандартом диагностики фиброза печени является пункционная биопсия. Ученые из Австралии попытались диагностировать фиброз печени у больных НАЖБП при помощи ¹³C-кофеинового дыхательного теста – неинвазивного качественного метода оценки функции печени.

В исследовании приняли участие 48 больных НАЖБП и 24 пациента, не имевших клинических проявлений заболевания. У всех участников функция печени была диагностирована при помощи ¹³C-кофеинового дыхательного теста, показатели которого впоследствии сопоставили с клинико-биохимическими, гистологическими данными. Результаты ¹³C-кофеинового дыхательного теста у пациентов с НАЖБП легкой степени тяжести ($2,28 \pm 0,71$ Δ‰ на 100 мг кофеина) не отличались от контрольных значений ($2,31 \pm 0,85$ Δ‰ на 100 мг кофеина; $p=1,0$). При прогрессировании НАЖБП показатели дыхательного теста существенно снижались по сравнению с контрольными: у больных неалкогольным стеатогепатитом они составляли $1,59 \pm 0,65$ Δ‰ на 100 мг кофеина ($p=0,005$); у пациентов с циррозом печени не превышали $1,0 \pm 0,73$ Δ‰ на 100 мг кофеина ($p<0,001$). Значения ¹³C-кофеинового дыхательного теста соответствовали показателям шкалы, предложенной E. Brunt для оценки степени фиброза печени ($r=-0,49$; $p<0,001$), но не с выраженностью стеатоза ($p=0,23$) или воспаления ($p=0,08$). Результаты дыхательного теста также коррелировали с концентрацией альбумина ($r=0,37$; $p=0,009$), отношением АСТ/АЛТ ($r=-0,34$; $p=0,018$), уровнем тромбоцитов ($r=0,31$; $p=0,03$), международным нормализованным отношением ($r=-0,61$; $p<0,001$). Австралийские ученые установили, что независимыми предикторами развития фиброза (степень тяжести ≥ 2) являются возраст пациента (ОШ 1,12; 95% ДИ 1,042-1,203; $p=0,002$), показатели ¹³C-кофеинового дыхательного теста (ОШ 0,264; 95% ДИ 0,084-0,822; $p=0,02$).

На основании полученных данных авторы исследования пришли к выводу, что ¹³C-кофеиновый дыхательный тест отражает степень тяжести фиброза печени у больных НАЖБП, он может быть использован в клинической практике в качестве неинвазивного диагностического маркера фиброзных изменений в ткани печени.

Park G.J. et al. J Gastroenterol Hepatol. 2011. doi: 10.1111/j.1440-1746.2011.06760.x.

Влияние пробиотических штаммов Lactobacillus rhamnosus GG на течение жирового гепатоза у детей

Итальянские ученые изучали влияние кратковременного приема пробиотика, содержащего Lactobacillus rhamnosus GG, на состояние здоровья детей с НАЖБП.

Было обследовано 20 пациентов (средний возраст 10,7±2,1 года) с избыточной массой тела, персистирующей гипертрансаминаземией и ультразвуковыми признаками НАЖБП, не соблюдавших рекомендации по модификации образа жизни. На момент включения в эксперимент у всех больных были проведены антропометрические измерения, определены уровни аминотрансфераз, фактора некроза опухоли α ; оценены гепаторенальное соотношение, наличие сывороточных антител к антипептидогликан-полисахаридным полимерам (PG-PS); проведены пероральный тест толерантности к глюкозе и водородный дыхательный тест. После подтверждения диагноза НАЖБП и исключения других возможных причин жирового гепатоза пациентам назначали пробиотик, содержащий штаммы *Lactobacillus rhamnosus* GG (12 млрд КОЕ/сут) или плацебо на протяжении 8 нед.

После завершения курса приема пробиотического препарата ученые отметили у пациентов достоверное снижение уровня аланиновой аминотрансферазы и анти-PG-PS антител (в обоих случаях среднее отклонение от аналогичных значений в группе плацебо составило $p=0,03$), тогда как значения индекса массы тела, количества висцерального жира, фактора некроза опухоли α , ультразвуковые признаки выраженности стеатоза оставались относительно стабильными.

P. Vajro и соавт. считают, что назначение пробиотических штаммов *Lactobacillus rhamnosus* GG может быть показано детям с НАЖБП и ожирением, не соблюдающим рекомендации по модификации образа жизни, для коррекции гипертрансаминаземии.

Vajro P. et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2011. Epub ahead of print

Влияние пробиотических штаммов *Lactobacillus casei* на состояние тонкого кишечника у больных, длительно принимающих низкие дозы аспирина

Известно, что длительный прием низких доз аспирина может способствовать повреждению слизистой оболочки тонкого кишечника, однако количество испытаний, изучавших возможные терапевтические подходы к профилактике данной патологии, очень незначительно. Японские ученые под руководством Н. Endo опубликовали результаты пилотного исследования, в котором изучалась эффективность пробиотика, содержащего штаммы *Lactobacillus casei*, в купировании клинических проявлений аспириноиндуцированного поражения слизистой оболочки тонкого кишечника.

В эксперименте приняли участие 25 пациентов с железодефицитной анемией неуточненного генеза, принимавших низкие дозы аспирина в кишечнорастворимой оболочке (100 мг/сут более 3 мес) и омепразол 20 мг/сут. Больные были рандомизированы для приема пробиотических штаммов *Lactobacillus casei* ($n=13$) или плацебо ($n=12$) на протяжении 3 мес. Капсульную эндоскопию проводили перед включением в исследование и после завершения пробиотической терапии.

Количество патологических изменений слизистой оболочки тонкого кишечника было достоверно меньше у пациентов, принимавших пробиотик *Lactobacillus casei*, по сравнению с таковыми у больных, получавших плацебо ($p=0,039$). При проведении контрольной капсульной эндоскопии ученые отметили уменьшение количества эрозий слизистой оболочки кишечника у участников из группы пробиотической терапии по сравнению с пациентами из контрольной группы (-2 и 0,5 соответственно). Также в динамике лечения было зафиксировано достоверное снижение суммарного количества баллов, полученных в ходе эндоскопии, у больных, которые получали пробиотик *Lactobacillus casei*, по сравнению с соответствующим показателем у принимавших плацебо (соответственно, -228 и -4; $p=0,026$). Таким образом, дополнительный прием пробиотических штаммов *Lactobacillus casei* способствовал восстановлению слизистой оболочки кишечника у пациентов, длительно принимающих низкие дозы аспирина.

Endo H. et al. J Gastroenterol. 2011. DOI: 10.1007/s00535-011-0410-1.

Пробиотики улучшают опорожнение кишечника у пожилых пациентов: исследование PRO-AGE

Израильские ученые предположили, что введение пробиотиков в рацион пожилых пациентов будет способствовать нормализации опорожнения кишечника и предупреждать развитие инфекционных осложнений.

Для подтверждения выдвинутой гипотезы Н. Zaharoni и соавт. провели рандомизированное плацебо контролируемое исследование, в котором приняли участие 243 пациента старше 65 лет, госпитализированные в отделение ортопедической реабилитации. Больные были рандомизированы на группы для приема пробиотика или плацебо на протяжении 45 дней. Первичными конечными точками эксперимента являлись длительность запора/диареи, продолжительность использования слабительных средств;

вторичной конечной точкой считался нутритивный статус больного.

Из всех пациентов, включенных в исследование, по различным причинам были исключены 28 больных (11,5%), завершили исследование по протоколу 215 человек. Длительность диареи в течение всего периода наблюдения была значительно ниже у пациентов, принимавших пробиотик (ОР 0,42; $p=0,04$), эта разница становилась более значимой у лиц старше 80 лет (ОР 0,32; $p=0,026$). В группе больных, получавших пробиотический препарат, продолжительность использования слабительных средств (косвенный показатель тяжести запора) была минимальной по сравнению с контрольной группой (ОР 0,74; $p=0,032$). Показатели нутритивного статуса у пациентов старше 80 лет, принимавших пробиотик, превышали аналогичные значения у больных из контрольной группы (содержание альбумина в сыворотке крови – $p=0,047$; общий белок – $p=0,03$).

Ученые утверждают, что назначение пробиотических препаратов пожилым больным, находящимся на реабилитационном лечении после ортопедического вмешательства, способствует нормализации опорожнения кишечника.

Zaharoni H. et al. J Nutr Health Aging. 2011. 15 (3): 215-220.

Пробиотик *Lactobacillus reuteri* ATCC 55730 для профилактики антибиотикассоциированной диареи у взрослых

Антибиотикассоциированная диарея (ААД) часто развивается у взрослых пациентов, что удлиняет пребывание больных в стационаре, увеличивает стоимость лечения, а также часто приводит к летальному исходу. Одним из способов предупреждения развития данной патологии является назначение пробиотических препаратов.

Группа ученых под руководством L. Cimperman изучала эффективность *Lactobacillus reuteri* в качестве лекарственного средства для профилактики развития ААД у взрослых. Участники исследования ($n=31$) принимали антибактериальные препараты. Больные были рандомизированы для приема *Lactobacillus reuteri* (1×10^{10} КОЕ 2 р/сут) или плацебо на протяжении 4 нед. Частоту опорожнения кишечника, консистенцию каловых масс, наличие гастроинтестинальных симптомов контролировали на протяжении всего периода лечения и еще в течение 2 нед после завершения пробиотической терапии. Исследование по протоколу завершили 23 пациента (средний возраст 51 ± 18 лет), из них 13 больных принимали *Lactobacillus reuteri*, 10 пациентов получали плацебо. Наиболее распространенными причинами назначения антибактериальных препаратов были пневмония (20%), абсцесс легких (10%), хронические обструктивные заболевания легких (6,7%), бронхит (6,7%). Как показали результаты исследования, диарея значительно реже развивалась у больных, получавших пробиотический препарат, чем у пациентов, принимавших плацебо (7,7 и 50% соответственно; $p=0,02$). Достоверных различий в частоте и тяжести гастроинтестинальных проявлений заболевания зафиксировано не было. Все пациенты хорошо переносили прием *Lactobacillus reuteri*.

Таким образом, результаты исследования американских ученых доказали снижение частоты развития ААД при ежедневном приеме *Lactobacillus reuteri* в течение 4 нед.

Cimperman L. et al. J Clin Gastroenterol. 2011 May 5. Epub ahead of print

Влияние пробиотика *Saccharomyces boulardii* на качество жизни больных с синдромом раздраженного кишечника

Ученые из Южной Кореи изучили влияние пробиотической терапии на качество жизни у больных с синдромом раздраженного кишечника (СРК).

В исследовании приняли участие 67 пациентов с СРК с преобладанием диареи или смешанным вариантом СРК. Больных рандомизировали для приема *Saccharomyces boulardii* ($n=34$) 2×10^{10} живых клеток/сутки или плацебо ($n=33$) на протяжении 4 нед. Качество жизни пациентов оценивали перед включением в исследование и после завершения лечения. Частоту опорожнения кишечника, консистенцию стула оценивали еженедельно.

Оказалось, что у больных, принимавших пробиотический препарат, качество жизни было выше, чем у тех, кто получал плацебо (15,4 vs 7,0%; $p<0,05$). Прием *Saccharomyces boulardii* сопровождался улучшением всех показателей, применяемых для оценки качества жизни, тогда как у пациентов, которые принимали плацебо, несколько уменьшились чувство внутреннего дискомфорта и выраженность беспокойства о состоянии здоровья. Частота опорожнения кишечника и консистенция каловых масс достоверно не изменились в динамике лечения.

Choi C.H. et al. J Clin Gastroenterol. 2011 Feb 4. Epub ahead of print

Подготовила **Лада Матвеева**

Ентерожерміна

Bacillus clausii



Природний захист мікрофлори Ваших пацієнтів

- ✓ Відновлює мікрофлору кишечника^{1,3}
- ✓ Має протимікробну та імуномодуючу дію²
- ✓ Швидко усуває діарею у пацієнтів з кишковим дисбактеріозом¹
- ✓ Для дорослих і дітей, починаючи з 28-го дня життя³



¹ Арцезе А. Пробиотическая активность *Bacillus clausii* при диарее у детей // Современная педиатрия. — 2008. — № 4(21). — С. 166–169.

² Urdaci M.C. et al. *Bacillus clausii* probiotic strains: antimicrobial and immunomodulatory activities // J Clin Gastroenterol; 2004; 38: S86–90.

³ інструкція для медичного застосування препарату Ентерожерміна.

Р.Л. МОЗ України № UA/4234/01/01 від 01.09.2010.
Щодо способу вживання, обмежень і протипоказань уважно читайте інструкцію.
Перед застосуванням препарату проконсультуйтеся з лікарем.
Зберігати в недоступному для дітей місці при температурі нижче +30°C.
Реклама: лікарський засіб.
ТОВ «Санofi-Авентіс Україна», Київ, 01033, вул. Жиливська, 48–50а.
тел.: +38 (044) 354 20 00, факс: +38 (044) 354 20 01.
www.sanofi-aventis.com.ua

sanofi aventis
Здоров'я — це важливо