

пероральном приеме минимально токсичная доза бенфотиамин более чем в 6 раз выше минимально токсичной дозы водорастворимого тиамин гидрохлорида (Малый В.Д., 2006, Sankyo Research Laboratories: Benfotiamin Paper (firmeninterne Daten).

Витамин В₆ (групповое название трех производных пиридина: пиридоксина, пиридоксаля, пиридоксамина) выполняет функцию коэнзима для более ста ферментов в метаболизме аминокислот, гликогена и сфингоидных оснований. Кроме того, он участвует в синтезе и разрушении катехоламинов, химических преобразованиях гистамина, дофамина, γ-аминомасляной кислоты, триптофана (Institute of Medicine, 1998; Луцкий И.С., 2007; Горбачев В.В., Горбачева В.Н., 2002; Wilson R.G., Davis R.E., 1983).

Основными алиментарными источниками пиридоксина являются цельнозерновые злаки, бобовые, овощи, мясо, рыба, печень и желток яиц. Расчет суточной потребности в витамине В₆ достаточно сложный, поскольку этот витамин частично синтезируется в кишечнике. Согласно рекомендациям Института медицины Национальной академии наук США (1998), она составляет 1,3 мг, при беременности – 1,9 мг, при лактации – 2 мг. Однако некоторые авторы указывают на более высокую среднюю потребность – около 2 мг (Луцкий И.С., 2007).

Дефицит пиридоксина возникает у пациентов, применяющих изониазид, гидралазин, пеницилламин, поскольку эти препараты усиливают выведение или снижают активность пиридоксаль-5-фосфата – активной формы витамина. Кроме того, низкий уровень

пиридоксина отмечается у больных с уремией и циррозом печени. Кожные изменения, наблюдающиеся при дефиците пиридоксина, являются проявлениями нарушения триптофан-ниацинового метаболического пути и синтеза эссенциальных жирных кислот, в которых участвует витамин В₆. Эти изменения внешне напоминают симптомы дефицита рибофлавина и ниацина; частые их признаки – себорееподобный дерматит, глоссит, ангулярный стоматит, хейлит, конъюнктивит, интертриго, более редкие – пеллагроподобные симптомы (Inamadar A.C. et al., 2014; Braun-Falco O. et al., 2000; Горбачев В.В., Горбачева В.Н., 2002; Peters T.J. et al., 2006).

Физиологический дефицит витамина В₆ возникает при беременности, лактации, потребности в усиленном синтезе гемоглобина, избыточных физических нагрузках, у пациентов пожилого возраста. Наиболее частой причиной патологической недостаточности пиридоксина являются заболевания пищеварительного тракта, патология печени, в т. ч. алкогольный гепатит, применение антивитамина изониазида при туберкулезе, низкое содержание пиридоксина в рационе (Луцкий И.С., 2007). Количество пиридоксина, необходимое для лечения, зависит от причины дефицита. Например, нормализация метаболизма триптофана, нарушенного вследствие действия изониазида и пеницилламина, требует назначения 30 и 100 мг/сут соответственно на протяжении нескольких недель (Inamadar A.C. et al., 2014).

Биохимические пути метаболизма пиридоксина, тиамин, рибофлавин, ниацин, цинк и эссенциальных жирных кислот пересекаются. Таким образом,

при мальнутриции различного генеза следует ожидать полимикронутриентного дефицита (Inamadar A.C. et al., 2014). Именно поэтому для эффективной витаминотерапии наиболее рациональным является применение комбинированных препаратов, содержащих несколько витаминных компонентов синергетического действия. Часто используемыми в настоящее время являются комбинированные препараты, содержащие витамины В₁ и В₆ (Луцкий И.С., 2007).

Препарат Мильгамма таблетки («Верваг Фарма», Германия), содержащий 100 мг бенфотиамин и 100 мг пиридоксина гидрохлорида в одной таблетке, является медикаментом нового поколения, характеризующимся повышенной биодоступностью, быстрым действием, отличными показателями эффективности и безопасности. Результативность применения Мильгаммы при разнообразных дерматологических патологиях подтверждена во многих отечественных и зарубежных исследованиях.

Назначение витаминов группы В при псориазе обусловлено ролью неблагоприятных изменений нервной системы в патогенезе этого заболевания. В работе И.В. Хамагановой и соавт. (2009) было проанализировано влияние Мильгаммы на течение псориаза. В исследовании приняли участие 35 пациентов с вульгарной и экссудативной формой болезни, у которых индекс PASI варьировал от 12 до 50. Всем пациентам был назначен препарат Мильгамма (2 мл внутримышечно (в/м) 2 р/нед, 10 инъекций на курс). Кроме того, пациенты получали антигистаминные препараты и мазь, содержащую 17-гидрокортизон бутират.

По окончании терапии у 21 пациента было отмечено значительное улучшение состояния, а в течение последующих двух недель у всех пациентов индекс PASI не превышал 10. Авторы подтверждают многочисленные данные о целесообразности использования витаминов В₁ и В₆ в терапии псориаза.

З.А. Кузина и соавт. (2011) отмечают эффективность комплексной терапии с включением Мильгаммы (режим применения – 2,0 мл в/м, 5 инъекций; далее перорально – 1 таблетка 3 р/сут) в лечении разнообразных патологических состояний (локализованная склеродермия, хроническая атрофическая акропатия вследствие болезни Лайма, дерматологические проявления сахарного диабета 2 типа, герпетический неврит). Авторы отметили, что при использовании Мильгаммы кожные проявления дерматозов регрессировали быстрее, чем в условиях применения стандартной терапии, а именно сухость, инфильтрация, атрофия, зуд, дисхромия значительно уменьшились к концу лечения, а сроки терапии сократились на 6-7 дней по сравнению с больными, находившимися на стандартном лечении.

Таким образом, витамины В₁ и В₆ продолжают удерживать значимые позиции в комплексном лечении дерматологических заболеваний. Препарат немецкого производства Мильгамма таблетки содержит пиридоксина гидрохлорид и жирорастворимую форму тиамин – бенфотиамин, что обеспечивает этому медикаменту оптимальные показатели биодоступности и эффективности.

Подготовила **Лариса Стрильчук**



АНОНС

ГО «Українська асоціація профілактичної медицини»
 Національна академія медичних наук України
 Міністерство охорони здоров'я України
 ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України»

Науковий симпозиум

Профілактика неінфекційних захворювань: рекомендації експертів і можливості практичної медицини

17 травня, м. Харків

Місце проведення: Будинок учених (вул. Жінок-Мироносиць, 10)
Реєстрація учасників: з 9:30.

Тематичні напрями

- НІЗ: фокус на якість життя хворого
- Профілактичні підходи до зниження ризику розвитку НІЗ
- Вторинна профілактика серцево-судинних захворювань і порушень мозкового кровообігу
- Трансфер досягнень фундаментальної медицини в профілактику НІЗ

Оргкомітет

ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України»
 Тел./факс: +380 (57) 370-61-79;
 e-mail: it_org_gridasova@mail.ru

АНОНС

Національна академія медичних наук України
 ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України»
 ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України»
 ГО «Молоді вчені та спеціалісти інститутів НАМН України м. Харкова»
 Харківський національний медичний університет

Науково-практична конференція за участю міжнародних спеціалістів,
 присвячена Дню науки

«Медична наука на перетині спеціальностей: сьогодення і майбутнє»

19 травня, м. Харків

Місце проведення: конференц-зал ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої Національної академії медичних наук України».
Початок: 10:00.

Конференція внесена до «Реєстру конгресів, з'їздів, симпозиумів, науково-практичних конференцій, які проводяться в Україні у 2017 році».
 Робочі мови: українська, російська, англійська.

Оргкомітет

Болотських Ганна Володимирівна, к.м.н., голова Ради молодих вчених ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України», тел.: +380 (97) 192 99 15.
 Нікіфорова Яна Василівна, заступник голови Ради молодих вчених ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України», тел.: +380 (68) 611 11 22.
 Юшко Костянтин Олексійович, відповідальний за прийом тез та заявок на участь у конференції, тел.: +380 (96) 809 16 67.
 Шторх Валерія Всеволодівна, відповідальна за прийом заявок на участь у конференції, тел.: +380 (50) 965 42 48.