



Маалокс®



ЗАГАСИ ВОГОНЬ ПЕЧІЇ!

- Швидко¹ та на тривалий час² позбавляє печії
- 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 печії» 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

Ефективність комбінації азинтаміда і домперидона в ліченні функціональної диспепсії

Китайські учені під керівництвом L. Zhao провели рандомізоване подвійне сліпе плацебо контролюване дослідження, в якому вивчили ефективність і безпеку комбінації азинтаміда (спазмолітичного засобу) і домперидона (прокінетичного препарату) в ліченні функціональної диспепсії (ФД).

В дослідженні прийняли участь 208 хворих ФД, яких розподілили в основну (n=102) і контрольну (n=106) групи. Пациентам основної групи назначали прийом азинтаміда (2 таблетки 3 р/сут) і домперидона (10 мг 3 р/сут) на протязі 4 нед; хворі контрольної групи отримували тільки домперидон (10 мг 3 р/сут) в течение 4 нед. Терапевтичну ефективність проводимого медикаментозного лічення оцінювали при допомозі модифікованого опросника SODA (Severity of Dyspepsia Assessment).

Проаналізувавши результати анкетування по опроснику SODA, дослідники установили, що інтенсивність болювого синдрому/вздуття живота в основній групі знизилась на 12,35±5,48 балла, тоді як в контрольній групі цей показник зменшився на 10,52±4,65 балла (p=0,009). Удовлетвореність проводимим ліченням була достовірно вище у пацієнтів основної групи по порівнянню з хворими контрольної групи (7,09±3,78 vs 5,62±3,54 балла відповідно; p=0,004). Ефективність комбінації азинтаміда і домперидона перевищала такову монотерапії домперидоном (89,2 vs 76,4% відповідно; p=0,015). Ні в одній з груп проводиме медикаментозне лічення не супроводжалося розвитком значимих побічних явищ.

Учені прийшли до висновку, що комбінована терапія азинтамідом і домперидоном більш ефективно купірує проявлення захворювання і покращує якість життя хворих ФД, ніж монотерапія домперидоном. L. Zhao і соавт. передположили, що сприятливе вплив азинтаміда при ФД обумовлено модуляцією висцеральної чутливості і нормалізацією гастроінтестинальної моторики.

Zhao L. et al. Zhonghua Nei Ke Za Zhi 2011; 50 (3): 212-215.

Розличчя штамів Helicobacter pylori, виділених із проксимального і дистального відділів шлунка

В подавляючому більшості випадків неадекватність ерадикаційної терапії Helicobacter pylori (Hр) пов'язують з наявністю антибіотикорезистентних штамів. Іспанські учені передположили, що неадекватна ерадикація обумовлена не тільки антибіотикорезистентністю, але і одночасною інфікованістю декількома штамми Hр.

Для підтвердження цієї гіпотези L. Marzio і соавт. досліджували культури бактерій Hр, отримані від 76 пацієнтів, раніше не отримували антихелікобактерну терапію, і від 72 хворих, у яких проводилася ерадикаційна терапія, яка виявилася неефективною. Всім пацієнтам, прийнявши участь в дослідженні, виконували ендоскопію верхніх відділів траварительного тракту з багаторазовою біопсією із проксимального і дистального відділів шлунка.

Пангастрит (пораження всіх відділів шлунка) був діагностований у 40% пацієнтів, не отримували антихелікобактерну терапію, і у 53% хворих, у яких було дане лічення неефективним. Частота виявлення штамів Hр, резистентних до амоксициліну, кларитромицину і тинідазолу, в групі хворих з пангастритом значно перевищувала такову серед пацієнтів з ізольованим ураженням антрального відділу шлунка (p<0,05). Перекрестна резистентність до декількох антибіотиків була зафіксована у 33% хворих, не отримували антихелікобактерну терапію, і у 21% пацієнтів, не отримували лічення. Генотипування штамів Hр, отриманих від хворих з інфікуванням всіх відділів шлунка, виявило значну різноманітність виділених культур бактерій Hр.

L. Marzio і соавт. зробили висновок, що в умовах персистенції інфекції Hр необхідно визначати чутливість до антибіотиків і проводити культуральне дослідження штамів Hр, отриманих не тільки із антрального, але і із проксимального відділів шлунка, що сприяє підвищенню ефективності ерадикаційної терапії.

Marzio L. et al. EIGH 2011; 23 (6): 467-472.

Ризик розвитку гострого інфаркту міокарда і інсульту у пацієнтів, госпіталізованих по приводу язвенної хвороби

Група шведських учених під керівництвом O. Sadr-Azodi вивчила ймовірність розвитку гострих серцево-судинних і цереброваскулярних подій у пацієнтів, госпіталізованих в стаціонар по приводу ускладненої або неускладненої язвенної хвороби шлунка або дванадцятипалої кишки.

Вибір пацієнтів для участі в дослідженні проводили з використанням Шведського ідентифікаційного реєстру пацієнтів (Swedish Patient Register). Із бази даних були вибрані 84 156 хворих з пептичною язвою, отримували медичну допомогу в умовах стаціонару на протязі 1987-2007 гг., а також не мали в анамнезі даних об гострому або хронічному захворюванні серцево-судинної або центральної нервової системи. Порівняння ризику розвитку гострого інфаркту міокарда, ішемічного або геморагічного інсульту після госпіталізації в групі пацієнтів з язвенною хворобою і в загальній популяції проводили за допомогою розрахунку стандартизованого показника захворюваності.

Оказалося, що ризик розвитку гострого інфаркту міокарда, ішемічного або геморагічного інсульту у хворих язвенною хворобою в течение перших 60 днів від моменту госпіталізації в 2-4 рази перевищував такий в загальній популяції, а на протязі всього періоду медичного спостереження був на 30-70% вище, ніж в загальній популяції.

O. Sadr-Azodi і соавт. вказують на необхідність більш ретельного медичного спостереження за пацієнтами з язвенною хворобою в течение 60 днів після виписки із стаціонару в зв'язі з високим ризиком розвитку гострого інфаркту міокарда і інсульту в цій групі хворих.

Sadr-Azodi O. et al. EIGH 2011; 23 (6): 461-466.

Ефективність квадротерапії з використанням препаратів висмута в якості першої лінії ерадикаційної терапії

Китайські учені вивчали ефективність квадротерапії з використанням препаратів висмута при проведенні ерадикації Hр у хворих, раніше не отримували антихелікобактерну терапію.

Для участі в дослідженні були обрані 136 пацієнтів з язвенною хворобою або хронічним гастритом, інфікованих Hр. Всім хворим рандомізували на дві групи: 67 учасникам назначили квадротерапію (20 мг езомепразола, 500 мг кларитромицину, 1 г амоксициліну, 220 мг висмута трикалія дигідрата 2 р/сут в течение 7 днів), 69 пацієнтів отримували стандартну трійну терапію (20 мг езомепразола, 500 мг кларитромицину, 1 г амоксициліну 2 р/сут на протязі 7 днів). Ефективність ерадикаційної терапії оцінювали за допомогою ¹³C-дихального тесту; економічність проведення аналізу в відповідності з початково назначеною терапією (intention to treat analysis, ІТТ-аналіз) і аналізу даних пацієнтів, завершивши дослідження по протоколу (per protocol analysis, РР-аналіз); також розраховували коефіцієнти «вартість/ефективність проводимого лічення» і «вартість/ефективність додаткових витрат».

По результатам ІТТ- і РР-аналізів в групі хворих, отримували квадротерапію, досягти повної ерадикації Hр вдалося в 82,09 і 88,71% випадків відповідно, тоді як в групі пацієнтів, отримували стандартну трійну терапію, ерадикація зареєстрована в 66,7 і 73,02% випадків відповідно (p<0,05). Показник «вартість/ефективність проводимого лічення» для хворих групи квадротерапії становив 4,15; для пацієнтів групи трійної терапії – 4,82. Значення коефіцієнта «вартість/ефективність додаткових витрат» при проведенні квадротерапії по порівнянню з стандартною терапією становило 1,02.

Учені прийшли до висновку, що ефективність квадротерапії значно перевищує такову стандартної трійної терапії при практично порівнянній вартості. М. Ху і соавт. рекомендують використовувати квадротерапію з включенням препаратів висмута в якості першої лінії ерадикації.

Xu M. et al. Zhejiang Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban 2011; 40 (3): 327-331.

Підготувала **Лада Матвеева**



Відновлює печінку клітина до клітини

- **Ессенціалє® форте Н** надійно захищає печінку від негативного впливу шкідливих факторів (алкоголь, токсичні речовини, ліки та ін.), відновлює її структуру та функцію¹.
- **Ессенціалє® форте Н** містить унікальну EPL®-субстанцію природного походження, яка відновлює структуру мембран клітин печінки².
- Ефективність **Ессенціалє® форте Н** доведена клінічною практикою і базується на даних 239 клінічних досліджень за участі більше 14 000 пацієнтів (жовтень 2009)¹.
- **Ессенціалє® форте Н** — більше ніж 50 років досвіду застосування в практичній медицині³.

Спосіб застосування та дози:²
2 капсули 3 рази на добу (підтримуюча доза — 1 капсула 3 рази на добу), курс лікування — не менше 3 місяців.

¹ За обсягом продажів (дослідження, проведені АйЕмЕс ХЕЛС, дані за останні 12 міс. станом на 3-й квартал 2010 р.).
² Ессенціальні фосфоліпиди в ліцензії в лікуванні острих і хронічних захворювань печінки // Здоров'я України. — 2009. — 20. — С. 58–59.
³ Інструкція для медичного застосування препарату Ессенціалє® форте Н, Ессенціалє® Н.
⁴ Corporate data, September 2008.
Р.П. МОЗ України № UA/8682/01/01 від 15.08.08.
Перед застосуванням проконсультуйтеся з лікарем та уважно читайте інструкцію.
Зберігати в недоступному для дітей місці.
Реклама: лікарський засіб.

ТОВ «Санofi-Авентіс Україна».
Київ, 01033, вул. Жилинська, 48–50а,
тел.: +38 (044) 354 20 00,
факс: +38 (044) 354 20 01,
www.sanofi-aventis.com.ua



Снижение массы тела при неалкогольной жировой болезни печени

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) широко распространена во всем мире. Несмотря на это, некоторые рекомендации по лечению данной патологии, касающиеся, в частности, снижения массы тела, коррекции диеты и изменения физической нагрузки, не основываются на принципах доказательной медицины. Экспертами Кокрановской группы по изучению заболеваний гепатобилиарной системы опубликован систематический обзор, посвященный изучению эффективности методик снижения веса у больных НАЖБП.

L. Peng и соавт. провели поиск рандомизированных контролируемых исследований в различных базах данных: Кокрановском центральном реестре контролируемых исследований (CENTRAL), PubMed, EMBASE, ClinicalTrials.gov.

Окончательному анализу были подвергнуты результаты 7 исследований, 5 из них оценивали влияние изменения образа жизни (коррекция диеты, физической нагрузки) на нормализацию массы тела, 2 — эффективность медикаментозной терапии (орлистата). В общей сложности в 7 испытаниях приняли участие 373 человека; длительность исследований колебалась от 1 мес до 1 года. Риск систематической ошибки, связанной с предпочтительной публикацией положительных результатов, был признан минимальным только в одном испытании, оценивавшем эффективность модификации образа жизни. Эксперты Кокрановской группы не смогли выполнить метаанализ основных результатов, т. к. о них либо не сообщалось вообще, либо количество испытаний было явно недостаточным для проведения метаанализа.

«Скудные данные и высокая вероятность систематической ошибки помешали нам сделать четкое заключение об эффективности изменения образа жизни или назначения орлистата больным НАЖБП», — отметили L. Peng и соавт. Эксперты Кокрановской группы считают, что для оценки влияния снижения массы тела на течение НАЖБП необходимо использовать результаты новых рандомизированных клинических исследований с низкой систематической ошибкой, также они подчеркнули необходимость изучения долгосрочного прогноза в отношении развития фиброза, летальности и качества жизни больных НАЖБП.

Peng L. et al. DOI: 10.1002/14651858.CD003619.pub3.

Витамин Е vs метформин в лечении НАЖБП у детей и подростков: рандомизированное контролируемое исследование TONIC

НАЖБП — распространенное заболевание печени среди детей и подростков, которое может проявляться неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ) и прогрессирующим фиброзом печени.

Ученые из Колумбийского университета (г. Нью-Йорк, США) исследовали влияние витамина Е и метформина на течение НАЖБП у детей и подростков. Рандомизированное контролируемое исследование проходило в 10 клинических исследовательских центрах с участием 173 больных (в возрасте 8–17 лет), у которых диагноз НАЖБП был подтвержден при помощи биопсии печени. Пациентов рандомизировали для приема 800 МЕ витамина Е (n=58), 1000 мг метформина (n=57) или плацебо (n=58) на протяжении 96 нед. Первичной конечной точкой исследования являлось снижение уровня аланинаминотрансферазы (АЛТ), определенное как $\geq 50\%$ уменьшение активности АЛТ по сравнению с исходным, или ≥ 40 ед/л уменьшение АЛТ на каждой 12-й неделе лечения с 48-й по 96-ю неделю приема исследуемых препаратов. Вторичной конечной точкой считали улучшение гистологических признаков НАЖБП и разрешение НАСГ.

Устойчивое снижение уровня АЛТ, зафиксированное как при назначении витамина Е (15/58; 26%; 95% ДИ 15–39%; $p=0,26$), так и при приеме метформина (9/57; 16%; 95% ДИ 7–28%; $p=0,83$), было сопоставимо с таковым на фоне приема плацебо (10/58; 17%; 95% ДИ 9–29%). Средние изменения АЛТ (исходные значения в сравнении с таковыми на 96-й неделе терапии) при использовании плацебо составили $-35,2$ ед/л (95% ДИ от $-56,9$ до $-13,5$), при назначении витамина Е — $-48,3$ ед/л (95% ДИ от $-66,8$ до $-29,8$; $p=0,07$), при приеме метформина — $-41,7$ ед/л (95% ДИ от $-62,9$ до $-20,5$; $p=0,40$). Средние изменения индекса баллонной дистрофии гепатоцитов к 96-й неделе лечения при применении плацебо составили 0,1 (95% ДИ от $-0,2$ до $0,3$), при использовании витамина Е — $-1,8$ (95% ДИ от $-2,4$ до $-1,2$; $p=0,02$), при приеме метформина — $-0,3$ (95% ДИ от $-0,6$ до $-0,0$; $p=0,04$). Терапия с использованием плацебо приводила к изменению индекса активности НАЖБП на $-0,7$ (95% ДИ от $-1,3$ до $-0,2$), с применением витамина Е — на $-1,8$ (95% ДИ от $-2,4$ до $-1,2$; $p=0,02$), с назначением метформина — на $-1,1$ (95% ДИ от $-1,7$ до $-0,5$; $p=0,25$). Количество детей, у которых по окончании 96-й недели терапии не было выявлено гистологических признаков НАСГ, составило 28%

при приеме плацебо (95% ДИ 15–45%; 11/39), 58% при применении витамина Е (95% ДИ 42–73%; 25/43; $p=0,006$), 41% при использовании метформина (95% ДИ 26–58%; 16/39; $p=0,23$).

Таким образом, ни витамин Е, ни метформин не превосходят плацебо в достижении устойчивого снижения уровня АЛТ у детей и подростков, больных НАЖБП.

Lavine J.E. et al.
JAMA 2011 Apr 27; 305 (16): 1659–68.

Заболеваемость и факторы риска развития НАЖБП у больных раком молочной железы, принимающих тамоксифен

Лечение рака молочной железы (РМЖ) с использованием тамоксифена повышает риск развития стеатоза печени.

Иранские ученые исследовали заболеваемость и факторы риска развития НАЖБП, индуцированной приемом тамоксифена, у женщин с РМЖ. В исследовании приняли участие 70 пациенток с РМЖ в возрасте 28–80 лет, которые ежедневно принимали 20 мг тамоксифена после перенесенного оперативного вмешательства. Критериями включения в испытание были исходные нормальные значения функциональных проб печени, отрицательный тест на инфицированность вирусом гепатита С, отсутствие поверхностного антигена вируса гепатита В и признаков патологии печени при проведении ультразвукового исследования (УЗИ). Конечной точкой испытания являлось развитие стеатоза печени по данным УЗИ на фоне 6-месячной терапии тамоксифеном.

По завершении периода наблюдения признаки НАЖБП выявлены у 35 женщин, у 9 из них была диагностирована первая, у 20 пациенток — вторая, у 6 больных — третья степень стеатогепатоза. Факторами риска развития НАЖБП были признаны повышение уровня триглицеридов (относительный риск (ОР) 2,4; 95% ДИ 1,2–4,8), повышение уровня глюкозы крови натощак и снижение холестерина липопротеинов высокой плотности (ОР 3,4; 95% ДИ 0,7–8,4). Исследователи не зафиксировали достоверной взаимосвязи между развитием стеатогепатоза и возрастом пациенток (ОР 1,3; 95% ДИ 0,87–2,00), менопаузой (ОР 1,13; 95% ДИ 0,69–1,9), наличием сахарного диабета (ОР 2,4; 95% ДИ 0,7–8,4), проводимой химиотерапией, типом рецепторов (с-erbB2, P53, прогестероновые и эстрогеновые рецепторы), стадией РМЖ, гиперхолестеринемией, уровнем холестерина липопротеинов низкой плотности, артериальной гипертензией, индексом массы тела.

Иранские ученые установили, что терапия тамоксифеном сопровождается высоким риском развития неалкогольного стеатогепатита у больных РМЖ, у которых наблюдаются повышенные уровни триглицеридов и глюкозы крови и низкая концентрация холестерина липопротеинов высокой плотности.

Akhondi-Meybodi M. et al.
Arab J Gastroenterol 2011 Mar; 12 (1): 34–6.

Влияние различных диет на уровень трансаминаз и инсулинорезистентность у больных НАЖБП и ожирением

Группа ученых из университета г. Вальядолида (Испания) исследовала динамику уровня печеночных трансаминаз и инсулинорезистентности у больных ожирением с/без НАЖБП на фоне снижения массы тела.

В испытании приняли участие 162 пациента с ожирением; участников разделили на 2 группы: в 1-ю (контрольную) вошли больные ожирением с нормальным содержанием АЛТ в сыворотке крови (n=112), 2-ю группу составили пациенты с НАЖБП (n=30), у которых активность АЛТ превышала 43 ед/л. Впоследствии больных дополнительно рандомизировали на подгруппы: больным одной подгруппы рекомендовали на протяжении 3 мес придерживаться диеты с низким содержанием жира (диета № 1: 1500 ккал/сут, 53% углеводов, 20% белков, 27% жиров), пациентам другой подгруппы советовали ограничить количество углеводов в суточном рационе (диета № 2: 1507 ккал/сутки, 38% углеводов, 26% белков, 36% жиров).

После окончания 3-месячного периода наблюдения у пациентов контрольной группы, придерживавшихся диеты № 1, ученые зафиксировали снижение массы тела, ИМТ, жировой массы, индекса «талия-бедр», уменьшение окружности талии, систолического артериального давления, уровня общего холестерина, холестерина липопротеинов низкой плотности, индекса инсулинорезистентности НОМА, уровня инсулина. У больных НАЖБП соблюдение диеты № 1 способствовало уменьшению вышеперечисленных показателей, а также снижению уровня гликемии, триглицеридов, АЛТ, аспартатаминотрансферазы (АСТ), гамма-глутамилтрансферазы. У пациентов контрольной группы, соблюдавших диету № 2, исследователи зафиксировали снижение показателей ИМТ, массы тела, жировой массы, индекса «талия-бедр», окружности талии, систолического давления,

общего холестерина, холестерина липопротеинов низкой плотности, индекса инсулинорезистентности НОМА, инсулина. У больных НАЖБП соблюдение диеты № 2 сопровождалось улучшением перечисленных показателей, а также уменьшением уровня гликемии, триглицеридов, АЛТ, гамма-глутамилтрансферазы и отсутствием достоверной динамики АСТ.

Проанализировав полученные данные, ученые пришли к выводу, что снижение массы тела на фоне соблюдения любой гипокалорийной диеты сопровождается уменьшением активности печеночных трансаминаз и инсулинорезистентности у больных НАЖБП.

De Luis D.A. et al.
Nutr Hosp 2010 Sep-Oct; 25 (5): 730-5.

Пробиотики для профилактики острых инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей

Известно, что пробиотики могут способствовать улучшению состояния здоровья человека за счет нормализации активности его иммунной системы. В ряде исследований была показана способность пробиотиков препятствовать развитию респираторных инфекций; несмотря на это, доказательства эффективности указанных средств в профилактике острых инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей (ИЗВДП) и сведения о потенциальных нежелательных явлениях, сопровождающих подобную терапию, отсутствуют.

Эксперты Кокрановской группы по изучению острых респираторных инфекций опубликовали систематический обзор, посвященный изучению эффективности и безопасности пробиотиков в профилактике острых ИЗВДП. Q. Нао и соавт. провели поиск рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), в которых сравнивалась эффективность пробиотиков с плацебо в профилактике острых ИЗВДП, в электронных базах данных EMBASE, Web of Science, CENTRAL, а также в китайских базах данных медико-биологической и научно-популярной медицинской литературы.

В систематический обзор включили результаты 14 РКИ, из них для проведения метаанализа было отобрано 10 РКИ с общим количеством пациентов 3451 человек. Оказалось, что количество эпизодов острой респираторной инфекции было значительно меньшим среди пациентов, получавших пробиотики, по сравнению с соответствующим показателем у лиц, принимавших плацебо: как минимум 1 эпизод острого ИЗВДП – отношение шансов (ОШ) 0,58 (95% ДИ 0,36-0,92); не менее 3 эпизодов острого ИЗВДП – ОШ 0,53 (95% ДИ 0,36-0,80) соответственно. Пациенты, принимавшие пробиотики, реже нуждались в назначении антибактериальных препаратов, чем лица, получавшие плацебо (ОР 0,67; 95% ДИ 0,45-0,98). Риск развития эпизода острого ИЗВДП у участников, принимавших пробиотики, был значительно ниже по сравнению с таковым у пациентов в группе плацебо (ОР 0,88; 95% ДИ 0,81-0,96). Средняя длительность эпизода острого ИЗВДП и вероятность появления нежелательных явлений не отличались: соответственно -0,29; 95% ДИ от -3,71 до 3,13 и ОР 0,92; 95% ДИ 0,37-2,28. Побочные действия реже развивались при назначении пробиотиков, чем при использовании плацебо; среди побочных действий преобладали гастроинтестинальные симптомы. Проводя обобщенный анализ данных, эксперты Кокрановской группы отметили высокую гетерогенность полученных результатов в некоторых подгруппах.

Таким образом, проведенный метаанализ продемонстрировал превосходство пробиотиков над плацебо в уменьшении количества эпизодов острого ИЗВДП, снижении как относительного риска развития острой респираторной инфекции, так и необходимости применения антибактериальных препаратов.

«Применение пробиотиков может быть более эффективным в профилактике острого ИЗВДП, чем плацебо», – считают Q. Нао и соавт. В заключение эксперты Кокрановской группы подчеркнули, что результаты метаанализа имеют некоторые ограничения и не могут быть экстраполированы на популяцию пациентов пожилого возраста.

Hao Q. et al.
Cochrane Database Syst Rev 2011 Sep 7; 9:CD006895.

Оценка иммунологических свойств двух пробиотических штаммов *Bifidobacterium animalis ssp. lactis* и *Lactobacillus paracasei ssp. paracasei* при проведении вакцинации против гриппа

Специалисты из клиники Луи Сакко (г. Милан, Италия), используя модель вакцинации здоровых добровольцев, провели рандомизированное контролируемое исследование, в котором изучали влияние пробиотических штаммов *Bifidobacterium animalis ssp. lactis* (BB-12) и *Lactobacillus paracasei ssp. paracasei* (L. casei 431) на иммунную систему человека.

В испытании приняли участие 211 здоровых добровольцев (56% женщин, 44% мужчин, средний возраст 33,2 года), которых рандомизировали для приема $\geq 10^9$ колониеобразующих

единиц BB-12 (капсулы) или L. casei 431 (молочный напиток) либо плацебо 1 р/сут на протяжении 6 нед. Через 2 нед после начала приема пробиотических препаратов участникам исследования проводили сезонную вакцинацию против гриппа. Образцы слюны и плазмы крови исследовали дважды (при включении в испытание и после завершения 6-й недели лечения) для определения иммунологических показателей.

Динамика содержания в плазме крови антител IgG, IgG₁ и IgG₃ как при приеме BB-12, так и L. casei 431 была более выражена, чем при применении плацебо (в группе L. casei 431: p=0,01 для IgG; p<0,001 для всех остальных показателей). Количество принимавших пробиотик пациентов, у которых в ходе исследования зафиксировано устойчивое увеличение уровня специфического IgG (≥ 2 -кратный рост по сравнению с исходными значениями), существенно превышало таковое в когорте добровольцев, получавших плацебо (в группе BB-12: p<0,001 для IgG, IgG₁ и IgG₃; в группе L. casei 431: p<0,001 для IgG₁ и IgG₃). Прием любого пробиотического штамма способствовал росту концентрации секреторного IgA в слюне по сравнению с данным показателем при применении плацебо (в группе BB-12: p=0,017; в группе L. casei 431: p=0,035). Подобные результаты были получены в отношении суммарного уровня антител. Исследователи не зафиксировали значимых межгрупповых различий в содержании цитокинов в плазме крови и показателях врожденного иммунитета.

Авторы считают, что прием BB-12 и L. casei 431 может быть эффективным средством улучшения функции иммунной системы посредством усиления как системного иммунного ответа, так и иммунного ответа слизистой оболочки верхних дыхательных путей.

Rizzardini G. et al.
Br J Nutr 2011 Sep 7: 1-9.

Комбинация *Lactobacillus salivarius* и фруктоолигосахаридов превосходит монотерапию последними в лечении детей с атопическим дерматитом

Известно, что некоторые пробиотики могут улучшать течение атопического дерматита у детей. Группа ученых из университета г. Тайбэй (Тайвань) предположила, что комбинация пребиотиков с пробиотиками (синбиотики) может увеличить эффективность этих препаратов.

Для подтверждения высказанной гипотезы исследователи сравнили эффективность комбинации *Lactobacillus salivarius* с фруктоолигосахаридами (синбиотика) и монотерапии фруктоолигосахаридами (пребиотиком) в лечении детей с атопическим дерматитом. Для участия в исследовании рандомизировали 60 детей в возрасте 2-14 лет со среднетяжелым и тяжелым течением атопического дерматита (индекс SCORAD >25 баллов). Всех больных разделили на 2 группы: основную и контрольную. Пациентам основной группы (n=30) назначали синбиотик (капсулы, содержащие *Lactobacillus salivarius* и фруктоолигосахариды); детям контрольной группы (n=30) рекомендовали принимать пребиотик (капсулы с *Lactobacillus salivarius*) по 1 капсуле 2 р/сут на протяжении 8 нед. Индекс активности заболевания по шкале SCORAD оценивали на 0, 4, 8-й и 10-й (после лечения) неделе.

Как показали результаты исследования, участники основной и контрольной групп были сопоставимы по исходным демографическим и клиническим характеристикам, степени тяжести заболевания (количество баллов по шкале SCORAD). К 8-й неделе исследования значение индекса SCORAD у пациентов основной группы (27,4 \pm 12,7 балла) было значительно ниже, чем у больных контрольной группы (36,3 \pm 14,9 балла; p=0,022); к 10-й неделе наблюдения выявленные межгрупповые различия сохранялись. Ученые зафиксировали более значимое снижение интенсивности клинических проявлений атопического дерматита на 8-й неделе лечения у детей, принимавших синбиотик, по сравнению с соответствующим показателем у больных, получавших пребиотик (p=0,013). На 8-й неделе терапии количество детей с атопическим дерматитом легкой степени тяжести значительно превышало таковое в основной группе – 52%, 14/27 и 30%, 8/27 соответственно (p=0,024). Исследователи отметили достоверное снижение уровня эозинофильного катионного белка и потребности в использовании медикаментозных средств у больных основной группы в динамике лечения (к 8-й неделе лечения по сравнению с 4-й неделей).

Исследование тайванских ученых показало, что синбиотик (комбинация *Lactobacillus salivarius* и фруктоолигосахаридов) превосходит монотерапию пребиотиком (фруктоолигосахаридами) в лечении детей со среднетяжелым и тяжелым атопическим дерматитом. Авторы акцентируют внимание на необходимости длительного наблюдения за пациентами для определения долгосрочной пользы применения синбиотиков.

Wu K.G. et al.
Br J Dermatol 2011 Sep 6. doi: 10.1111/j.1365-2133.2011.10596.x.

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 Інструкція для медичного застосування препарату Ентерожерміна.

Р.Л. МОЗ України № УА/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. Желязська, 48-50а, тел.: +38 (044) 354 20 00, факс: +38 (044) 354 20 01, www.sanofi-aventis.com.ua

