

Явления дисбиоза у пациентов с болезнью Крона и их близких родственников

Известно, что болезнь Крона (БК) протекает с изменением количественного и качественного состава кишечной микрофлоры. Ученые из Университетского госпиталя г. Брюсселя (Бельгия) предположили, что явления кишечного дисбиоза могут наблюдаться не только у пациентов с БК, но и у их ближайших родственников. Для подтверждения выдвинутой гипотезы М. Joossens и соавт. обследовали больных БК с отягощенным семейным анамнезом в отношении данного заболевания (не менее 3 членов семьи). Ученые провели исследование фекальной микрофлоры у 68 пациентов с БК, у их 84 здоровых родственников, а также у 55 здоровых добровольцев. Доминирующий в кишечной микрофлоре вид микроорганизмов определяли при помощи электрофоретического метода, полимеразную цепную реакцию в реальном времени использовали для установления количественного состава выделенных микроорганизмов.

Оказалось, что дисбиотические изменения у больных БК характеризовались наличием в кале *Dialister invisus* ($p=0,04$), точно неопределенных штаммов *Clostridium* (кластер XIVa) ($p=0,03$), *Faecalibacterium prausnitzii*, *Bifidobacterium adolescentis* и увеличением штаммов *Ruminococcus gnavus*. У здоровых родственников пациентов с БК преобладали штаммы *Ruminococcus torques* ($p=0,02$), тогда как количество штаммов *Collinsella aerofaciens* ($p=0,004$) и представителей родов *Escherichia* и *Shigella* ($p=0,01$) было значительно меньше, чем у здоровых добровольцев.

Таким образом, здоровым родственникам больных БК свойственны различные качественные и количественные изменения в составе кишечной микрофлоры; эти дисбиотические нарушения не сопровождаются значительным снижением количества бактерий, продуцирующих бутират, характерным для пациентов с БК. Исследователи предположили, что появление таких изменений в составе фекальной микрофлоры может свидетельствовать о снижении синтеза муцина, обладающего протекторными свойствами в отношении слизистой оболочки кишечника.

Joossens M. et al. Gut 2011. № 60. P. 631-637.

Метаанализ эффективности *Lactobacillus ghamnosus GG* в лечении абдоминальной боли у больных функциональными заболеваниями желудочно-кишечного тракта

Ученые из Варшавского медицинского университета (Польша) провели метаанализ рандомизированных контролируемых исследований, посвященных изучению эффективности пробиотических штаммов *Lactobacillus ghamnosus GG* в лечении абдоминальной боли у детей, страдающих функциональными заболеваниями пищеварительной системы. Проводя поиск в базах данных Medline, Embase, Cinahl, Кокрановской библиотеки, авторы отбирали исследования, в которых диагноз функционального заболевания соответствовал положениям Римских консенсусов II и III. Риск систематической оценки, связанной с предпочтительной публикацией положительных результатов испытания, нивелировали путем сокрытия порядка отнесения участников испытания к той или иной группе; данные анализировали вслепую. Ответ на проводимое лечение оценивали как полное исчезновение или значительное уменьшение интенсивности болевых синдромов.

Количество пациентов с абдоминальным болевым синдромом, ответивших на лечение, среди принимавших пробиотические штаммы *Lactobacillus ghamnosus GG* значительно превосходило таковое в группе плацебо (данные 3 рандомизированных контролируемых исследований с общим количеством больных 167, ОР 1,70; 95% ДИ 1,27-2,27; NNT 4; 95% ДИ 3-8). В общей популяции исследованных больных, а также в когорте пациентов, страдавших СРК, применение пробиотика способствовало снижению интенсивности болевых синдромов. Вероятность рецидива абдоминальной боли при приеме *Lactobacillus ghamnosus GG* уменьшалась.

Авторы метаанализа пришли к выводу, что применение пробиотических штаммов *Lactobacillus ghamnosus GG* уменьшает интенсивность абдоминальной боли, развившейся на фоне функциональных заболеваний пищеварительной системы.

Horvath A. et al. Alimentary Pharmacology & Therapeutics. 2011. Vol. 33. Is. 12, P. 1302-1310.

Эффективность и безопасность пробиотических штаммов *Bifidobacterium bifidum MIMBb75* в лечении СРК

Известно, что дисбаланс в составе кишечной микрофлоры и дисфункция интестинального барьера являются провоцирующими факторами в развитии СРК.

Итальянские ученые исследовали эффективность штамма *Bifidobacterium bifidum MIMBb75* в лечении больных СРК. 122 пациента были рандомизированы для приема пробиотического штамма *MIMBb75* ($n=60$) или плацебо ($n=62$) 1 р/сут на протяжении 4 нед. Конечной точкой исследования была выраженность симптомов заболевания, оцененная при помощи 7-бальной шкалы Лайкерта.

Как показали результаты испытания, пробиотик *MIMBb75* превосходил плацебо в уменьшении проявлений СРК: при применении *MIMBb75* тяжесть симптомов заболевания снизилась на -0,88 балла (95% ДИ от -1,07 до -0,69), а при использовании плацебо – только на -0,16 балла (95% ДИ от -0,32 до 0,00; $p<0,0001$). Прием пробиотических штаммов *MIMBb75* способствовал снижению интенсивности боли, дискомфорта, метеоризма. Качество жизни, оцененное при помощи шкалы SF-12, было значительно выше у больных СРК, принимавших пробиотик. Уменьшение выраженности болевого синдрома отметили 47% пациентов, получавших пробиотические штаммы *MIMBb75*, и 11% больных, принимавших плацебо ($p<0,0001$). Количество респондентов исследуемой группы, у которых удалось достигнуть ремиссии и значительного улучшения состояния, составило 57%, тогда как в группе плацебо – 21% ($p=0,0001$). Пациенты хорошо переносили прием пробиотика *MIMBb75*; частота возникновения нежелательных явлений на фоне лечения *MIMBb75* не отличалась от таковой в группе плацебо.

Обнадеживающие результаты эффективности и безопасности штаммов *Bifidobacterium bifidum MIMBb75* дают основания авторам исследования считать, что этот пробиотический препарат может быть использован для лечения больных СРК.

Guglielmetti S. et al. Alimentary Pharmacology & Therapeutics. 2011. Vol. 33. Is. 10, P. 1123-1132.

Эффективность и безопасность адалимумаба в лечении БК

Китайские ученые проанализировали эффективность и безопасность приема адалимумаба в достижении и поддержании ремиссии у больных БК. М. Huang и соавт. провели поиск рандомизированных контролируемых исследований в электронных базах данных. В метаанализ были включены результаты 4 испытаний, соответствовавших критериям включения; общее количество участников составило 1402.

Оказалось, что адалимумаб превосходит плацебо по эффективности в отношении достижения и поддержания ремиссии у больных БК ($p<0,05$). Кроме того, ученые установили, что прием данного препарата значительно улучшает качество жизни пациентов с БК. Авторы метаанализа не зафиксировали достоверных различий в частоте развития серьезных нежелательных явлений при применении адалимумаба и плацебо на фоне проведения поддерживающей терапии. Среди больных, длительно принимавших лекарственные препараты, частота возникновения побочных эффектов в группе адалимумаба была значительно меньше, чем в группе плацебо. Наилучшие результаты терапии адалимумабом зафиксированы у пациентов с исходно высокой концентрацией С-реактивного белка в сыворотке крови.

Таким образом, метаанализ, проведенный М. Huang и соавт., подтвердил эффективность и безопасность адалимумаба в лечении БК. Некоторые ученые указывают на необходимость проведения широкомасштабных исследований для более точной оценки безопасности препарата.

Huang M. et al. Journal of Digestive Diseases. 2011. Vol. 12. Is. 3. P. 165-172.

Подготовила **Лада Матвеева**

Ентерожерміна

Bacillus clausii



Природний захист мікрофлори Ваших пацієнтів

- ✓ Відновлює мікрофлору кишечника^{1,3}
- ✓ Має протимікробну та імуномодулюючу 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 Инструкция 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°С.
 Реклама: лікарський засіб.
 ТОВ «Санofi-Авентіс Україна», Київ, 01033, вул. Жиланська, 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

Фестал®

Правильна допомога
травленню



1–2
драже
під час або
після їжі



**Фестал® містить
три компоненти,
що допомагають
травленню:**

- ферменти (панкреатин) полегшують перетравлювання білків, жирів і вуглеводів¹
- хеміцелюлаза сприяє розщепленню рослинної клітковини¹
- порошок жовчі* поліпшує всмоктування жирів і розчинних у жирах вітамінів¹

* Порошок жовчі бичачої.
¹ Інструкція для медичного застосування препарату.

UA.PCT.11.03.01
Р.П. МОЗ України № UA/2531/01/01 від 01.10.2009. Перед застосуванням проконсультуйтеся з лікарем та уважно ознайомтеся з інструкцією. Зберігати в недоступному для дітей місці. Реклама лікарського засобу. ТОВ «Санofi-Авентіс Україна», Київ, 01033, вул. Жиланська, 48–50а, тел.: +38 (044) 354 20 00, факс: +38 (044) 354 20 01, www.sanofi-aventis.com.ua



Переможець у номінації «Препарат, що сприяє кишковому травленню».



Переможець у номінації «Препарат від важкості у шлунку».

Ліцензійний договір № 40 LPFU про надання дозволу на використання товарного знака для товарів та послуг від 24 лютого 2010 р. www.favorit.com.ua

sanofi aventis

Здоров'я — це важливо

Метаболічний синдром – фактор ризику розвитку гастроєзофагеальної рефлюксної болізни

Раніше неодноразово висказувалося мнение, що ожирение может провоцировать развитие гастроэзофагеальной рефлюксной болізни (ГЭРБ). Группа ученых под руководством L. Kallel предположила, что появление ГЭРБ связано не только с наличием избыточной массы тела, но и с метаболическим синдромом (МС). Исследование, в котором приняли участие 100 пациентов, было призвано оценить влияние различных компонентов МС на развитие ГЭРБ. Диагноз ГЭРБ верифицировали на основании данных 24-часовой рН-метрии.

В зависимости от результатов суточной рН-метрии пациентов разделили на 2 группы: группу больных ГЭРБ (n=54) и группу лиц, не имевших признаков ГЭРБ (n=46). Оказалось, что больные ГЭРБ были старше, чем пациенты контрольной группы (средний возраст 44,59 vs 37,63 года; p=0,006), и чаще страдали от ожирения (83,3 vs 60,9%; p=0,01). Распространенность МС среди больных ГЭРБ значительно превышала таковую среди пациентов контрольной группы (50 vs 19,56%; p=0,002; относительный риск (ОР) 4,11; 95% ДИ 1,66-10,14). С помощью регрессионного анализа были определены независимые факторы риска развития ГЭРБ: МС и возраст ≥30 лет; гендерные различия и индекс массы тела не влияли на вероятность появления данного заболевания. Из всех компонентов МС наиболее значимыми в развитии ГЭРБ были признаны окружность талии и уровень гликемии натощак (≥100 мг/л).

С одной стороны, результаты исследования L. Kallel и соавт. подтвердили существующую гипотезу о влиянии абдоминального ожирения на формирование ГЭРБ, с другой – опровергли распространенное мнение о том, что индекс массы тела является фактором риска развития этой патологии, указав в качестве предиктора этого заболевания МС.

Kallel L. et al. Diseases of the Esophagus 2011. Vol. 24. Is. 3, p. 153-159.

Эффективность последовательной схемы эрадикации Helicobacter pylori

Результаты эпидемиологических исследований последних лет свидетельствуют о значительном снижении эффективности стандартной тройной схемы эрадикации H. pylori – менее 57%. Ученые из Тель-Авивского университета (Израиль) попытались повысить эффективность эрадикационной терапии, применив последовательную схему назначения антибактериальных препаратов.

В исследовании приняли участие 124 пациента с положительными результатами быстрого уреазного и ¹³C-дыхательного тестов, которым ранее не назначали антихеликобактерные средства. На протяжении первых 5 дней больным рекомендовали принимать омепразол 20 мг 2 р/сут и амоксициллин 1 г 2 р/сут; в течение последующих 5 дней – омепразол 20 мг 2 р/сут, кларитромицин 500 мг 2 р/сут и тинидазол 500 мг 2 р/сут. Контрольный ¹³C-дыхательный тест проводили через 4 нед после завершения эрадикационной терапии; на протяжении этого времени больным советовали не принимать антибиотики, препараты висмута и ингибиторы протонной помпы.

Исследование по протоколу завершили 120 (96,8%) больных, отрицательные результаты контрольного ¹³C-дыхательного теста зарегистрированы у 118 пациентов. Анализ результатов лечения пациентов, включенных в исследование и начавших получать назначенную терапию, доказал, что эффективность эрадикации составила 95,8%; при анализе данных больных, завершивших исследование по протоколу, результативность эрадикационной терапии была несколько ниже – 92,7%.

Полученные данные позволили израильским ученым рекомендовать последовательную схему в качестве терапии первой линии при проведении эрадикации H. pylori.

Schmilovitz-Weiss H. et al. Helicobacter 2011. Vol. 16. Is. 3, p. 229-233.

Метаанализ эффективности различных схем эрадикации H. pylori

Китайские ученые под руководством С. Wu провели систематический обзор исследований, в которых изучались эффективность и переносимость трехкомпонентной терапии с моксифлоксацином в качестве альтернативной схемы второй линии эрадикации H. pylori; а также выполнили метаанализ исследований, в которых сравнивалась результативность тройной терапии с моксифлоксацином и квадротерапии с применением препаратов висмута.

Поиск рандомизированных контролируемых исследований был проведен в базах данных Medline, Embase, PubMed, Кокрановском центральном регистре контролируемых исследований. В метаанализ были включены результаты 7 рандомизированных исследований с общим количеством пациентов 787 человек. Оказалось, что эффективность эрадикации была выше у пациентов, получавших тройную терапию с моксифлоксацином, по сравнению с соответствующим показателем у больных, принимавших квадротерапию (74,9 vs 61,4%; ОР 1,89; 95% ДИ 1,38-2,58; p<0,0001). Тройная терапия моксифлоксацином

реже приводила к возникновению побочных эффектов (10,1 vs 27,8%; ОР 0,27; 95% ДИ 0,18-0,41; p<0,0001) и реже требовала отмены проводимой терапии по этой причине (1,4 vs 8,2%; ОР 0,18; 95% ДИ 0,08-0,40; p<0,0001).

Таким образом, при проведении второй линии эрадикационной терапии H. pylori тройная терапия с моксифлоксацином превосходит по эффективности и безопасности квадротерапию с висмутосодержащими препаратами.

Wu C. et al. Helicobacter 2011. Vol. 16. Is. 2, p. 131-138.

Систематический обзор: инфекция H. pylori и инсулинорезистентность

Известно, что различные заболевания как пищеварительного тракта, так и других органов и систем могут сочетаться с H. pylori-инфекцией. Греческие ученые провели систематический обзор эпидемиологических исследований, в которых рассматривалась связь между инфекцией H. pylori и количественными индексами, характеризующими инсулинорезистентность.

После проведения поиска в базе данных PubMed и Кокрановском центральном регистре контролируемых исследований тщательному анализу были подвергнуты результаты 9 испытаний с общим количеством участников 2120 человек. Среди исследований, включенных в систематический обзор, 7 испытаний были перекрестными межгрупповыми, 2 – открытыми нерандомизированными. Во всех исследованиях инсулинорезистентность определяли при помощи индекса HOMA-IR.

Систематический обзор не смог подтвердить наличие связи между инфицированием H. pylori и значением индекса HOMA-IR; однако результаты регрессионного анализа, проведенного в одном исследовании, позволили ученым предположить, что H. pylori все-таки может провоцировать развитие инсулинорезистентности. Авторы систематического обзора отметили гетерогенность исследований при определении инфицированности H. pylori, а также подчеркнули противоречивость данных в отношении влияния эрадикации указанного микроорганизма на значения HOMA-IR.

S. Polyzos и соавт. считают необходимым проведение дальнейших исследований для уточнения возможной патогенетической связи между инфекцией H. pylori и развитием инсулинорезистентности, полагая, что полученные данные могут серьезно изменить стандарты лечения больных неалкогольной жировой болезнью печени, сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Polyzos S. et al. Helicobacter 2011. Vol. 16. Is. 2, p. 79-88.

Функциональная диспепсия ухудшает качество жизни взрослых пациентов

Ученые из Каролинского института (г. Стокгольм, Швеция) исследовали качество жизни у взрослых пациентов (n=1001) с функциональной диспепсией (ФД). P. Aro и соавт. сопоставили результаты верхней эндоскопии с данными анкетирования больных (пациенты заполняли опросник SF-36, с помощью которого оценивали физические, психологические и социальные аспекты качества жизни).

Как показали результаты исследования, ФД была диагностирована у 157 (16%) больных, при этом у 52 (5%) пациентов имел место болевой синдром в области эпигастрия и у 122 (12%) пациентов – постпрандиальный дистресс-синдром. Качество жизни у лиц с ФД и постпрандиальным дистресс-синдромом достоверно (p<0,05) снижалось на ≥5 баллов по всем шкалам SF-36 за исключением шкалы ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным стрессом. Оказалось, что сочетание ФД с другими заболеваниями также негативно отражается на качестве жизни больных. Одновременное наличие ФД и синдрома раздраженного кишечника (СРК) приводило к значимому усилению боли (p=0,002) и ухудшению общего состояния здоровья (p=0,02). Интенсивность болевого синдрома существенно ограничивала повседневную активность пациентов с перекрестным синдромом ФД/ГЭРБ по сравнению с таковой у больных ФД (p=0,02).

Таким образом, ФД негативно влияет на все аспекты (физический, психологический, социальный) качества жизни больных. Сочетанное течение ФД с СРК или ГЭРБ приводит к значительному ухудшению физического состояния за счет увеличения интенсивности боли.

Aro P. et al. Aliment Pharmacol Ther 2011. Vol. 33, p. 1215-1224.

Выраженность клинических проявлений ГЭРБ зависит от степени дилатации межклеточного пространства

Группа ученых из Канзасского медицинского университета (США) попыталась установить особенности появления жалоб у больных ГЭРБ, сопоставив результаты специализированного опросника и данные гистологического исследования биоптатов слизистой оболочки пищевода. Все пациенты, принявшие участие в испытании, перед проведением эндоскопического исследования заполнили опросник SF-36. Биоптаты слизистой оболочки пищевода оценивали комплексно, учитывая степень гиперплазии базальных клеток, удлинение сосочков, дилатацию межклеточного пространства, наличие участков некроза или эрозий, инфильтрацию эозинофилами/нейтрофилами.

После проведения верхней эндоскопии рефлюкс-эзофагит (РЭ) диагностирован у 32 пациентов, неэрозивная форма ГЭРБ (НЭРБ) – у 21 больного. Достоверных различий в средних значениях оценки по опроснику SF-36 и гистологической оценки биоптатов между больными РЭ и НЭРБ не обнаружено (результаты анкетирования: 10,7 vs 8,8 балла соответственно; $p=0,35$; гистологическая оценка биоптатов: 4,29 vs 4,25 балла соответственно; $p=0,9$). В группе больных РЭ зафиксирована достоверная корреляционная связь между значениями оценки по опроснику SF-36 и результатами гистологической оценки биоптатов пищевода ($r=0,34$; $p=0,05$). Выраженность клинических проявлений у больных с эрозивной формой ГЭРБ коррелировала со степенью дилатации межклеточного пространства ($p \leq 0,001$), инфильтрацией лимфоцитами ($r=0,56$; $p=0,0009$).

Tadiparthi R. et al. Aliment Pharmacol Ther 2011. Vol. 33, p. 1202-1208.

Новый ферментный препарат Зепер в лечении экзокринной недостаточности поджелудочной железы, обусловленной хроническим панкреатитом

Группа ученых из Университета Флориды (США) опубликовала результаты рандомизированного контролируемого исследования нового лекарственного средства, получившего торговое название Зепер. Действующее вещество нового ферментного препарата – панкрелипаза – содержится в капсулах с энтеросолюбильной оболочкой, которая дополнительно обеспечивает его замедленное высвобождение.

P. Toskes и соавт. исследовали эффективность и безопасность препарата у больных с экзокринной недостаточностью поджелудочной железы (ЭНПЖ), развившейся на фоне хронического панкреатита (ХП). Дизайн исследования предполагал несколько этапов, таких как скрининг; 7-дневный вводный период, в течение которого пациенты получали плацебо; 9-дневная двойная слепая фаза испытания, в ходе которой больные принимали высокую дозу ферментного препарата (20 000 единиц липазы в сут); 11-дневная двойная слепая фаза, на протяжении которой пациентам назначали ферментный препарат в низкой суточной дозировке (5000 единиц липазы в сут). Конечной точкой исследования являлось изменение коэффициента абсорбции жиров (КАЖ) на фоне проводимой терапии.

Оказалось, что среднее значение КАЖ при приеме как низкой (88,9%), так и высокой (89,9%) суточной дозировки препарата достоверно превышало таковое при применении плацебо (82%; $p < 0,001$ в обоих случаях; $n=72$). Ученые не зафиксировали достоверных различий в показателях КАЖ при назначении панкрелипазы в высокой и низкой суточной дозе ($p=0,228$). У больных с исходными значениями КАЖ $< 90\%$ ($n=33$) применение высоких доз ферментного препарата было более эффективным (КАЖ 84,1%, чем его назначение в небольшой суточной дозировке (КАЖ 81,1%; $p < 0,001$). Наиболее значимый терапевтический эффект наблюдался у больных с тяжелой ЭНПЖ. В этой когорте пациентов применение препарата как в высокой, так и в низкой суточной дозировке способствовало достоверному увеличению коэффициента абсорбции азота ($p < 0,001$), увеличению массы тела ($p \leq 0,021$) и индекса массы тела ($p \leq 0,020$). Клинические проявления ЭНПЖ значительно снижались независимо от выбранной суточной дозировки нового ферментного препарата.

P. Toskes и соавт. пришли к выводу, что больным ХП с легкой степенью ЭНПЖ показано назначение небольших суточных доз панкрелипазы, тогда как в лечении больных с выраженной ЭНПЖ целесообразно использовать высокие дозы ферментного препарата.

Toskes P. et al. Pancreas 2011. 40 (3): 376-382.

Особенности течения сахарного диабета у больных аутоиммунным панкреатитом

Известно, что течение аутоиммунного панкреатита (АИП) часто осложняется развитием сопутствующих заболеваний, в том числе СД. Японские ученые изучили особенности течения панкреатогенного диабета у больных АИП.

Пациентов, принявших участие в исследовании, рандомизировали на 3 группы в зависимости от сроков развития СД: в группу А вошли больные, у которых СД диагностировали раньше, чем АИП ($n=35$); если диагноз СД устанавливали одновременно с выявлением АИП, больных включали в состав группы В; группа С была представлена пациентами, у которых проявления СД появились после проведения кортикостероидной терапии АИП ($n=9$).

Проанализировав результаты исследования, ученые не зафиксировали достоверных межгрупповых различий в гендерно-возрастной характеристике больных. Средняя длительность СД у пациентов группы А (8,7 года) значительно превышала таковую у пациентов из групп В и С. АИП развивался через 6,8 года после установления диагноза СД у больных группы А, тогда как в группе С клиника СД появлялась через 1,8 года приема кортикостероидов. Наибольшее количество пациентов с отягощенным семейным

анамнезом в отношении АИП (25,7%) было зарегистрировано в группе А. Кроме того, у пациентов этой группы содержание альбумина в сыворотке крови, концентрация общего холестерина и триглицеридов были наименьшими. Распространенность ретинопатии, нефропатии и макроваскулярных осложнений СД в группе А была значительно выше, чем в группе В. Ученые не зафиксировали значимой корреляционной связи между уровнем гликозилированного гемоглобина и бензоил-тирозил-парааминобензойной кислоты. Явления гипогликемии имели место у 20% больных, получавших инсулин. У подавляющего большинства обследованных больных выявлен хронический алкоголизм, эти участники не принимали ферментные препараты.

Несмотря на выявленные клинические особенности панкреатогенного диабета, японские ученые считают, что явления СД, ассоциированного с АИП, могут быть полностью нивелированы при условии адекватной коррекции экзокринной и эндокринной функций поджелудочной железы.

Ito T. et al. J Dig Dis 2011. 12 (3): 210-6.

Эффективность и безопасность заместительной терапии панкрелипазой у больных муковисцидозом

Известно, что заместительная терапия панкреатическими ферментами необходима больным муковисцидозом для коррекции ЭНПЖ. Американские ученые под руководством В. Trapnell изучили эффективность и безопасность панкрелипазы у больных муковисцидозом с выраженной ЭНПЖ.

Исследование было проведено в несколько этапов. После завершения скрининга пациентов переводили в 14-дневную открытую вводную фазу исследования, во время которой больные ($n=49$) получали панкрелипазу (10 500 или 21 000 ЕД липазы в сут) и принимали пищу с высоким содержанием жиров (100 ± 15 г/сут). В последующую 7-дневную двойную слепую фазу с рандомизированным прекращением приема исследуемого препарата включали тех пациентов, у которых после завершения вводной фазы исследования значение КАЖ превышало 80% ($n=40$). В этой фазе больных рандомизировали в соотношении 1:1 для приема панкрелипазы или плацебо.

Как показали результаты исследования, прием панкрелипазы способствовал значительному улучшению всасывания жиров: среднее значение КАЖ у пациентов, принимавших панкрелипазу в вводной и двойной слепой фазах исследования, было значительно меньше ($-1,5 \pm 5,88\%$; $p < 0,001$), чем у больных, получавших плацебо ($-34,1 \pm 23,03\%$). Подобные данные были получены в отношении всасывания белков при проведении заместительной терапии панкреатическими ферментами. Во время проведения исследования ученые не зафиксировали серьезных нежелательных явлений.

Таким образом, заместительная терапия панкреатическими ферментами хорошо переносится больными муковисцидозом; панкрелипаза эффективно нивелирует проявления ЭНПЖ у пациентов данной группы.

Trapnell B.C. et al. J Cyst Fibros 2011. [Epub ahead of print]

Коррекция ЭНПЖ у больных, перенесших оперативное вмешательство на поджелудочной железе

Известно, что проведение заместительной терапии панкреатическими ферментами позволяет избежать развития мальдигестии и снижения массы тела у пациентов, перенесших оперативное вмешательство на поджелудочной железе.

Американские ученые исследовали эффективность и безопасность длительного приема панкрелипазы с замедленным высвобождением в форме капсул у пациентов с ЭНПЖ, обусловленной ХП или оперативным вмешательством на поджелудочной железе. Для участия в исследовании рандомизировали 52 больных. После завершения 7-дневной открытой вводной фазы исследования 48 пациентов перевели в 6-месячную двойную слепую фазу испытания, на протяжении которой больные получали индивидуально подобранную дозу панкрелипазы.

В обследованной когорте больных доминировали лица мужского пола (70,6%), из них 76,5% с ХП, 23,5% перенесли оперативное вмешательство. Во время лечения у 22 (43,1%) больных было зафиксировано появление нежелательных явлений, из них только у 4 (7,8%) пациентов эти явления были обусловлены приемом исследуемого препарата. Прием панкрелипазы способствовал увеличению массы тела больных на $2,7 \pm 3,4$ кг ($p < 0,0001$), уменьшению частоты опорожнения кишечника ($1,0 \pm 1,3$; $p < 0,001$), а также содействовал снижению интенсивности болевого синдрома и выраженности метеоризма, улучшению консистенции каловых масс.

Ученые пришли к выводу, что длительный прием панкрелипазы адекватно нивелирует явления ЭНПЖ: предупреждает снижение массы тела, нормализует частоту опорожнения кишечника и улучшает консистенцию каловых масс.

Gubergrits N. et al. Aliment Pharmacol Ther 2011. 33 (10): 1152-61.

Подготовила **Лада Матвеева**

Маалокс®

ЗАГАСИ ВОГОНЬ ПЕЧІІ!

- Швидко¹ та на тривалий час² позбавляє печіі
- 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 Ушколова 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. Жилианська, 48–50а, тел.: +38 (044) 354 20 00, факс: +38 (044) 354 20 01.



Переможець у номінації «Препарат від печіі» 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