

и нарушение координированности моторики желудка и ДПК, значительное снижение КЖ;

- применение антацидов Маалокса и Релцера в лечении ХГ позволяет достичь гипоацидности и компенсации ошелащивающей функции антрального отдела желудка. При этом к 7-му дню лечения наблюдается достоверное ($p < 0,001$) нарастание эффективности кислотонейтрализующего действия препаратов: максимального повышения рН, разности между максимальным и исходным значением рН, щелочной площади, индекса ошелащивания, времени действия ($67,91 \pm 6,45$ и $47,21 \pm 3,18$ мин соответственно) и латентного периода ($2,58 \pm 0,19$ и $3,02 \pm 0,2$ мин соответственно).
- эффективность Маалокса уже при первом приеме препарата превышает эффективность Релцера; к 7-му дню лечения эти различия достоверно возрастают;
- использование Маалокса и Релцера в лечении больных ХГ ведет к улучшению показателей ритмичности моторной активности желудка и координированности перистальтики гастродуоденальной области, существенно не изменяя при этом ритмичность сократительной деятельности ДПК; при приеме Маалокса эти изменения более выражены;
- Маалокс при комплексном лечении ХГ обеспечивает более выраженное уменьшение интенсивности субъективной симптоматики заболевания, чем Релцер, улучшает КЖ больных.

Литература

1. Васильев Ю.В. Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки // Избранные главы клинической гастроэнтерологии // сборник трудов / под ред. Л.Б. Лазебника. – М.: Анахарсис, 2005. – 464 с.
2. Дубинская Т.К. Кислотопродукция желудка и методы ее определения: учеб. пособие. – М., 2004. – 24 с.
3. Ивашкин В.Т. Хронический гастрит // Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. – М.: Литтерра, 2006. – С. 12–16.
4. Исаков В.А., Иванников И.О. Фармакоэкономика при заболеваниях, связанных с инфицированием *Helicobacter pylori* // Тер. арх. – 2000; 2: 61–63.
5. Линар Е.Ю. Кислотообразовательная функция желудка в норме и патологии. – Рига: Зинатне, 1968. – 438 с.
6. Мишушкин О.Н., Елизаветина Г.А. Антациды в современной терапии кислотозависимых заболеваний // *Consilium medicum* (приложение). – 2003; 2: 7–10.
7. Рапопорт С.И. Гастриты: пособ. для врачей. – М.: Медпрактика-М, 2010. – 20 с.
8. Рапопорт С.И. рН-метрия пищевода и желудка при заболеваниях верхних отделов пищеварительного тракта / под ред. Ф.И. Комарова. – М.: Медпрактика-М, 2005. – 208 с.
9. Ступин В.А. Методическое руководство пользователя программно-аппаратным комплексом для внутрижелудочной рН-метрии «Гастроскан». – М.: РГМУ, НПО «Исток», «ВТМТ», 1995. – 56 с.
10. Ступин В.А. Периферическая электрогастроэнтерография в диагностике нарушений моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта // Лечащий врач. – 2005; 2: 14–21.
11. Demling L., Elster K., Koch H. Endoscopy and biopsy of the oesophagus, stomach and duodenum. – Philadelphia: W.B. Saunders, 2008. – P. 34–39.
12. Miller V., Whorwell P. Hypnotherapy for functional gastrointestinal disorders: a review // *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* – 2009; 57 (3): – 279–292.

ANTACIDS IN THE TREATMENT OF CHRONIC GASTRITIS

Professor **M. Butov, MD, D. Yunevich, P. Kuznetsov**, Candidate of Medical Sciences,

Ryazan State Medical University

The paper presents the results of a study of the effects of the antacids *Relcer* and *Maalox* on intragastric pH values, the electrophysiological activity of the stomach and duodenum, the magnitude of subjective symptoms, and the quality of life (QL) in 50 patients with chronic gastritis (CG). The antacids contribute to a rapid reduction in the symptoms of CG and to QL improvement in patients during an exacerbation of the disease.

Key words: chronic gastritis, intragastric pH, gastroduodenal electrophysiological activity, antacids, quality of life.

ТЕРАПИЯ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ФОНЕ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Л. Елисеева¹, доктор медицинских наук, профессор,
Н. Самородская¹, кандидат медицинских наук,
И. Малхасян¹, **Ю. Васинова**¹, **С. Стовбун**², **В. Кучеров**³,

¹Кубанский государственный медицинский университет,
Краснодар, ²Институт химической физики им. Н.Н. Семенова РАН,
Москва, ³ООО «Мединвест», Москва

E-mail: Yeliseyeva@mail.ru

Применение Панавира у больных с герпетической инфекцией на фоне ревматических заболеваний способствовало более быстрому устранению клинических симптомов вирусной инфекции, не вызывая побочных и нежелательных явлений.

Ключевые слова: Панавир, герпетическая инфекция, ревматические заболевания.

Одна из наиболее актуальных проблем современного здравоохранения – практически повсеместный рост распространенности вирусных инфекций. Согласно статистическим исследованиям, в России и других странах клинические проявления вирусных поражений возникают у каждого жителя в среднем 4–6 раз в год [7]. Герпес-вирусная инфекция – наиболее распространенная и у человека плохо контролируемая.

Сегодня известно более 80 представителей семейства вирусов герпеса (Herpesviridae), из них 8 типов ДНК-содержащих вирусов с единой морфологией, не дифференцируемой при электронной микроскопии, патогенны для людей. Попадая в организм человека с неизменной иммунной системой, вирусы простого герпеса (ВПГ) могут циркулировать в тканях бессимптомно и концентрируются в паравертебральных сенсорных ганглиях в латентном состоянии в виде L-PREP-частиц, но у людей с иммуносупрессией вызывают тяжелые рецидивирующие заболевания [2]. Вирус герпеса имеет политропные свойства; и в патологический процесс могут вовлекаться различные ткани с развитием разнообразных клинических форм заболевания, сопровождающихся поражением:

- кожи (герпес губ, крыльев носа, лица, рук, ягодиц);
- слизистых оболочек (стоматит, гингивит, фарингит);
- глаз (конъюнктивит, кератит, иридоциклит, увеит);
- гениталий (воспалительные, везикулярные и язвенные повреждения полового члена, яичек, вульвы, влагалища, цервикального канала);
- нервной системы (менингит, энцефалит, неврит, менигоэнцефалит);
- висцеритами (пневмония, гепатит, эзофагит) [5].

Частые рецидивы и недостаточная эффективность терапии вызывают у больных сильный психологический

дискомфорт, а в ряде случаев являются пусковым механизмом аутоиммунных заболеваний и неопластической прогрессии.

Наиболее актуальная проблема — борьба с вирусной инфекцией у пациентов ревматологического профиля. Практически все ревматические заболевания патогенетически связаны с нарушениями иммунного статуса, а большинство пациентов обречены на постоянный прием в качестве обязательных (базисных) или симптоматических (назначаемых кратковременно) иммуносупрессивных лекарственных препаратов (глюкокортикостероиды, цитостатики). Являясь в основном жизненно необходимыми для пациентов с ревматическими заболеваниями, указанные группы препаратов, с одной стороны, снижают противовирусную защиту, индуцируют репликативную фазу вирусной инфекции, а с другой — могут быть жизненно опасными при приеме на фоне вирусной инфекции (например, зарегистрированы случаи летального исхода на фоне приема метотрексата у пациентов с герпесвирусной инфекцией).

Особые проблемы возникают у больных ревматоидным артритом (РА), получающих антицитотоксиновые средства (генно-инженерные биологические агенты), на фоне которых активизируется или впервые клинически проявляется герпетическая инфекция, что препятствует адекватной терапии РА. Так, из 28 пациентов в регистре больных РА, получающих инфликсимаб, у 12 отмечена вновь возникшая или рецидивирующая герпетическая инфекция, что потребовало у 2 пациентов отказа от терапии антицитокинами после 7 инфузий, а у остальных — увеличения интервалов между введениями препарата.

Применяемые для борьбы с вирусом препараты по химическому составу, механизму действия, спектру активности и длительности клинического эффекта условно подразделяют на 3 группы: 1) этиотропные химиопрепараты; 2) интерфероны и их индукторы; 3) иммуномодуляторы. Препараты 1-й группы в основном обладают специфической противовирусной активностью, средства 2-й и 3-й групп неспецифически защищают клетки организма от вирусной агрессии [8].

В последние годы обсуждаются вопросы о неоднозначной чувствительности больных к используемым препаратам, развитию резистентности вируса к лекарственным средствам, необходимости использования комбинированной терапии, что определяет актуальность поиска эффективных и безопасных противовирусных препаратов.

Особое внимание привлекает новый отечественный противовирусный препарат Панавир. Активной субстанцией Панавира является растительный биологически активный полисахарид из класса гексозных гликозидов, состоящий из глюкозы (38,5%), галактозы (14,5%), рамнозы (9,0%), маннозы (2,5%), ксилиты (1,5%), урсонических кислот (3,5%).

Для клинического применения зарегистрированы лекарственные формы в виде 0,004% раствора для внутривенных инфузий, ректальные суппозитории 200 мг и геля для наружного и местного применения. Панавир успешно апробирован во многих лечебно-профилактических учреждениях и научно-исследовательских институтах РФ. Доказано, что препарат не обладает мутагенными, эмбриотоксическими, тератогенными, пироген-

ными и гемолитическими свойствами, отличается низкой токсичностью и большой терапевтической широтой. В медицинской практике Панавир рекомендован для лечения герпесвирусных инфекций (субстанция Панавир зарегистрирована в МЗ РФ; Р № 00022999/02-2001) [1, 3, 6].

Однако у пациентов с ревматическими заболеваниями эффективность и безопасность противовирусных препаратов изучена недостаточно; имеются лишь единичные исследования, подтверждающие эффективность Панавира при РА [4 и др.]. И все же, несмотря на небольшую пока группу обследованных, эти средства открывают новый путь к профилактике и лечению иммунокомпрометированных больных, к которым относятся пациенты с ревматическими заболеваниями.

Нами изучены эффективность и безопасность Панавира у 25 пациентов с ревматическими заболеваниями и проявлениями герпесвирусной инфекции (1-я, основная, группа). У 17 (68%) больных основной группы был РА, из них 8 находились на антицитотоксиновой терапии ремикейдом (3 — после 5-й и 5 больных после 7-й инфузии), у 4 (16%) пациентов была системная красная волчанка, у 3 (12%) — системная склеродермия, у 1 (4%) больной диагностирована эозинофильная пневмония.

Больные 1-й группы на фоне базисной терапии получали Панавир по стандартной схеме. Во 2-ю группу было включено 5 больных с герпетической инфекцией (развившейся после переохлаждения, а также длительных эмоциональных и физических нагрузок) без ревматической патологии, леченных Панавиром, в 3-ю — 7 пациентов с РА и герпетической инфекцией, получавших метотрексат без Панавира (в связи с отказом от дополнительного лечения).

Вирусная инфекция в 1-й группе проявлялась у 16 (64%) больных ВПГ, у 6 (24%) — герпесом zoster, у 3 (12%) — генитальным герпесом.

Панавир вводили внутривенно в дозе 5,0 мл; на курс — 5 инъекций, интервал между первыми 3 инъекциями — 48 ч, между 2 последующими — 72 ч. Длительность наблюдения — 2 мес.

Оценивали выраженность лихорадочного синдрома, объем (площадь) поражения, выраженность болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале — ВАШ (0 — отсутствие боли, 100 мм — наиболее выраженная боль), скорость динамического изменения визуально, общее состояние больного по 100-балльной шкале (0 — очень плохое состояние, 100 — отличное состояние), наличие побочных и нежелательных явлений. Дополнительно анализировали изменения характера течения ревматического заболевания, потребность в базисной терапии и лечении нестероидными противовоспалительными препаратами.

Типичная клиническая картина герпесвирусной инфекции (у больных без тяжелой соматической патологии) характеризуется возникновением отечной эритемы различной степени интенсивности. На фоне эритемы быстро появляются сгруппированные пузырьки (везикулы) от 1 до 3–4 мм² с напряженной крышкой и серозным прозрачным содержимым; количество таких везикул значительно варьирует — от единичных элементов до нескольких десятков. Через несколько дней содержимое пузырьков мутнеет, они вскрываются, при этом образуются эрозии с мелкофестончатыми очертаниями. Через 3–5 дней на месте спавшихся пузырьков и эрозий появляются

Динамика клинических проявлений герпетической инфекции на фоне терапии Панавиром (M±m)

Показатель	Группа					
	1-я		2-я		3-я	
	исходно	через 4 дня	исходно	через 4 дня	исходно	через 4 дня
Площадь поражения, см ²	1,5±0,6	0,4±0,3	3,4±0,7	2,3±0,5 (32,4)	3,6±0,9	1,6±0,3 (55,6)
Температура тела, °С	37,6±1,3	36,5±0,5	37,8±0,8	37,2±0,6	37,4±1,1	36,9±0,8
Боль (по ВАШ), мм	6,2±1,3	2,9±0,7	6,1±1,1	4,9±1,2 (19,7)	6,4±1,1	3,1±0,5 (51,6)
Общее состояние, баллы	57,8±3,4	32,4±1,2	68,2±2,6	56,6±2,8 (17,0)	67,5±3,2	43,2±2,0 (36,0)
Улучшение, день		3,8±1,3		6,2±1,1		4,2±1,4
Выздоровление, день		7,1±2,1		12,1±2,2		8,2±1,9

Примечание. В скобках – выраженность изменений, %.

медово-желтые рыхлые корочки, после отторжения которых происходит эпителизация. При обычном течении герпеса процесс продолжается 1,5–2 нед, изредка удлиняясь до 1 мес. Клинические проявления рецидива, как правило, менее выражены. Рецидивы простого герпеса возникают с частотой от 1–2 раз в год до нескольких – в течение месяца. Провоцирующими факторами служат другие инфекционные заболевания, сопровождающиеся лихорадкой, переохлаждение, УФ-облучение, психический или физический стресс, острые дисфункции или циклические (менструации) изменения гормонального статуса [8].

У обследованных 2-й группы (без ревматических заболеваний) отмечены типичные клинические проявления герпетической инфекции (см. таблицу): суммарная средняя площадь поражения составляла 1,5±0,6 см², температура тела была в пределах 37,6±1,3°С, боль в месте поражения по шкале ВАШ достигала 6,2±1,3 см, общее состояние больные оценивали в среднем в 57,8±3,4 балла. После приема Панавира улучшение состояния наблюдалось в среднем через 3,8±1,3 дня, а полное выздоровление на 7,1±2,1-й день. На 4-й день наблюдения полностью нормализовывалась температура тела, общая площадь поражения уменьшилась на 73,3%, выраженность болевых ощущений – на 53,2%, а общее самочувствие улучшилось на 43,9%.

При применении у больных РА Панавира (1-я группа) улучшение состояния отмечено на 2 дня раньше, а полное выздоровление – на 3,9 дня раньше, чем в 3-й группе (без Панавира). Площадь поражения вследствие герпетической инфекции к 4-му дню уменьшилась в среднем на 55,6% (в 3-й группе – на 32,4%), а выраженность болевого синдрома – соответственно на 51,6 и 19,7%. Общее состояние в 1-й группе к 4-му дню наблюдения улучшилось на 36,0% (в 3-й группе – на 17,0%).

При применении Панавира как у больных РА с ВПГ (16 пациентов 1-й группы), так и у пациентов с герпетической инфекцией без РА (2-я группа) побочных и нежелательных явлений не возникло. Нарушений в течении ревматических заболеваний также не было; ни разу не потре-

бовалось изменить режим базисной и симптоматической терапии.

Таким образом, применение Панавира у больных с ревматическими заболеваниями и сопутствующей герпетической инфекцией способствует более быстрому устранению клинических симптомов основного заболевания и вирусной инфекции, не усугубляет течение ревматического заболевания, не вызывает побочных и нежелательных явлений. Панавир можно рекомендовать для использования в клинической практике ревматолога.

Литература

1. Балабанова Р.М., Егорова О.Н., Лопатина Н.Е. и др. Сравнительная эффективность препаратов Панавир и Ацикловир в комплексной терапии ревматоидного артрита, осложненного герпетической инфекцией // *Соврем. ревматол.* – 2009; 2: 42–47.
2. Баткаев Э.А. Кицак В.Я., Корсунская И.М. и др. Вирусные заболевания кожи и слизистых: учеб. пособие. – М., 2001. – 48 с.
3. Егорова О.Н., Балабанова Р.М. Противовирусная терапия при ревматических заболеваниях // *Фарматека.* – 2007; 6: 90–94.
4. Кац Я.А. Эффективность панавира при некоторых коморбидных состояниях // *Врач.* – 2010; 6: 47–48.
5. Коломиец А.Г., Малевич Ю.К., Коломиец Н.Д. Многоликий герпес: клинико-патогенетический полиморфизм герпетической инфекции. – Минск, 1988. – 64 с.
6. Сергиенко В.И. Противовирусные свойства препарата Панавир. – М., 2005. – 26 с.
7. Сергиенко В.И., Подзолкова Н.М., Осадчев В.Б. и др. Панавир. Опыт применения в лечебной практике. – М., 2009. – 39 с.
8. Чернова Н.И. Герпетическая инфекция: клиника, диагностика, лечение: метод. реком. № 38. – М., 2009. – 20 с.

THERAPY OF HERPESVIRUS INFECTION IN PATIENTS WITH RHEUMATIC DISEASES

Professor **L. Eliseyeva**¹, MD; **N. Samorodskaya**¹, Candidate of Medical Sciences; **I. Malkhasyan**¹, **Yu. Vasinova**¹, **S. Stovbun**²; **V. Kucherov**³

¹Kuban State Medical University, Krasnodar, ²N.N. Semenov Institute of Chemical Physics, Russian Academy of Sciences, Moscow; ³ООО «Medinvest», Moscow

The use of Panavir in patients with herpetic infection in the presence of rheumatic diseases is beneficial for prompter relief of the clinical symptoms of the virus infection, without causing any adverse and undesirable events.

Key words: Panavir, herpetic infection, rheumatic diseases.

Удобная лекарственная форма препарата Амосин® – залог успешного лечения *H. pylori* у пациентов всех возрастных категорий

Язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) по-прежнему остается наиболее часто встречающейся патологией желудочно-кишечного тракта. Открытие в 1983 г. *Helicobacter pylori* перевернуло представление о лечении язвенной болезни. К настоящему времени *H. pylori* является общепризнанным патогеном, ответственным за развитие гастрита, ЯБЖ и ЯБДК. Антихеликобактерная терапия считается стандартом лечения ЯБ, ассоциированной с *H. pylori*, что отражено в международных и российских рекомендациях по лечению гастроэнтерологических больных. Согласно этим рекомендациям, наиболее эффективна терапия, включающая базисный препарат (препарат висмута, ингибитор протонной помпы) и 2 антибактериальных средства. Выбор антибиотиков в антихеликобактерной терапии имеет основное значение. Именно эти препараты определяют эффективность, переносимость и стоимость лечения.

Амоксициллин – единственный β-лактам, включенный экспертами ВОЗ в основной перечень антибактериальных препаратов, активных в отношении *H. pylori*.

Амосин® (амоксициллин, ОАО «Синтез», г. Курган) является производным ампициллина со значительно улучшенной фармакокинетикой при приеме внутрь. При пероральном приеме препарат хорошо всасывается из желудочно-кишечного тракта (93%), не разрушается в кислой среде желудка. Амосин® (амоксициллин) выпускают в форме таблеток по 250, 500 мг и капсул по 250 мг.

Эпидемиологические исследования, проведенные в разных странах мира, показали высокую распространенность инфекции *H. pylori* не только среди взрослого населения, но и среди детей. В последнем случае особое значение приобретают лекарственная форма, удобство дозирования и органолептические свойства препарата. Все эти факторы влияют на комплаентность в педиатрии. Не так давно на ОАО «Синтез» налажено производство Амосина® в форме порошка для приготовления суспензии в виде однодозовых пакетиков саше. Преимущества подобной формы следующие:

- готовую суспензию не надо хранить в холодильнике;
- можно приобрести именно столько доз, сколько нужно на курс лечения;
- дозировка подбирается в зависимости от массы тела ребенка;
- новая форма легко растворима, при этом образуется суспензия с приятным вкусом.

В результате лечебный процесс становится не только эффективным, но и удобным для ребенка и родителей. Амосин® (амоксициллин) в форме порошка для приготовления суспензии выпускается в дозировках 125, 250, 500 мг (в упаковке 10 однодозовых пакетов). Дозировка 500 мг может применяться и взрослыми пациентами, испытывающими трудности с глотанием таблеток и капсул.

АМОСИН®

современный представитель
группы полусинтетических аминопенициллинов

Амосин® является оптимальным средством в амбулаторной практике при лечении:

- инфекций дыхательных путей и ЛОР-органов
(отит, синусит, бактериальная ангина);
- пневмоний;
- острых инфекций почек и мочевыделительной системы
(пиелонефрит, цистит);
- кишечных инфекций (сальмонеллез, дизентерия).



Разве здоровье не чудо?

(А.П. Чехов)

8 лет на отечественном рынке!

Поставки Амосина® со склада ООО «ПОЛЕЮ» г. Москва (495) 565-41-46 г. Курган (3522) 46-34-31

Лицензия №42014 от 12.11.2002 года. Товар сертифицирован. Р/с, ул. 800*48.02.2001