

В фокусе внимания — достижения украинской гепатологии

8-9 апреля Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика принимала участников XII Национальной школы гастроэнтерологов и гепатологов Украины, которая в этом году была посвящена актуальным вопросам диагностики, лечения и профилактики распространенных заболеваний печени и гепатобилиарного тракта. Национальная школа гастроэнтерологов и гепатологов Украины проводится уже 12 лет, и с каждым годом интерес практикующих гастроэнтерологов к этому мероприятию только растет.

Коллективу участвующих в работе Школы в этом году действительно впечатляет: секции, заседания и симпозиумы, проводившиеся в рамках этого мероприятия, в общей сложности посетили более 800 врачей практически из всех регионов Украины, и в конференц-зале Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика в течение двух дней работы Школы не было буквально ни одного свободного места! Это как нельзя более ярко подчеркивает то, какую ценность имеет данное мероприятие для повышения квалификационного уровня украинских специалистов и насколько востребованы последние достижения гепатологии в их повседневной практике.

Национальная школа гастроэнтерологов и гепатологов Украины в настоящее время уже стала знаковым ежегодным событием для отечественной гастроэнтерологии, и главная заслуга в этом принадлежит ее бессменному научному руководителю, главному гастроэнтерологу МЗ Украины, профессору Наталье Вячеславовне Харченко, а также коллективу кафедры гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии НМАПО им. П.Л. Шупика, которую она возглавляет. Следует отметить, что в этом году активное участие в организации работы Школы также приняла кафедра инфекционных болезней Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца и лично академик АМН Украины, профессор Жанна Ивановна Возианова.

Приятно отметить, что традиционный образовательный форум гастроэнтерологов приобрел статус международного. На нем были всесторонне освещены такие актуальные проблемы современной гепатологии, как возможности диагностики заболеваний печени, аспекты ведения больных с сочетанной патологией печени и других внутренних органов, внедрение эффективных технологий терапии и профилактики заболеваний гепатобилиарной зоны. В качестве лекторов блестяще выступили ведущие отечественные ученые-клиницисты: профессора Н.В. Харченко, О.Я. Бабак, Г.Д. Фадеев, Ю.М. Степанов, Т.Д. Звягинцева, И.Н. Скрыпник и многие другие. Также на заседаниях Школы выступали известные ученые из России и впервые посетившие Украину коллеги из стран Дальнего Востока — профессор гастроэнтерологии Национального медицинского университета г. Пекина (Китай) Шю Ючин (Xu Youqing) и гепатолог-трансплантолог из Азиатского центра заболеваний печени и трансплантации (Сингапур) профессор Десмонд Вай (Desmond Wai). В данном обзоре мы предлагаем читателям краткое изложение наиболее интересных с точки зрения клинической гепатологии докладов.

Главная гастроэнтеролог МЗ Украины, завдующая кафедрой гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии НМАПО им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук, профессор Наталья Вячеславовна Харченко рассмотрела основные положения клинических рекомендаций Европейской ассоциации по диагностике, лечению и профилактике холестатических заболеваний печени, которые были впервые представлены в рамках объединенной гастроэнтерологической недели (Лондон, ноябрь 2009 г.).

Холестаз определяется как нарушение секреции желчи, которое может быть следствием функционального дефекта желчеобразования на уровне гепатоцитов или нарушения оттока желчи по причине обструкции желчных протоков. Холестаз возникает не только при классических холестатических заболеваниях — первичном билиарном циррозе и первичном склерозирующем холангите, но и при гепатитах (алкогольном, вирусном, особенно С, токсических, лекарственных, стеатогепатите), циррозах различной этиологии, метаболических расстройствах и других патологических состояниях печени. Хорошо знакомые клиницистам проявления холестаза — желтуха, кожный зуд и ксантома — являются признаками далеко зашедшего процесса. Задача заключается в том, чтобы научиться выявлять нарушения секреции желчи на ранних, бессимптомных стадиях и максимально использовать современные подходы к лечению.

Новые европейские рекомендации предлагают следующую диагностическую последовательность при выявлении больных с признаками хронического холестаза.

В первую очередь необходимо тщательно собрать анамнез и провести физикальное обследование. Ультразвуковое исследование (УЗИ) позволяет дифференцировать внутри- и внепеченочный холестаз. Третий шаг — определение сывороточных антител к митохондриальным

антител (АМА) — является обязательным у пациентов с внутрипеченочным холестазом.

Магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ) является следующим этапом диагностики у больных с холестазом невыясненного генеза. Эндоскопическое УЗИ (ЭУЗИ) — альтернатива МРХПГ в оценке обструкции дистального отдела билиарного тракта. Европейские эксперты подчеркивают, что диагностическая эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) должна оставаться резервным методом обследования, то есть методом МРХПГ и ЭУЗИ следует отдавать предпочтение. При внутрипеченочном холестазе невыясненного генеза и отрицательном тесте на АМА рекомендуется выполнить биопсию печени. У пациентов с отрицательным тестом на АМА и результатами биопсии, пограничными между первичным билиарным циррозом (ПБЦ) и первичным склерозирующим холангитом (ПСХ), по возможности следует провести генетическое тестирование на выявление гена ABCB4 (ген, кодирующий каналикулярный выводной насос).

Рассмотрим диагностические алгоритмы для отдельных заболеваний, которые могут сопровождаться холестазом.

Диагноз ПБЦ можно с уверенностью поставить у взрослых больных с повышенным уровнем щелочной фосфатазы (ЩФ) при отсутствии других причин его повышения и наличии АМА в титре не менее 1:40 и/или при обнаружении АМА типа М2. В настоящее время выделяют доклиническую стадию ПБЦ, на которой у пациентов выявляются АМА, но еще не нарушаются биохимические показатели функции печени. Биопсия не является обязательным методом подтверждения диагноза ПБЦ, но позволяет оценить активность и стадию заболевания. Биопсия становится необходимой при отсутствии специфических для ПБЦ антител. Также она может быть полезной при диспропорциональном подъеме уровня сывороточных трансаминаз и/или уровня сывороточного IgG. У пациентов с положительным тестом на АМА и нормальными биохимическими печеночными тестами следует ежегодно проводить повторный анализ на биохимические маркеры холестаза.

ПБЦ с признаками холестаза могут сопровождать аутоиммунный гепатит (АИГ) в 10-15% случаев. Диагностическими критериями ПБЦ на фоне АИГ являются:

- уровень ЩФ > 2 значений верхней границы нормы (ВГН) или уровень гамма-глобулина > 5 значений ВГН;
- определение АМА в титре $\geq 1:40$;
- наличие признаков повреждения желчных протоков по данным гистологического исследования биоптата печени.

Критерии АИГ:

- уровень аланинаминотрансферазы (АЛТ) > 5 значений ВГН;
- IgG > 2 значений ВГН или положительный тест на антитела к гладкой мускулатуре;
- наличие умеренных или выраженных перипортальных или перисептальных лимфоцитарных ступенчатых некрозов по данным биопсии.

Первичный склерозирующий холангит — это хроническое холестатическое заболевание печени, которое характеризуется наличием воспалительного фибротического процесса как в интра-, так и в экстрапеченочных желчных протоках. Эта патология диагностируется намного реже, чем ПБЦ, однако не столько

по причине низкой распространенности, сколько из-за отсутствия необходимых знаний у врачей. Примерно у 70% больных ПСХ ассоциирован с воспалительными заболеваниями кишечника. Пациенты с ПСХ относятся к группе риска по развитию холангиокарциномы, колоректального рака, рака поджелудочной железы.



В настоящее время выделены две новые формы склерозирующего холангита. Прогрессирующий постешоковый склерозирующий холангит развивается как следствие травм, ожоговой болезни и других состояний организма, сопровождавшихся шоком, и характеризуется образованием стриктур и дилатацией внутри- и внепеченочных желчных протоков. Вторая форма — иммуноассоциированный холангит (ИАХ), при котором наблюдаются биохимические и холангиографические признаки, подобные ПСХ, но который в отличие от ПСХ не ассоциируется с воспалительными заболеваниями кишечника, однако часто сопутствует аутоиммунному панкреатиту и другим заболеваниям, сопровождающимся фиброзом. Принципиально важно, что ИАХ хорошо поддается лечению глюкокортикоидами, которые не показаны больным с ПСХ без признаков аутоиммунного процесса.

Диагноз ПСХ ставится больным с биохимическими маркерами холестаза, при типичных результатах МРХПГ и при условии исключения возможных причин вторичного склерозирующего холангита. Биопсия печени не является обязательным методом диагностики, но позволяет оценить активность и стадию заболевания. Она может быть проведена для диагностики ПСХ мелких желчных протоков в случаях, когда при качественно проведенной МРХПГ не выявляют патологии, а также при диспропорционально высоких уровнях сывороточных трансаминаз и/или IgG для обнаружения дополнительного или альтернативного патологического процесса. ЭРХПГ проводится при нечетких результатах МРХПГ, а также у больных с неспецифическими воспалительными заболеваниями кишечника (НВЗК) при нормальных результатах МРХПГ, но сохраняющемся подозрении на ПСХ. После постановки диагноза ПСХ пациенты должны регулярно наблюдаться у гастроэнтеролога. Тотальную колоноскопию с биопсией следует проводить у больных ПСХ ежегодно с целью раннего выявления НВЗК. Всем больным ПСХ следует ежегодно выполнять УЗИ органов брюшной полости. В настоящее время отсутствуют биохимические маркеры или способы визуализации для раннего выявления холангиокарциномы. Для подтверждения диагноза ЭРХПГ

с биопсией должна проводиться по клиническим показаниям.

Перейдем к алгоритмам лечения.

Пациенты с ПБЦ и холестатическим синдромом, включая случаи бессимптомного течения, должны получать длительное лечение урсодезоксихолевой кислотой (УДХК, оригинальный препарат Урсофальк) в дозе 13-15 мг/кг массы тела в день. Благоприятный эффект терапии Урсофальком наблюдается у больных с начальными стадиями заболевания и хорошим биохимическим ответом через 1 год от начала лечения, который определяется по следующим критериям:

- уровень билирубина в сыворотке крови ≤ 17 ммоль/л;
- уровень ЩФ ≤ 3 ВГН, уровень АСТ ≤ 2 ВГН (Парижские критерии); снижение на 40% или нормализация уровня ЩФ (Барселонские критерии).

Для пациентов с недостаточно выраженным биохимическим ответом на терапию УДХК предлагается ее комбинация с будесонидом (Буденофальк) в дозе 6-9 мг/сут.

Трансплантация печени рекомендуется больным с прогрессирующим ПБЦ или декомпенсированным циррозом и прогнозируемым

в течение 1 года летальным исходом вследствие его осложнений.

В нескольких исследованиях показано, что длительная терапия УДХК замедляет прогрессирование гистологических изменений у больных ПБЦ и позволяет приблизить длительность жизни пациентов с этим заболеванием к общепопуляционной. По данным P. Angulo et al. (2007), частота прогрессирующих форм цирроза (4 стадии) в группе больных, получавших Урсофальк, была достоверно ниже, чем в контрольной: 13% и 49% соответственно ($p < 0,009$). У всех пациентов на фоне приема Урсофалька наблюдается отчетливое улучшение биохимических печеночных проб и снижение коэффициента риска Мейо. Отсюда сделан вывод о том, что назначать УДХК при выявлении ПБЦ следует как можно раньше.

Комбинированная терапия Урсофальком и кортикостероидами рекомендуется больным с ПБЦ на фоне АИГ. Альтернативный вариант — начать с монотерапии УДХК и при отсутствии адекватного биохимического ответа через 3 мес добавить кортикостероиды. В терминальных стадиях заболевания показана трансплантация печени.

При ПСХ Урсофальк в дозе 15-20 мг/кг в день улучшает показатели сывороточных печеночных проб, однако не оказывает влияния на гистологическую картину заболевания и выживаемость больных. Получены обнадеживающие, хотя пока ограниченные данные об использовании УДХК для хемотропии колоректального рака при ПСХ. Применение Урсофалька может быть действенным в группах высокого риска: у пациентов с наличием в семейном анамнезе колоректального рака, предшествовавшей колоректальной неоплазии и длительного распространенного колита. Глюкокортикоиды и другие иммуносупрессоры не показаны больным ПСХ при отсутствии у них оверлап-синдрома.

Методами устранения стриктур желчных протоков у больных ПСХ со значительным холестазом являются билиарная дилатация и дренаж, а при недостаточном эффекте вмешательство может завершаться постановкой билиарных стентов с последующей профилактической

Продолжение на стр. 8.

В фокусе внимания — достижения украинской гепатологии

Продолжение. Начало на стр. 7.

антибиотикотерапией. Трансплантация печени рекомендуется пациентам с терминальными стадиями ПСХ, а также при наличии дисплазии холангиоцитов или тяжелого рекуррентного бактериального холангита.

Согласно европейским рекомендациям УДХК целесообразно применять у больных с лекарственным холестазом, учитывая высокий профиль ее безопасности и отсутствия других способов специфического лечения.

Также применение Урсофалька показано при холестазе беременных. Известно, что внутрипеченочный холестаз значительно ухудшает исходы беременности, приводя к преждевременным родам, дистрессу плода, его внутриутробной смерти. Терапия с применением УДХК позволяет минимизировать негативные влияния желчных кислот на организм матери и плода и улучшить клинический исход (G. Mazella et al., 2005).

Хронический холестаз часто сопровождается изнуряющим кожным зудом. Новые европейские рекомендации предлагают следующий алгоритм борьбы с этим явлением. В качестве первой линии терапии рекомендуется назначить холестирамин в дозе 4 г до 4 раз в день. Это анионообменная смола в форме порошка, обладающая способностью связывать желчные кислоты в кишечнике, предотвращая их обратное всасывание в кровь. При длительном приеме холестирамина необходимо помнить о необходимости парентерального возмещения дефицита жирорастворимых витаминов (А, D, К).

При недостаточном эффекте назначается рифампицин начиная с минимальной дозы — 150 мг/сут с постепенным повышением до максимальной — 600 мг/сут. При отсутствии улучшения или непереносимости рифампицина показано применение налтрексона в дозе 25-50 мг/сут. Наконец, в случаях резистентности зуда к первым трем препаратам может быть назначен серотонинергический антидепрессант сертралин в дозе до 100 мг/сут.

Доктор медицинских наук, профессор Олег Яковлевич Бабак (Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины, г. Харьков) осветил проблему заболеваний печени у пациентов с сахарным диабетом.



— Терминология, отражающая изменения печени на фоне сахарного диабета (СД), имеет свою историю. Термины «диабетическая гепатопатия», «жировая гепатоз» и «жировая дистрофия печени» устарели. Успехи в изучении механизмов формирования и прогрессирования патологии печени при СД позволили сформулировать более корректный и отражающий суть явления термин — неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП), под которым объединены две ее формы — неалкогольный стеатоз и неалкогольный стеатогепатит (НАСГ), отражающие этапность поражения органа на фоне метаболического синдрома. Стеатоз подразумевает наличие жировой инфильтрации печеночной ткани без признаков воспалительного процесса. Критерием диагноза НАСГ является наличие воспаления, некроза и фиброза печени на фоне переполнения гепатоцитов липидными включениями. Указание на неалкогольную природу патологии не случайно, поскольку для НАЖБП характерны те же гистологические признаки, что и для алкогольного стеатоза или стеатогепатита, поэтому диагноз НАЖБП правомочен лишь в тех случаях, когда в анамнезе отсутствуют данные о злоупотреблении алкоголем.

Для подтверждения диагноза НАЖБП сегодня применяется целый арсенал неинвазивных и инвазивных методов, включая биопсию печени. Однако, учитывая повсеместную доступность ультразвуковой диагностики, напомним врачам, что чувствительность УЗИ в отношении выявления стеатоза у пациентов с СД и повышенным уровнем АЛТ составляет 89%,

а специфичность — 93%. Патогномичным признаком стеатоза является диффузное повышение эхогенности печени, «яркая» печень. К дополнительным признакам можно отнести утолщение стенки желчного пузыря, наличие гиперэхогенных пристеночных включений, увеличение размеров и повышение эхогенности поджелудочной железы.

Современные подходы к терапии НАЖБП на фоне СД включают в первую очередь устранение или ослабление факторов риска и непосредственных причин поражения печени: коррекцию гипергликемии, гиперлипидемии, нормализацию массы тела, отмену потенциально гепатотоксичных лекарственных препаратов. Обязательное условие терапии для пациентов с СД — достижение и поддержание целевого уровня гликозилированного гемоглобина <7%. Диета и умеренные физические нагрузки показаны всем пациентам с какими-либо проявлениями нарушений со стороны печени, а медикаментозная терапия — всем больным с признаками НАЖБП. Однако при отсутствии признаков активности процесса — повышения уровня печеночных ферментов — медикаментозное лечение не оправдано, поскольку может лишь усугубить ситуацию, спровоцировав переход заболевания в активную фазу.



Доказательная база в отношении эффективности и безопасности препаратов эссенциальных фосфолипидов при различных патологических состояниях печени включает и исследования на выборках пациентов с НАЖБП. Это универсальные гепатопротекторы природного происхождения, которые давно заняли прочные позиции в гепатологии.

Прогрессирование НАЖБП приводит к снижению активности S-аденозил-метилтрансферазы, что влечет за собой нарушение синтеза адеметионина и угнетению реакций трансметилирования в мембранах гепатоцитов. В этой связи целесообразным представляется назначение экзогенного адеметионина, который способствует регенерации печеночной ткани, оказывает антиоксидантное действие, поддерживает детоксикационную функцию печени и замедляет процесс ее фиброобразования.

Применение у больных НАЖБП препарата УДХК Урсофалька патогенетически обосновано целым рядом эффектов, хорошо известных гастроэнтерологам: антихолестатицизм, цитопротективный, иммуномодулирующий и антифибротический. Клинические эффекты Урсофалька хорошо изучены методами доказательной медицины. Позволю себе остановиться лишь на некоторых новых данных. В недавно завершившемся многоцентровом двойном слепом рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании у пациентов с НАСГ изучалась возможность длительной (до 12 мес) терапии высокими дозами УДХК. Показано, что высокие дозы Урсофалька значительно и достоверно улучшают биохимические показатели функционирования печени и безопасны при длительном применении (V. Ratzlul et al., 2009). В другом исследовании у больных НАСГ получены положительные результаты комбинированной терапии Урсофальком и витамином Е. Двойная терапия дополнительно улучшала показатели аминотрансфераз, гистологическую картину, снижала

интенсивность гепатоцеллюлярного апоптоза и восстанавливала уровень адипонектина (M.R. Balmer et al., 2009).

Доктор медицинских наук, профессор Мария Дмитриевна Ардатская (кафедра гастроэнтерологии Учебно-научного центра Медицинского центра Управления делами Президента Российской Федерации) продолжила тему ведения пациентов с НАСГ.



— Несмотря на наличие характерных биохимических, визуализационных (по данным КТ и УЗИ) и гистологических признаков НАСГ, перед постановкой данного диагноза следует исключить другие возможные причины неалкогольного жирового гепатоза: болезнь Вильсона-Коновалова, вирусный или аутоиммунный гепатит, врожденную недостаточность альфа-1-антитрипсина, гемохроматоз, лекарственные поражения печени (вследствие приема глюкокортикоидов, синтетических эстрогенов, тетрациклина). Следующий шаг — попытаться определить клинический прогноз. По данным разных авторов, у 3% больных НАСГ может наблюдаться спонтанное улучшение состояния, в 38-40% случаев заболевание характеризуется прогрессирующим течением, примерно у 15% пациентов процесс завершается циррозом печени. Предикторами прогрессирования НАСГ и фиброобразования печени являются следующие клинические признаки: наличие в крови ферментов цитолиза, абдоминальное ожирение, СД 2 типа, артериальная гипертензия и гипертриглицеридемия. Наличие у пациента двух и более из вышеперечисленных факторов свидетельствует о высоком риске прогрессирования НАСГ. Более точным неинвазивным инструментом оценки фиброза печени является шкала Vopacini, основанная на количестве тромбоцитов, протромбиновом времени и соотношении активности АЛТ/АСТ.

Важнейшим компонентом медикаментозного лечения больных НАСГ является оригинальный препарат УДХК Урсофальк, который обеспечивает многогранное влияние на жизнедеятельность и функции гепатоцитов. В многочисленных исследованиях показано, что Урсофальк достоверно улучшает биохимические показатели у больных НАСГ, вызывает редукцию синдромов холестаза и цитолиза, а при длительном применении уменьшает выраженность стеатоза печени и замедляет ее фиброобразование.



В патогенезе НАСГ определенную роль играют нарушения биоценоза толстой кишки. Поэтому параллельно с гепатотропной терапией целесообразно проводить коррекцию состава кишечной микрофлоры, для чего с успехом применяется универсальный пребиотик Мукофальк. Этот препарат получают из волокон наружной оболочки семян подорожника овального (*Plantago ovata seu psyllium*). Мукофальк нормализует моторику кишечника и консистенцию хлуса, а также способен связывать желчные кислоты и холестерин, что приводит к снижению его уровня в плазме крови. Гипохолестеринемический и гиполипидемический эффекты Мукофалька подтверждены в специальных исследованиях. С 1998 г. Мукофальк одобрен Управлением по пищевым продуктам и лекарственным средствам (FDA) США и Американской ассоциацией кардиологов в качестве компонента диетической терапии у пациентов с легкой и умеренной гиперхолестеринемией. В 2003 г. данную рекомендацию одобрило и Европейское агентство по лекарственным средствам (ЕМЕА).

Кандидат медицинских наук Татьяна Эдуардовна Скворцова (кафедра пропедетики внутренних болезней с курсами гастроэнтерологии и эндоскопии Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова) рассмотрела принципы и возможности неинвазивной литолитической терапии при желчнокаменной болезни.

— Лечение желчнокаменной болезни (ЖКБ) занимаются как гастроэнтерологи, так и хирурги, однако до настоящего времени между ними не достигнут консенсус о преемственности ведения пациентов. В большинстве случаев функция терапевта сводится к диагностике

и направлению больных на хирургическое лечение, при котором устраняется не причина заболевания — нарушение состава и реологии желчи, а его следствие — заполненный конкрементами желчный пузырь. В то же время малоинвазивный и патогенетически обоснованный метод лечения ЖКБ — пероральный медикаментозный литолиз — незаслуженно игнорируется врачами.

Следует четко разграничивать показания к холецистэктомии и возможности литолитической терапии. Удаление желчного пузыря, даже при бессимптомном холелитиазе, показано в следующих ситуациях:

— при «фарфоровом» желчном пузыре (кальциноз стенки с полной потерей сократительной функции);

— при одновременном наличии желчных камней и быстрорастущих полипов желчного пузыря;

— при размере конкрементов более 30 мм.

Определиться со стратегией лечения позволяет компьютерная томография желчного пузыря с оценкой плотности конкрементов по шкале Хаунсфилда. Средняя плотность желчи по этой шкале составляет 5-15 единиц (НУ), рентгеноконтрастными являются конкременты плотностью до 75 НУ, однако их можно выявить на КТ в виде участков повышенной плотности на фоне желчи. Камни плотностью свыше 75 НУ визуализируются как включения с четкими контурами. Отмечу, что обзорная рентгенография в проекции желчного пузыря неприменима для выявления желчных конкрементов, поскольку позволяет визуализировать только камни плотностью свыше 400 НУ. Среди специалистов ультразвуковой диагностики бытует мнение, что по наличию четкой акустической дорожки можно судить о высокой плотности желчных камней, однако, по нашим наблюдениям, такой эффект могут давать даже самые мягкие конкременты плотностью 30 НУ.

Медикаментозному растворению поддаются конкременты плотностью до 100 НУ по данным КТ. Пероральная литолитическая терапия — это целый комплекс мероприятий, основой которого является ежедневный прием препарата УДХК (Урсофальк) в дозе 10 мг/кг массы тела один раз в сутки на ночь. На фоне приема Урсофалька для дополнительного улучшения реологических свойств желчи рекомендуется соблюдение диеты № 5 с 4-6-кратным приемом пищи, добавление в рацион пищевых волокон, медленное снижение массы тела. Нормализовать моторику желчного пузыря, тонкой кишки и восстановить проходимость сфинктера Одди позволяет назначение мебеверина. Обязательным условием лечения является восстановление и поддержание физиологического состава кишечной микрофлоры, для чего могут применяться пребиотики, пробиотики, синбиотики и симбиотики. Нормализовать процесс пищеварения позволяют буферные антациды и полиферментные препараты. Обеспечить регулярный ежедневный стул помогает препарат растительного происхождения Мукофальк, содержащий компоненты разнонаправленного действия, которые могут оказывать как антидиарейное, так и слабительное действие, а также обладают рядом других полезных эффектов: пребиотическим, противовоспалительным, гиполипидемическим.

По нашим наблюдениям, на фоне литолитической терапии Урсофальком нормализуется моторно-эвакуаторная функция желчного пузыря, секреция желчи печенью, уменьшается выраженность жировой инфильтрации печени, создаются условия для восстановления нормальной микрофлоры толстой кишки и ее моторики. Уже через 3 мес терапии Урсофальком наши пациенты отмечали улучшение качества жизни по опроснику SF-36.

Подготовил Дмитрий Молчанов

