



**Голубовская О. А.**,  
зав. кафедрой  
инфекционных  
болезней Национального  
медицинского  
университета имени  
А. А. Богомольца,  
д-р мед. наук, профессор,  
заслуженный врач  
Украины

Любая диарея является следствием преобладания водно-электролитной секреции над абсорбцией в кишечнике. В патогенезе диареи участвуют 4 основных механизма: кишечная секреция, повышение осмотического давления в полости кишки, нарушение транзита кишечного содержимого и кишечная экссудация.

# СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ДИАРЕЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

По данным ВОЗ, ежегодно в мире происходит примерно 2 млрд случаев заболевания диареей. До 30% населения промышленно развитых стран страдает заболеваниями пищевого происхождения, из которых 80–85% вызваны инфекционными агентами. В настоящее время наиболее «смертоносными» возбудителями кишечных инфекций в мире являются *S. typhi*, энтеропатогенные *E. coli* и норовирусы (52 000, 37 000 и 35 000 смертей в год соответственно).

## МЕХАНИЗМЫ ПАТОГЕНЕЗА

Диарея — это неоформленные или жидкие испражнения  $\geq 3$  раз в течение 24 ч (или чаще чем обычно для конкретного человека). Важно понимать, что основным в определении диареи является даже не ее кратность, а консистенция.

Любая диарея является следствием преобладания водно-электролитной секреции над абсорбцией в кишечнике. В патогенезе диареи участвуют 4 основных механизма: кишечная секреция, повышение осмотического давления в полости кишки, нарушение транзита кишечного содержимого и кишечная экссудация. Несомненно, что механизмы диареи тесно связаны между собой, тем не менее для каждого заболевания характерен преобладающий тип нарушения ионного транспорта. При диарее вода и основные электролиты (натрий, хлор, калий и бикарбонаты) выводятся из организма вместе с жидкими испражнениями и рвотными массами. Необходимо помнить о том, что потери электролитов часто сопровождаются разнообразными клиническими симптомами (от мышечной слабости, ощущения нехватки воздуха до судорожного подергивания мышц) и иногда даже паническими атаками.

Наиболее часто и быстро обезвоживание вызывают *V. cholerae* O1 или O139, ротавирусы и энтеротоксигенная *E. coli*.

## КЛАССИФИКАЦИЯ ОБЕЗВОЖИВАНИЯ

Данная классификация, предложенная ВОЗ, основана на клинических проявлениях

и удобна для практического применения.

1. Начальная стадия: не имеет каких-либо признаков или симптомов.

2. Умеренная дегидратация ( $\geq 2$  признаков): больной пьет достаточное количество жидкости, беспокойное поведение и раздражительность, кожная складка расправляется меньше, чем за 2 с, ощущение мягкости при надавливании на глазные яблоки, язык суховат, конечности холодные, мочеотделение снижено.

3. Тяжелая дегидратация ( $> 2$  признаков): плохо или совсем не пьет, патологическая сонливость, спутанность сознания, кожная складка расправляется более, чем за 2 с, глубоко запавшие глаза, сухой язык, отсутствие мочевыделения, холодные, влажные, цианотичные конечности, учащенный и слабый пульс, низкое или неопределяемое артериальное давление, резкая бледность кожи.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ДИАРЕИ

Для широкомасштабной клинической практики (а следует помнить о том, что крупные вспышки диарейных заболеваний могут возникнуть во время стихийных бедствий, когда нет возможности проведения даже элементарного лабораторного исследования, либо в условиях ограниченного доступа к медицинской помощи) ВОЗ предлагает выделять следующие клинические формы заболевания и оценивать связанные с ними риски:

- острая водянистая диарея (включая холеру), длящаяся несколько часов или дней: основная опасность — обезвоживание;

у детей — резкое снижение массы тела, если прекращается кормление;

- острая кровавая диарея (шигеллез): основная опасность связана с изменениями воспалительного характера слизистой оболочки кишечника, сепсисом, также возможно развитие обезвоживания, но его тяжелые формы возникают реже, чем при острой водянистой диарее;

- рефрактерная диарея, длящаяся 14 дней или более; основная опасность — алиментарная недостаточность и развитие тяжелых инфекционных заболеваний, не связанных с поражением желудочно-кишечного тракта вследствие иммунодепрессии; не исключены и случаи обезвоживания;

- диарея на фоне недостаточности питания в тяжелой форме (кахексия или квашиоркор): основная опасность ассоциируется с тяжелой системной инфекцией, обезвоживанием, сердечной недостаточностью, а также недостаточностью витаминов и микроэлементов.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ

Основным направлением лечения диарейных заболеваний является восполнение потерянной жидкости; при начальной и умеренной дегидратации вполне успешно можно применять регидратацию пероральными регидратационными смесями.

Также для лечения диареи используют различные энтеросорбенты.

За некоторым исключением назначение антибактериальных препаратов при диарее является не только нецелесообразным, но и опасным. Антибактериальной терапии подлежат все случаи кровавой диареи, вызванные *Shigella*; случаи, подозрительные на холеру с тяжелым обезвоживанием; лабораторно подтвержденная инфекция, вызванная *Giardia duodenalis*.

## НЕОБХОДИМОЕ ПОСТОЯНСТВО КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ

Диарейные заболевания любого генеза сопровождаются нарушениями состава и количества кишечной микрофлоры, участвующей в широком диапазоне процессов и функций макроорганизма.

Восстановить нормальный баланс микробиоты кишечника у пациентов с

инфекционной диареей помогут комбинированные препараты, содержащие смеси пробиотиков, пребиотиков и противовоспалительных препаратов растительного происхождения, такие, как синбиотик Опефера. В составе Опеферы — живые лиофилизированные бактерии ( $1,94 \times 10^9$  КОЕ) *Lactobacillus rhamnosus*, *Lactobacillus plantarum*, *Lactobacillus acidophilus*, *Bifidobacterium bifidum*, *Bifidobacterium longum*, *Bifidobacterium infantis*, *Streptococcus thermophiles*, *Saccharomyces boulardii*, а также сухой экстракт ромашки аптечной и пребиотик инулин.

Уникальная комбинация пробиотиков Опеферы оказывает синергический эффект. Так, продукты жизнедеятельности *Streptococcus thermophilus* поддерживают рост и размножение лактобактерий. В свою очередь, кислая среда, создаваемая лактобактериями, является оптимальной для бифидобактерий — основной составляющей нормальной микрофлоры кишечника. Протекторный эффект антибиотикоустойчивых *Saccharomyces boulardii* в отношении полезных кишечных микроорганизмов усиливается иммуномодулирующим действием наряду со стимуляцией активности пищеварительных ферментов.

Растительный пребиотик — полисахарид ИНУЛИН повышает эффективность лакто- и бифидобактерий, способствуя их росту и размножению.

Лакто- и бифидобактерии в составе Опеферы препятствуют размножению широкого спектра патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, способствуют жизнедеятельности представителей нормальной микрофлоры кишечника; также обладают иммуномодулирующими свойствами и участвуют в процессах пищеварения, в т. ч. активизируют его пристеночный компонент.

Эффективно дополняет действие синбиотика комплекс биологически активных веществ цветков ромашки аптечной, который усиливает пищеварительную секрецию, препятствует процессам брожения, проявляет антимикробное, противовоспалительное, вяжущее и спазмолитическое действие.

Список литературы находится в редакции.

Уникальная комбинация пробиотиков Опеферы оказывает синергический эффект. Так, продукты жизнедеятельности *Streptococcus thermophilus* поддерживают рост и размножение лактобактерий. В свою очередь, кислая среда, создаваемая лактобактериями, является оптимальной для бифидобактерий — основной составляющей нормальной микрофлоры кишечника.

# ОПЕФЕРА

ОРИГІНАЛЬНА КОМБІНАЦІЯ ПРОБІОТИКА



Лакто- та біфідо- бактерії

*Saccharomyces boulardii*

+ ромашка  
+ інулін

Екстракт ромашки аптечної  
50 мг

*Saccharomyces boulardii*  
65 мг

Інулін  
200 мг

Про- та пребіотичний комплекс  
з протизапальною дією<sup>1,2</sup>

Ліофілізовані бактерії  
1,94 × 10<sup>9</sup> КУО

Дітям  
з 1 року  
ЖИТТЯ



Рекомендації щодо застосування:<sup>1,2</sup>

Сприяє:

▷ загальному зміцненню організму, підвищенню імунітету.

Запобігає розвитку:

- ▷ гастроентериту, диспепсії;
- ▷ діареї (пов'язаної з прийомом антибіотиків), госпітальної діареї;
- ▷ транзитних дисфункцій кишечника (діареї, закрепи, метеоризму, колік), пов'язаних зі зміною раціону харчування, поїздками тощо;
- ▷ алергічних захворювань (алергічний риніт, астма, екзема).

<sup>1</sup>Висновок державної санітарно-епідеміологічної експертизи №05.03.02-03/68940 від 12.11.2014 р.

<sup>2</sup>Звіт про результати робіт для потреб державної санітарно-епідеміологічної експертизи (медико-біологічні показники) №737 від 01.11.2014 р. МОЗ України ДП «Державний науково-дослідний центр з проблем гігієни харчування МОЗ України».

**Особливості щодо застосування:** для максимальної ефективності інтервал між прийомом Опефери та антибіотиків має становити не менше 3 годин. **Протипоказання:** індивідуальна чутливість до складових компонентів. **Форма випуску:** капсули тверді №28 у флаконі з полімерного матеріалу, 1 флакон у картонній коробці. Дієтична добавка. Не є лікарським засобом. **Виробник:** «КЕЦД ЛТД», Болгарія. **Заявник:** «ЮОРЛД МЕДИЦИН ЕВРОПА ЕООД», Болгарія. **Висновок державної санітарно-епідеміологічної експертизи №05.03.02-03/68940 від 12.11.2014 р.**

ВНИМАНИЕ!

## КОНКУРС КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИКА ОПЕФЕРА

Уважаемые Коллеги, приглашаем Вас принять участие в конкурсе, главным призом которого станет трехдневная ознакомительная поездка в клиники Германии. В программе поездки запланировано посещение ведущих медицинских центров Германии, мастер-класс по диагностике гастроэнтерологических заболеваний, а также познавательные экскурсии и знакомство с национальной немецкой кухней.

Прислав в редакцию на электронную почту [redmed.info@gmail.com](mailto:redmed.info@gmail.com)

или простым письмом на адрес

03148, г. Киев, ул. Семьи Стешенко, 1, оф. 2

описание интересного клинического случая, Вы сможете выиграть одну из трех поездок в Вестфалию (регион Германии, известный самым большим количеством университетских медицинских клиник). Клинический случай должен содержать описание картины заболевания, диагноз и результаты обоснованного применения пробиотика Опефера.

**Глава и председатель конкурса** —

д-р мед. наук, проф. О. А. Голубовская.

Конкурс продлится до 31 мая 2018 г., после чего будут подведены итоги и определены победители — 3 человека, которым будет вручен сертификат на поездку.

**Организатор конкурса** — редакция журнала **VB**.

**Туристические партнеры конкурса** — «Международная ассоциация врачей медицинского туризма».



International Association of  
Physicians in Medical Tourism

Планируемый период поездки —  
июль — август 2018 г.

**ПРИНИМАЙТЕ УЧАСТИЕ И ВЫИГРЫВАЙТЕ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНО ПОЛЕЗНОЕ  
И ТУРИСТИЧЕСКИ УВЛЕКАТЕЛЬНОЕ ПУТЕШЕСТВИЕ!**



# ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ С ВЫРАЖЕННЫМ ФИБРОЗОМ ПЕЧЕНИ: АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ УДЖК

**Голубовская О. А.,**  
зав. кафедрой инфекционных болезней НМУ им. А. А. Богомольца,  
д-р мед. наук, профессор, заслуженный врач Украины

Вирусные гепатиты (ВГ) с гемоконтактным механизмом передачи — ВГВ, ВГС и ВГД — представляют ныне одну из самых серьезных проблем современного мирового здравоохранения. Скрытый эпидемический процесс в сочетании с высоким хронизирующим потенциалом вирусов, тяжелые последствия — формирование цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК), трудности современной диагностики и лечения способствуют быстрому распространению заболевания, особенно в странах Восточной Европы. Гемоконтактные ВГ вызывают почти 80% всех случаев смерти от рака печени.



В отличие от ВИЧ вирус гепатита В может выживать вне организма по меньшей мере 7 дней. В течение всего этого времени вирус способен вызывать инфекцию при попадании в организм парентеральным или половым путем.



## РАСПРОСТРАНЕННЫЕ И ОЧЕНЬ ОПАСНЫЕ

По оценочным данным в мире на сегодня ВГВ заражено примерно 2 млрд человек, 400 млн имеют хроническое течение заболевания, а от его последствий ежегодно умирает около 600 тыс. Инфекционность вируса гепатита В в 50–100 раз превышает аналогичный показатель ВИЧ. В отличие от ВИЧ вирус гепатита В может выживать вне организма по меньшей мере 7 дней. В течение всего этого времени вирус способен вызывать инфекцию при попадании в организм парентеральным или половым путем. Для работников здравоохранения ВГВ является одним из основных факторов профессионального заражения.

Не менее драматичная ситуация с ВГС. Ежегодно 3–4 млн человек инфицируются им, а порядка 180 млн имеют хроническую HCV-инфекцию. По данным ВОЗ, каждый год более 350 тыс. человек умирают вследствие причин, связанных с хроническим гепатитом С. Примерно у 75–85% инфицированных ВГС развивается хроническое течение заболевания, в дальнейшем у 5–20% развивается цирроз печени, а 1–5% умирают от цирроза или рака печени. У 25% больных с ГЦК основополагающей причиной является ВГС.

## КАК БОРОТЬСЯ С «ТИХИМ УБИЙЦЕЙ»?

Одной из особенностей клинического течения хронического ВГ (ХВГ) является отсутствие симптомов как на ранней стадии заболевания (особенно при ВГС), так и в последующем по мере формирования

хронической инфекции. Значительное количество людей, инфицированных этими вирусами, может не испытывать каких-либо симптомов болезни. К сожалению, зачастую в медицинской практике пациенты узнают о своем статусе только в результате наступившей декомпенсации терминальной стадии фиброза печени (цирроз) либо появления желтухи на более ранних стадиях фиброза печени в результате лечения каких-либо интеркуррентных заболеваний гепатотоксическими препаратами. Иногда это может быть через несколько десятилетий после инфицирования.

Поэтому ведение пациентов с ХВГ является сложной клинической задачей, требующей от врача больших знаний и умений для выявления больных на более ранних стадиях фиброза печени, а также для правильного подхода к лечению продвинутых стадий фиброза печени с целью предотвращения декомпенсации.

## ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ ХВГ

- Получение полноценного вирусологического ответа, когда в крови больного количество вируса падает ниже возможностей метода определения. На данный момент мировым медицинским сообществом констатируется, что только адекватная противовирусная терапия способна обеспечить стойкий вирусологический ответ.
- Предотвращение развития выраженной печеночной недостаточности.
- Предотвращение или снижение гистологического (фибротического) прогрессирования.
- Предупреждение развития ГЦК.

Ведение пациентов с ХВГ является сложной клинической задачей, требующей от врача больших знаний и умений для выявления больных на более ранних стадиях фиброза печени, а также для правильного подхода к лечению продвинутых стадий фиброза печени с целью предотвращения декомпенсации.

## РОЛЬ И МЕСТО УДХК

Для предотвращения или снижения гистологического прогрессирования до стадии цирроза печени в настоящее время применяются препараты, имеющие антифибротические свойства. Четкую доказательную базу с позиций современной доказательной медицины имеет урсодезоксихолевая кислота (УДХК), которая является естественной составляющей человеческой желчи. Ее эффекты многочисленны и многогранны. Важнейшим свойством УДХК для осуществления защиты от гистологического прогрессирования является ингибирование пролиферативной активности фибробластов, что приводит к торможению фиброгенеза. Кроме этого, УДХК уменьшает холестаза, цитолитический синдром. Поэтому назначение УДХК целесообразно при дополнительных холестатических поражениях. Назначение УДХК осуществляется уже на стационарном этапе из расчета 10 мг/кг в сутки с разной дробностью в зависимости от клинической ситуации.

## ХОЛУДЕКСАН = ЭФФЕКТИВНОСТЬ + КАЧЕСТВО

Среди представленных на украинском фармрынке препаратов на основе УДХК заслуживает внимания Холудексан, соответствующий высоким стандартам качества. УДХК в составе Холудексана производится и контролируется в соответствии с монографией Европейской Фармакопеи, находится в оптимальной химической форме с высоким уровнем биодоступности, что повышает эффективность препарата.

Высокое качество и биодоступность УДХК в составе Холудексана, оптимальная дозировка активного вещества (300 мг), удобная для перорального применения форма выпуска (капсулы), отсутствие выраженных побочных эффектов и приемлемая стоимость курса лечения позволяют рекомендовать Холудексан пациентам с хроническими вирусными гепатитами для предотвращения или снижения гистологического (фибротического) прогрессирования.

Список литературы находится в редакции.

урсодезоксихолевая кислота<sup>1</sup>

# Холудексан

1 капсула / 300 мг

Патогенетично обґрунтований  
гепатопротектор  
з доведеною клінічною  
ефективністю<sup>1</sup>



- ▲ Діє на різні ланки патогенезу захворювань гепато-білярного тракту (УДХК)<sup>1</sup>
- ▲ Доведена клінічна ефективність УДХК в багатьох клінічних дослідженнях (рівні доказовості А і В)<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Губергриц Н.Б., Фадеев Г.Д. Гепатопротекторы: от теории к практике, 2012.

**ХОЛУДЕКСАН. Склад:** діюча речовина: урсодезоксихолева кислота; 1 капсула містить урсодезоксихолевої кислоти 300 мг; допоміжні речовини: крохмаль кукурудзяний, кремнію діоксид колоїдний безводний, магнію стеарат.  
**Лікарська форма.** Капсули тверді. **Фармакотерапевтична група.** Засоби, що застосовуються при білярній патології. **Препарати жовчних кислот.** Кислота урсодезоксихолева. Код АТС. А05А А02. **Показання.** Для розчинення холестеринових каменів у жовчному міхурі не більше 15 мм у діаметрі, рентгеноконтрастних, за умови функціонування жовчного міхура; первинний білярний цироз печінки (ПБЦ) за відсутності декомпенсації цирозу печінки; гастрит з рефлюксом жовчі. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до препарату; гострий холецистит; гострий холангіт; нефункціонуючий жовчний міхур; жовчнокам'яна хвороба з високим вмістом кальцію у конкрементах; емпієма жовчного міхура; жовчно-кишкова хорія; запальні процеси у тонкій і товстій кишках; цироз печінки у стадії декомпенсації; печінкова і/або ниркова недостатність; панкреатит; діти з масою тіла менше 35 кг; вагітність і період годування груддю. **Побічні реакції.** Діарея; в деяких випадках підвищення рівня трансаміназ у крові, алергічні реакції; біль в епігастральній ділянці; рідко – кальцифікація жовчних каменів, алопеція, запори, запаморочення, нудота, блювання. При лікуванні урсодезоксихолевою кислотою були повідомлення про рідкі випорощення або діарею (частіше дозозалежну), біль у епігастральній ділянці (часто), нудота, блювання (рідко). З боку печінки та жовчного міхура (дуже рідко). Можє спостерігатися кальцифікація жовчних каменів. При терапії розвинених стадій первинного білярного цирозу, спостерігалася декомпенсація печінкового цирозу, яка частково регресувала після припинення лікування. Реакції гіперчутливості (дуже рідко). **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** «АБДІ ІБРАХІМ Ілчак Санай ве Тджарет А.Ш.», Туреччина. **Заявник.** «ЮРЛД МЕДИЦИН ЛІМІТЕД», Велика Британія. ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства охорони здоров'я України №1166 від 03.11.2016 р. Реєстраційне посвідчення №УА/14162/01/01.

Інформація надана скорочено. За повною інформацією про препарат можна ознайомитися в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація для медичних та фармацевтичних працівників, а також для розповсюдження в рамках спеціалізованих заходів з медичної тематики. Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів у галузі охорони здоров'я.



WORLD MEDICINE  
Pharmaceutical Company

Додаткова інформація за тел.: (044) 495 25 30 • e-mail: info@worldmedicine.ua

www.worldmedicine.ua