

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

¹ 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 знаку для товарів та послуг від 24 лютого 2010 р. www.favor.com.ua

sanofi aventis

Здоров'я — це важливо

Влияние панкреатических ферментов на скорость опорожнения желудка у больных муковисцидозом

Целью исследования, проведенного учеными из Университета г. Аделаида (Австралия), являлось изучение влияния панкреатических ферментов на показатели постпрандиальной гликемии и скорость опорожнения желудка у пациентов с муковисцидозом. В рандомизированном исследовании приняли участие 5 больных муковисцидозом с клиническими проявлениями внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы без сопутствующего сахарного диабета (средний возраст 25,8±1,0 года, индекс массы тела (ИМТ) – 20,2±1,1 кг/м²) и 6 здоровых добровольцев с сопоставимыми значениями ИМТ. Скорость опорожнения желудка у больных муковисцидозом исследовали дважды: в 1-й день исследования пациенты принимали тестовый завтрак, меченный ⁹⁹Tc, вместе с плацебо, на 2-й день – тестовый завтрак вместе с капсулами, содержащими панкреатин (100 000 ЕД липазы). Здоровые добровольцы принимали тестовый завтрак однократно без панкреатических ферментов. У всех участников исследования определяли уровень глюкозы в сыворотке крови, концентрацию глюкагона, глюкагоноподобного пептида-1 (GLP-1), глюкозозависимого инсулинопотропного полипептида (GIP).

После обработки полученных результатов оказалось, что у пациентов с муковисцидозом чаще диагностировали ускоренное опорожнение желудка (p<0,001), увеличение синтеза GLP-1 (p<0,01) и GIP (p<0,001), постпрандиальную гипергликемию (p<0,001), чем у здоровых добровольцев. Дополнительный прием панкреатических ферментов способствовал нормализации скорости опорожнения желудка и секреции GLP-1, содействовал увеличению концентрации глюкагона в плазме крови (p=0,05), но не влиял на синтез GIP и уровень постпрандиальной гликемии. В ходе исследования ученые зафиксировали достоверную связь между скоростью опорожнения желудка и концентрацией глюкозы в сыворотке крови через 60 мин после приема тестового завтрака (r=0,75; p=0,01).

Таким образом, дополнительный прием панкреатических ферментов нормализует опорожнение желудка у больных муковисцидозом и положительно влияет на секрецию гормона инкретиновой системы GLP-1.

Kuo P. et al.

J Clin Endocrinol Metab. 2011 Mar 9.

Прием кислотосупрессивных препаратов и риск формирования фитобезоаров

Факторами, предрасполагающими к появлению фитобезоаров (инородных тел, образующихся в желудке из неперевариваемых остатков пищи), являются потребление большого количества фруктов, богатых танином, снижение синтеза соляной кислоты, замедление опорожнения желудка, гастропарез. Ученые из Национального медицинского центра (Тайвань) предположили, что прием кислотосупрессивных препаратов, ингибирующих синтез соляной кислоты и приводящих к развитию лекарственно-индуцированной гипоацидности, может сопровождаться высоким риском формирования фитобезоаров.

Для подтверждения выдвинутой гипотезы ученые провели ретроспективный анализ историй болезни 32 пациентов, у которых при проведении эндоскопического исследования или оперативного вмешательства были выявлены фитобезоары в желудке или двенадцатиперстной кишке.

Проанализировав полученные данные, ученые выяснили, что большинство случаев диагностики фитобезоаров отмечены в осенне-весенний период (с октября по март; p<0,01). В исследуемой когорте оперативное вмешательство на желудке перенесли 18 (56,25%) больных, а у 6 (42,9%) из 14 пациентов, не подвергавшихся хирургическому лечению, имел место сахарный диабет, но ни один из пациентов не принимал кислотосупрессивные препараты на протяжении 6 мес до момента выявления фитобезоаров.

С. Fu и соавт. пришли к выводу, что риск формирования фитобезоаров у пациентов с неизменной моторной функцией желудка при сопутствующем приеме кислотосупрессивных препаратов является минимальным.

Fu C. et al.

Acta Chir Belg. 2010. 110 (6): 595-597.

В лечении больных хроническим панкреатитом американские врачи отдают предпочтение проведению заместительной терапии панкреатическими ферментами

Группа американских ученых изучила субъективное мнение американских врачей об эффективности медикаментозной неанальгетической терапии больных хроническим панкреатитом. F. Burton и соавт. использовали базу данных проспективно-го исследования NAPS2, в котором приняли участие пациенты с острым (n=460) и хроническим (n=540) панкреатитом. Врачей, которые оказывали помощь больным хроническим панкреатитом, просили заполнить анкету и указать методы лечения, использованные в лечении каждого больного (заместительная терапия панкреатическими ферментами, витамины/антиоксиданты, октреотид, блокада чревного сплетения), а также оценить их эффективность.

Оказалось, что 70% больных хроническим панкреатитом врачи рекомендовали принимать препараты, содержащие панкреатические ферменты. Наиболее часто заместительную терапию панкреатическими ферментами (ЗТПФ) назначали при наличии экзокринной недостаточности поджелудочной железы (ферментные препараты получали 88% больных обструктивным панкреатитом и 61% пациентов с алкогольным панкреатитом; p<0,001). Лицам с болевой формой хронического панкреатита также назначали препараты, содержащие ферменты поджелудочной железы (ферменты принимали 74% больных обструктивным панкреатитом и 59% пациентов с алкогольным панкреатитом; p<0,002). Мультивариантный анализ выявил факторы, определявшие проведение ЗТПФ: наличие экзокринной недостаточности (отношение шансов (ОШ) 5,14; 95% ДИ 2,87-9,18), постоянного (ОШ 3,42; 95% ДИ 1,93-6,04) или интермиттирующего болевого синдрома (ОШ 1,98; 95% ДИ 1,14-3,45). Эффективность ЗТПФ врачи прогнозировали по наличию экзокринной недостаточности (ОШ 2,16; 95% ДИ 1,36-3,42). Витамины и антиоксиданты назначали 14% больных хроническим панкреатитом. Врачи считали применение антиоксидантов более эффективным в лечении обструктивного панкреатита по сравнению с терапией панкреатита алкогольной этиологии (25 vs 4%; p=0,03). Другие средства использовали еще реже (октреотид назначали в 7% случаев, блокаду чревного сплетения применяли в 5% случаев); субъективная врачебная оценка эффективности этой терапии не превышала 50%.

Таким образом, в лечении больных хроническим панкреатитом американские врачи отдают предпочтение проведению ЗТПФ.

Burton F. et al.

Aliment Pharmacol Ther. 2011. 33 (1): 149-159.

Уровень фекальной эластазы-1 у относительно здоровых лиц пожилого возраста

Финские ученые под руководством К. Herzig изучали состояние внешнесекреторной функции поджелудочной железы у относительно здоровых пожилых лиц без патологии желудочно-кишечного тракта, сахарного диабета, не придерживавшихся специальной диеты.

Пациенты, принявшие участие в исследовании (n=106), были разделены на 3 группы в соответствии с возрастом: лица 60-69 лет (n=31), 70-79 лет (n=38), старше 80 лет (n=37). Группу сравнения составили здоровые добровольцы в возрасте 20-28 лет (n=53). Исследователи установили, что концентрация фекальной эластазы-1 негативно коррелировала с возрастом пациента (r=-0,35; p<0,001) и была достоверно ниже у лиц старше 70 лет по сравнению с соответствующим показателем в группе контроля (p<0,001). В когорте пациентов старше 60 лет у 21,7% (23 из 106) обследованных имела место внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы: средняя концентрация фекальной эластазы-1 составила 112 мкг/г. У 9 пациентов диагностировали тяжелую экзокринную недостаточность поджелудочной железы: уровень фекальной эластазы-1 был ниже 100 мкг/г.

Результаты исследования показали, что возрастные дегенеративные изменения в ткани поджелудочной железы сопровождаются снижением секреции панкреатических ферментов. Авторы исследования подчеркивают, что примерно у 20% относительно здоровых лиц пожилого возраста отмечается экзокринная недостаточность поджелудочной железы; таким пациентам может быть показано проведение ЗТПФ.

Herzig K et al.

BMC Geriatr. 2011. 11:4.

Прогностическая ценность эндосоноэластографии в дифференциальной диагностике очаговых образований поджелудочной железы

Эндосоноэластография – инновационный метод исследования, позволяющий оценить эластичность, сжимаемость изучаемой ткани и обнаруженных при проведении эндоскопической ультрасонографии образований.

Ученые из медицинского университета (г. Крайова, Румыния) оценили эффективность эндоскопической соноэластографии в дифференциальной диагностике очаговых образований у больных хроническим панкреатитом и раком поджелудочной железы. В многоцентровом исследовании приняли участие 258 пациентов с очаговыми образованиями в поджелудочной железе. Видеозаписи эндоскопической соноэластографии последовательно оценивались двумя высокоспециализированными экспертами для снижения вероятности установления ошибочного диагноза. Впоследствии результаты эндоскопической соноэластографии были подвергнуты компьютерному анализу для оценки цветовой гаммы гистограмм, определения вариабельности полученных данных и установления диагностической ценности метода.

Исследователи отметили высокое соответствие установленного диагноза результатам эндоскопической соноэластографии. Анализ цветовой гаммы гистограмм подтвердил высокую

чувствительность (93,4%) и специфичность (66,0%) эндоскопической соноэластографии. Прогностическая ценность положительного результата составила 92,5%, прогностическая ценность отрицательного результата – 68,9%; суммарная прогностическая ценность – 85,4%; значение границы разделения нормы и патологии – 175. Высокую информативность эндоскопической соноэластографии подтвердило вычисление площади под ROC-кривой, которая составила 0,854 (ДИ 0,804-0,894; $p < 0,0001$).

Полученные данные в пользу высокой дифференциально-диагностической информативности метода позволили авторам исследования сравнить эндоскопическую соноэластографию с виртуальной биопсией поджелудочной железы.

Saftoiu A. et al.
Endoscopy. 2011 Mar 24.

Особенности лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: результаты исследования REFLEX

Эффективность лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) ингибиторами протонной помпы (ИПП) активно изучается на протяжении многих лет. Группа французских ученых под руководством E. Dorval предположила, что неэффективность терапии ГЭРБ может быть связана с неправильной оценкой тяжести заболевания, неуверенностью врачей/пациентов в эффективности ИПП.

Для подтверждения этой гипотезы было проведено исследование REFLEX, в ходе которого сравнивали мнение пациентов и врачей об эффективности лечения ГЭРБ при помощи ИПП. Ученые проанализировали анкеты, которые заполнили 1818 врачей общей практики и 5174 больных ГЭРБ, принимавших ИПП; в анкетах медики и пациенты оценивали выраженность основных симптомов ГЭРБ, удовлетворенность проводимым лечением.

Результаты исследования выявили умеренную согласованность пациентов и врачей относительно эффективности терапии ИПП, приверженности к назначению ИПП, применения безрецептурных лекарственных средств. В 90% случаев больные ГЭРБ были удовлетворены терапией ИПП и полностью следовали рекомендациям врача. В то же время мнение пациентов не соответствовало представлению врачей об ожидаемых результатах терапии ИПП. Ученые зафиксировали хорошую согласованность мнений пациентов и врачей относительно выявления клинических симптомов ГЭРБ, оценки частоты их возникновения, влияния симптомов заболевания на качество жизни.

Исследование REFLEX показало, что врачи и пациенты считают эффективность лечения ГЭРБ при помощи ИПП удовлетворительной. E. Dorval и соавт. подчеркнули, что многих больных беспокоят остаточные симптомы ГЭРБ, тяжесть и выраженность которых недооцениваются врачами общей практики.

Dorval E. et al.
BMC Gastroenterol. 2011. 11(1): 25.

Распространенность ГЭРБ у беременных

Распространенность ГЭРБ достаточно велика среди беременных, что связано со снижением тонуса нижнего пищеводного сфинктера, замедлением гастроинтестинального транзита, повышением внутрибрюшного давления, обусловленного беременной маткой. Исследование индийских ученых было посвящено изучению распространенности ГЭРБ среди беременных и определению факторов, провоцирующих развитие указанной патологии.

В исследовании приняли участие женщины, находящиеся на различных сроках беременности ($n=400$). ГЭРБ диагностировали у 182 беременных, остальных участниц ($n=218$) включили в состав контрольной группы. Исследуемые группы были сопоставимы по демографическим показателям: средний возраст пациенток с ГЭРБ не отличался от аналогичного показателя у беременных из группы контроля ($23,6 \pm 3,4$ vs $23,3 \pm 3,3$ года).

Распространенность ГЭРБ составила 45,5% (182 из 400); 19,3% беременных предъявляли жалобы на наличие изжоги, 13,5% – регургитации; 12,8% отмечали как изжогу, так и регургитацию. Возраст беременной не влиял на вероятность появления характерных симптомов ГЭРБ. Распространенность ГЭРБ возрастала с течением беременности: в I триместре она составила 9,5%, во II – 43,1%, в III – 54,1% ($p < 0,001$). Факторами риска развития ГЭРБ у беременных признаны потребление мяса и газированных напитков.

Ramu B. et al.
Indian J Gastroenterol. 2010 Dec 2.

Риск развития врожденных пороков при приеме ИПП на ранних сроках беременности

Ученые из Дании провели когортное исследование, в котором оценили риск развития врожденных пороков у детей, чьи матери принимали ИПП в I триместре беременности. Ученые проанализировали все случаи диагностики врожденных пороков у детей, родившихся живыми; сопоставили данные национальных регистров о назначении ИПП беременным и рождении детей с пороками развития.

С января 1996 по сентябрь 2008 года в Дании родились 840 968 живорожденных младенцев; из них 5082 ребенка подвергались внутриутробному воздействию ИПП. Частота рождения детей с врожденными пороками развития у матерей, принимавших ИПП за 4 нед до зачатия и на протяжении I триместра беременности, составила 3,4% ($n=174$), тогда как у женщин, не принимавших ИПП, этот показатель был несколько меньше – 2,6% ($n=21811$; скорректированные значения ОШ 1,23; 95% ДИ 1,05-1,44). Среди детей, подвергшихся воздействию ИПП только на протяжении I триместра гестации ($n=3651$), было отмечено 118 случаев (3,2%) диагностики врожденных пороков развития (скорректированные значения ОШ 1,10; 95% ДИ 0,91-1,34).

Проанализировав полученные данные, ученые пришли к выводу, что прием беременными ИПП в I триместре беременности не сопровождается достоверным увеличением риска развития врожденных пороков у плода.

Pasternak B. et al.
N Engl J Med. 2010. 363 (22): 2114-23.

Возможность диагностики атрофического гастрита у больных ГЭРБ при помощи Gastropanel

Для неинвазивной диагностики атрофического гастрита широко используется тест-система Gastropanel, основанная на определении концентрации пепсиногена-1, гастрин-17 в сыворотке крови, выявлении антител к Helicobacter pylori. Ученые из Магдебургского университета (Германия) предположили, что при помощи Gastropanel можно диагностировать атрофический гастрит у больных ГЭРБ.

Для подтверждения этой гипотезы U. Peitz и соавт. использовали исходную базу данных проспективного исследования ProGERD, в котором приняли участие больные с персистирующим течением ГЭРБ ($n=6215$). Для дальнейшего анализа ученые отобрали пациентов с гистологически подтвержденным атрофическим гастритом; в состав группы сравнения вошли пациенты без атрофических изменений слизистой оболочки желудка. Исследуемые группы были сопоставимы по полу, возрасту, форме ГЭРБ (эрозивная, неэрозивная), инфицированности H. pylori, наличию пищевода Барретта.

Ученые зафиксировали сильную негативную корреляционную связь между степенью атрофии тела желудка и уровнем сывороточного пепсиногена-1, но не смогли подтвердить негативную корреляцию (ранее описанную в исследовании ProGERD) между степенью атрофии антрального отдела желудка и содержанием гастрин-17 в сыворотке крови. Кроме того, авторы исследования отметили низкую чувствительность (0,32) и специфичность (0,70) Gastropanel в диагностике атрофического гастрита у больных ГЭРБ.

Таким образом, тест-система Gastropanel не обладает достаточной валидностью для использования ее в качестве метода неинвазивной диагностики атрофического гастрита у больных ГЭРБ.

Peitz U. et al.
J Gastroenterol. and Hepatol. 2011. Vol. 26, Is. 1: 8289.

Гистологическую стадию гастрита можно прогнозировать по эндоскопическим признакам атрофии слизистой оболочки желудка

Группа ученых под руководством D. Quach изучала возможность определения гистологической стадии гастрита по классификации OLGA по эндоскопическим признакам умеренной/выраженной атрофии слизистой оболочки желудка.

В исследовании приняли участие 280 пациентов с неязвенной диспепсией (140 мужчин и 140 женщин). Средний возраст обследованных больных составил 46,1 года (20-78 лет). У 13 (4,6%) пациентов диагностирован гастрит III-IV ст.; все они были старше 40 лет ($p=0,01$), инфицированы H. pylori ($p=0,0006$), имели умеренную/выраженную степень атрофии слизистой оболочки желудка по данным эндоскопии ($p < 0,001$). У 7 больных выявлена низкодифференцированная дисплазия, при этом у 4/13 (30,7%) из них ранее был диагностирован гастрит III-IV ст., у 3/267 (1,1%) – гастрит I-II ст. ($p < 0,001$). Эндоскопические признаки умеренной/выраженной атрофии слизистой оболочки желудка отмечены у 6 пациентов ($p=0,048$). По расчетам исследователей, чувствительность и специфичность прогнозирования наличия у больного гастрита III-IV ст. по эндоскопическим признакам атрофии слизистой оболочки желудка составила соответственно 100 и 57,7%; позитивное прогностическое значение и отрицательное прогностическое значение – соответственно 10,3 и 100%.

Таким образом, гастрит III-IV ст. по классификации OLGA был диагностирован преимущественно у пациентов с эндоскопическими признаками умеренной/тяжелой атрофии слизистой оболочки желудка. Авторы исследования утверждают, что отсутствие эндоскопических признаков атрофии слизистой оболочки желудка позволяет исключить вероятность наличия у больного тяжелого гастрита.

Quach D. et al.
J Gastroenterol. and Hepatol. 2011. Vol. 6, Is. 2: 281-85.

Подготовила Лада Матвеева

Маалокс®



ЗАГАСИ ВОГОНЬ ПЕЧІЇ!

- 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 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. Жиланська, 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.

UA.MAA.11.03.01

sanofi aventis
Здоров'я – це важливо