

МСвечернее

МДК 02.01. СУ при различных заболеваниях и состояниях. Клиническая фармакология

ЛЕКЦИЯ 10

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРО-ДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Подготовил - к.м.н., преподаватель ГБПОУ «КОМК» Катков Е.В.

ПЛАН ЛЕКЦИИ

1. Хронический гастрит (ХР). Определение заболевания. Классификация. Стадии. Общие принципы лечения.
2. Медикаментозная терапия ХР, связанного с *H. pylori*, в стадии обострения.
3. Медикаментозная терапия ХР, связанного с *H. pylori*, в стадии ремиссии.
4. Медикаментозная терапия атрофического аутоиммунного ХР в стадии обострения.
5. Медикаментозная терапия атрофического аутоиммунного ХР в стадии ремиссии.
6. Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки. Определение заболевания, патогенез.
7. Основные фармакологические группы для лечения язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки, их характеристика
8. Схемы эрадикационной терапии язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки, связанной с *H. pylori*.

ПЛАН ЛЕКЦИИ (окончание)

9. Прокинетики.
10. Противорвотные ЛС.
11. Характеристика ЛС, применяемых при нарушении секреторной функции поджелудочной железы.
12. Желчнокаменная болезнь. Характеристика.
13. ЛС, способствующие растворению холестериновых желчных камней.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ. КЛАССИФИКАЦИЯ

Хронический гастрит (ХГ) – это группа длительно протекающих заболеваний желудка, характеризующихся воспалительными, дистрофическими изменениями в слизистой оболочке желудка, нарушением физиологической регенерации и постепенным развитием атрофии желудочных желез и кишечной метаплазии. Хронический гастрит проявляется *расстройством секреторной* (кислото- и пепсинообразующей), *моторной и инкреторной* (синтез гастроинтестинальных гормонов) *функций* желудка.

Хроническим гастритом страдает 40 – 50% людей трудоспособного возраста. Среди заболеваний желудка ХГ встречается в 60 – 85% случаев у лиц разных возрастов.

Варианты хронического гастрита:

- гастрит, вызванный инфекцией *H. pylori* (80% случаев)
- атрофический аутоиммунный гастрит (15% случаев)
- особые формы хронического гастрита (5% - химический, радиационный, лимфоцитарный, гранулематозный, эозинофильный, другие инфекционные, гипертрофический), из которых наиболее распространен химический гастрит.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ. СТАДИИ. ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ

Стадии хронического гастрита:

- обострение – активная фаза
- ремиссия – неактивная фаза
- компенсация – «изолированный ХГ» без клинических признаков расстройства функции сопряженных с желудком других органов пищеварения
- декомпенсация – появление симптомов мальдигестии (нарушения пищеварения) и мальабсорбции (нарушения всасывания).

Основные синдромы ХГ в стадии обострения:

- болевой
- диспепсический
- энтеральный (мальдигестия и мальабсорбция)
- неврозоподобный
- астеновегетативный
- анемический

ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ

Лечение больных ХГ (проводится чаще в амбулаторно-поликлинических условиях врачами-терапевтами совместно с гастроэнтерологами):

1. Диетотерапия
2. Лечение больных ХГ должно быть строго индивидуальным и длительным .
3. В активной фазе заболевания проводится этиопатогенетическая и симптоматическая терапия.
4. В период ремиссии необходимо противорецидивное лечение.
5. **Цель лечения** – предотвращение развития кишечной и псевдопилорической метаплазии слизистой оболочки желудка.
6. **Критерии оценки эффективности терапии:** эрадикация *H. pylori*, уменьшение признаков активности ХГ, отсутствие прогрессирования атрофических изменений.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА, СВЯЗАННОГО С *H. PYLORI* В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ

Основные направления терапии	Группа лекарственных средств
Эрадикация НР*	Антибактериальные
Коррекция желудочной секреции	Антисекреторные
Ликвидация воспаления СОЖ**	Противовоспалительные
Коррекция моторных нарушений желудка	Спазмолитики, прокинетики
Стимуляция репаративных процессов СОЖ	Репаранты
Лечение анемического синдрома	Препараты железа
Коррекция неврозоподобного синдрома	Седативные, антидепрессанты, анксиолитики и др.

Примечание: * - *H. pylori*, ** - слизистая оболочка желудка

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА, СВЯЗАННОГО С *H. PYLORI* В СТАДИИ РЕМИССИИ

Основные направления терапии	Группа лекарственных средств
Симптоматическая терапия	Спазмолитики, прокинетики, седативные, анксиолитики и др.
Эрадикация НР* (если не проводилась в активную фазу)	Антибактериальные, антисекреторные
Терапия по требованию	Ингибиторы протонного насоса

Примечание: * - *H. pylori*

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ АТРОФИЧЕСКОГО АУТОИММУННОГО ГАСТРИТА В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ

Основные направления терапии	Группа лекарственных средств
Ликвидация воспаления СОЖ*	Вяжущие, обволакивающие, гастропротекторы (препараты висмута, сукральфат)
Коррекция нарушений кишечного пищеварения (гастро-кишечно-панкреатического синдрома)	Препараты ферментов поджелудочной железы
Лечение сопутствующего дисбиоза кишечника	Антибактериальные, пребиотики, пробиотики
Лечение сопутствующей В12-дефицитной анемии	Препараты витамина В12
Лечение сопутствующей ЖДА**	Препараты железа

Примечание: * - слизистая оболочка желудка, ** - железodefицитная анемия

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ АТРОФИЧЕСКОГО АУТОИММУУННОГО ГАСТРИТА В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ (окончание)

Основные направления терапии	Группа лекарственных средств
Коррекция моторных нарушений желудка	Прокинетики, спазмолитики
Дуодено-гастральный рефлюкс	Билигнин, хенофальк
Стимуляция репаративных процессов СОЖ*	Рибоксин, масло облепихи, бефунгин, карнитин
Эрадикация НР*** при контаминации СОЖ*	Антибактериальные, антисекреторные

Примечание: * - слизистая оболочка желудка, *** - *H. pylori*

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ АТРОФИЧЕСКОГО АУТОИММУУННОГО ГАСТРИТА В СТАДИИ РЕМИССИИ

Основные направления терапии	Группа лекарственных средств
Коррекция желудочной секреции (при сниженной секреторной функции желудка)	Стимуляторы секреторной функции желудка (гистаглобулин, неостигмин и др.)
Коррекция желудочной секреции (при выраженной атрофии СОЖ* с гистамин/пентагастрин рефрактерной ахилией)	Средства заместительной терапии (натуральный желудочный сок, пепсин, ацидин-пепсин и др.)
Стимуляция репаративных процессов СОЖ*	Средства, стимулирующие трофические процессы в СОЖ*
Коррекция дефицита витаминов и микроэлементов	
Антиоксидантная терапия	Природные (масло облепихи), синтетические (токоферол-ацетат и др.)

Примечание: * - слизистая оболочка желудка

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ АТРОФИЧЕСКОГО АУТОИММУУННОГО ГАСТРИТА В СТАДИИ РЕМИССИИ (окончание)

Основные направления терапии	Группа лекарственных средств
Коррекция нарушений кишечного пищеварения (гастро-кишечно-панкреатического синдрома)	Препараты ферментов поджелудочной железы
Лечение сопутствующего дисбиоза кишечника	Кишечные антисептики (энтеросептол и др.), пребиотики, пробиотики
Купирование болевого синдрома	Спазмолитики миотропные
Коррекция моторных нарушений желудка	Прокинетики
Терапия неврозоподобного синдрома	Антидепрессанты, анксиолитики
Эрадикация НР** - при контаминации СОЖ*	Антибактериальные, антисекреторные

Примечание: * - слизистая оболочка желудка, ** - *H. pylori*

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПАТОГЕНЕЗ

Язвенная болезнь (ЯБ) представляет собой хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, ведущим проявлением которого служит образование дефекта (язвы) в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки. (Клинические рекомендации «Язвенная болезнь», 2019, сайт Российской гастроэнтерологической ассоциации).

Показано, что 11 - 14% мужчин и 8 - 11% женщин в течение своей жизни могут заболеть ЯБ.

Патогенез ЯБ в общем виде сводится к нарушению равновесия между факторами кислотно-пептической агрессии желудочного содержимого и элементами защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПАТОГЕНЕЗ (продолжение)

Факторы агрессии:

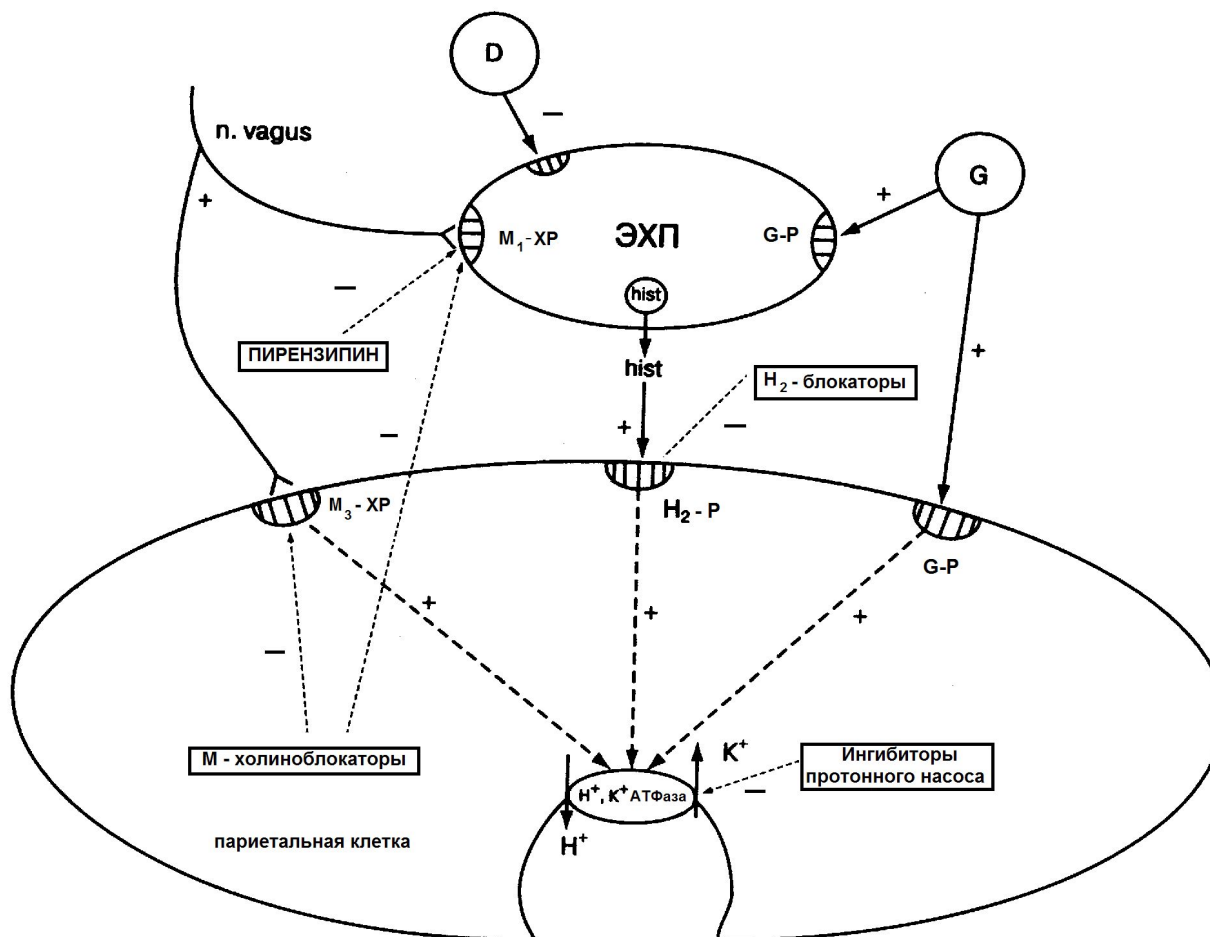
- увеличение массы обкладочных клеток (часто наследственно обусловленное)
- гиперпродукция гастрина
- нарушение нервной и гуморальной регуляции желудочного кислотовыделения
- повышение выработки пепсиногена и пепсина
- нарушение гастродуоденальной моторики (задержка или, наоборот, ускорение эвакуации из желудка)
- обсеменение слизистой оболочки желудка микроорганизмами *Helicobacter pylori*
- желчные кислоты (нарушают слой слизи в желудке)

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПАТОГЕНЕЗ (окончание)

Ослабление защитных свойств слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки:

- снижение выработки и нарушения качественного состава желудочной слизи
- уменьшения секреции бикарбонатов (HCO_3^-)
- снижение регенераторной активности эпителиальных клеток
- ухудшение кровоснабжения слизистой оболочки желудка
- уменьшения содержания простагландинов в стенке желудка (например, при приеме нестероидных противовоспалительных препаратов)

РИС. 1 РЕГУЛЯЦИЯ ОБРАЗОВАНИЯ НСІ В ЖЕЛУДКЕ



Условные обозначения: D – клетка, продуцирующая соматостатин, G – клетка продуцирующая гастрин, G-P - рецептор к гастрину, ЭХП – энтерохромаффиноподобная клетка, hist – гистамин, H₂-P – гистамино2-рецептор, M₁-P и M₃-P – мускаринохолинорецепторы

ОСНОВНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДПК

1. Антисекреторные средства

- Ингибиторы H^+, K^+ -АТФазы (протонной помпы)
- H_2 -гистаминоблокаторы

2. Гастропротекторы

3. Противомикробные ЛС, действующие на *Helicobacter pylori*

ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДПК, НЕ АССОЦИИРОВАННОЙ С H. PYLORI

Выбранный препарат назначают в суточной дозе: **омепразол** - в дозе 20 мг, **лансопразол** – в дозе 30 мг, **пантопразол** – в дозе 40 мг, **рабепразол** – в дозе 20 мг, **эзомепразол** - в дозе 20 мг. Продолжительность лечения (рекомендуется 4-6 недель) определяется результатами эндоскопического контроля, который проводится с интервалами 2-4 недели.

Базисная антисекреторная терапия с применением **ингибиторов протонного насоса (ИПН)** служит **основным методом лечения идиопатических гастродуоденальных язв.**

NB! Среди всех ИПН самое низкое сродство к системе цитохрома P450 проявляют **пантопразол** и **рабепразол**, основной метаболизм которых осуществляется без участия данной ферментной системы. Это важно при назначении параллельно других препаратов, метаболизирующихся указанной системой.

При неэффективности ИПН или наличии противопоказаний к их применению пациентам с обострением ЯБ с целью достижения заживления язв рекомендуется назначение в течение 4-6 недель **блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов.**

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ

Омепразол

Лансопразол

Рабепразол

Пантопразол

Эзомепразол*

Наиболее эффективные антисекреторные средства. Лечебные дозы препаратов подавляют секрецию HCl более чем на 95%.

Необратимо блокируют протонный насос - секреция возобновляется лишь после образования новых молекул H^+, K^+ -АТФазы (длительное антисекреторное действие, 1-2 суток).

Максимальный эффект достигается лишь после нескольких приемов препарата. При назначении 1 раз в сутки - через 2-5 сут. (для ускорения процесса - назначают 2 раза в сутки).

* **Пролекарство.** Активируется в кислой среде секреторных канальцев париетальных клеток слизистой оболочки желудка .

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ (окончание)

Необходимо принимать перед едой или вместе с едой.

Совместное назначение с другими средствами, снижающими кислотность, ослабляет действие ИПП.

Разрушаются в кислой среде желудка, поэтому выпускаются в кислотоустойчивой оболочке.

Побочные эффекты:

- тошнота, запор, метеоризм и понос; активация микробной флоры ЖКТ, обратимая гипергастринемия.
- *Редко* : миалгия, артралгия, нарушение функции печени, кожная сыпь.

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

H₂ - ГИСТАМИНОБЛОКАТОРОВ

Ранитидин Фамотидин Низатидин

Существенно снижают стимулированную секрецию HCl (в ответ на прием пищи и др.).

Эффективно подавляют базальную секрецию HCl.

Хорошо подходят для подавления ночной секреции. Заживление язв 12-перстной кишки от ночной секреции, достаточно назначать препарат 1 раз в сутки на ночь (после ужина).

Побочные эффекты:

- Понос или запор
- Головная боль сонливость, утомляемость
- Аритмия (при быстром в/в введении)
- Гиперчувствительность
- Нарушения со стороны системы крови (лейкопения, тромбоцитопения, панцитопения)
- Синдром рикошета

ГАСТРОПРОТЕКТОРЫ

Механически защищают слизистую оболочку или повышают ее устойчивость к повреждающим факторам

Защитный слой создается из слоя собственного гелеобразно вещества или вследствие денатурации белков слизи или некротизированных тканей.

Препараты висмута

Висмута трикалия дицитрат (Де-нол)

Сукральфат (октасульфат сахарозы с включением гидроксида алюминия)

Мизопростол - синтетические аналоги ПГЕ

ПРЕПАРАТЫ ВИСМУТА

Висмута трикалия дицитрат

- В кислой среде создает коллоидно-белковый защитный слой на поверхности язвы
 - Восстанавливает толщину и вязкость слоя желудочной слизи
 - Стимулирует локальный синтез ПГЕ
 - Связывает пепсин, снижает его активность
 - Репаративный эффект
 - Антимикробное действие в отношении *H. pylori*, блокирует способность бактерий к адгезии к эпителиоцитам, преодолевает резистентность бактерий к противомикробным препаратам
- !!! Не следует принимать одновременно с антацидами.

Побочные эффекты:

Всасывается менее 1%.

- - Почернение кала
- - При длительном бесконтрольном приеме - тошнота, рвота, более частый стул, запор, обратимая энцефалопатия (связана с накоплением висмута в ЦНС)

ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДПК, АССОЦИИРОВАННОЙ С *H. PYLORI*. СХЕМА ТЕРАПИИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ

Согласно данным из различных регионов нашей страны, инфекцию *H. pylori* обнаруживают у 65–92% взрослых.

Поскольку показатели устойчивости штаммов *H. pylori* к кларитромицину в России не превышают 10%, схемой первой линии является *стандартная тройная схема*:

ИПН (в стандартной дозе 2 раза в сутки), кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки) амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки).

ЭРАДИКАЦИЯ *Helicobacter pylori*. АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ВАРИАНТЫ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ

Как вариант эрадикационной терапии первой линии (например, при непереносимости препаратов группы пенициллина) может быть назначена классическая четырехкомпонентная схема:

1. Висмута трикалия дицитрата (120 мг 4 раза в сутки) в комбинации с ИПН (в стандартной дозе 2 раза в сутки), тетрациклином (500 мг 4 раза в сутки), метронидазолом (по 500 мг 3 раза в сутки) в течение 10 дней. Добавление висмута трикалия дицитрата ценно тем, что резистентность *H. pylori* к нему не формируется.

2. Квадротерапия без препарата висмута, которая включает ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки), амоксициллин (1000 мг 2 раза в сутки), кларитромицин (500 мг 2 раза в сутки) и метронидазол (500 мг 3 раза в сутки).

МЕРЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАНДАРТНОЙ ТРОЙНОЙ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ *H.PYLORI*

1. Назначение дважды в день повышенной дозы ИПН (удвоенной по сравнению со стандартной).
2. Увеличение продолжительности тройной терапии с ИПН и кларитромицином до 14 дней. В настоящее время отмечено, что только такая продолжительность обеспечивает сопоставимую эффективность стандартной тройной терапии с эффективностью других схем.
3. Подробное инструктирование пациента и контроль за точным соблюдением назначенного режима приема лекарственных средств.
4. Включение пробиотиков, в том числе комбинированного пробиотика, содержащего *Bifidobacterium bifidum*, *B. longum*, *B. infantis*, *Lactobacillus rhamnosus*, приводит к повышению ее эффективности и снижению частоты возникновения нежелательных явлений, включая развитие *C.difficile*-ассоциированной болезни.
5. Включение ребамипида в дозе 100 мг 3 раза в сутки. Продолжительность курса постэрадикационной терапии ребамипидом составляет 4–8 нед.

ЭРАДИКАЦИЯ H. PYLORI. СХЕМА ТЕРАПИИ ВТОРОЙ ЛИНИИ

Квадротерапия с висмута трикалия дицитратом (см. слайд номер 15) применяют также как основную *схему терапии второй линии* при неэффективности стандартной тройной терапии.

Другой схемой терапии *второй линии* служит эрадикационная схема, включающая в себя ИПН (в стандартной дозе 2 раза в сутки), левофлоксацин (в дозе 500 мг 2 раза в сутки) и амоксициллин (в дозе 1000 мг 2 раза в сутки). Тройная терапия с левофлоксацином может быть назначена только гастроэнтерологом по взвешенным показаниям!!!

Терапия третьей линии основывается на определении индивидуальной чувствительности H. pylori к антибиотикам.

ПРОКИНЕТИКИ

Метоклопрамид Домперидон

Специфические антагонисты D₂-рецепторов, метоклопрамид частично блокирует также 5-HT₃-рецепторы

- Блокируют рецепторы триггерной зоны рвотного центра - устраняют тошноту, рвоту
- Увеличивают тонус сфинктера пищевода, ускоряют прохождение пищи по пищеводу - предотвращают изжогу, дискомфорт в эпигастрии, желудочно-пищеводный рефлюкс
- Повышают тонус гладкой мускулатуры желудка, расслабляют сфинктер привратника, повышают двигательную активность верхних отделов тонкой кишки - ускоряют опорожнение желудка, препятствуют пилорическому и дуоденальному рефлюксу

Применение:

- при задержке эвакуации содержимого желудка (атония, гипотония, дискинезия)
- рефлюкс-эзофагит, дуодено-гастральный рефлюкс
- как противорвотное средства

ПРОТИВОРВОТНЫЕ ЛС

- ◆ **Блокаторы D-рецепторов** — Метоклопрамид, Домперидон

Применяются при тошноте и рвоте, обусловленной инфекцией, лучевой и фармакотерапией, нарушением диеты

Побочное действие: - спазмы кишечника, запор или диарея

-сухость во рту, жажда

- экстрапирамидные расстройства

- гиперпролактинемия

- ◆ **Блокаторы центральных M-ХР и H-ХР рецепторов** - Дименгидринат (Драмина), Прометазин (Пипольфен)

Применяются при вестибулярных нарушениях

Побочное действие: периферическое M-холиноблокирующее действие

- ◆ **Блокаторы 5-НТ-рецепторов** — Ондансетрон, Трописетрон

Применяются при лучевой и химиотерапии опухолей

Побочное действие: головная боль, головокружение, диарея, абдоминальная боль, редко — коллапс, шок

ПРЕПАРАТЫ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ФЕРМЕНТОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Панкреатин:

- ◆ Липаза — расщепляет триглицериды (жиры) до ЖК и глицерина
- ◆ Амилаза — расщеплет полисахариды (крахмал, гликоген), практически не действует на растительную клетчатку
- ◆ Протеазы — расщепляют белки

В состав препаратов могут входить:

- ◆ Гемицеллюлоза — расщепляет растительные полисахариды
- ◆ Желчные кислоты — увеличивают секрецию ПЖ и желчи, стимулируют моторику кишечника и желчного пузыря

Лекарственные формы: таблетки с кишечнорастворимой оболочкой; кишечнорастворимые микрогранулы и микросферы (обеспечивают максимальное приближение процессов пищеварения к физиологическим)

ПРЕПАРАТЫ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ФЕРМЕНТОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Применяются для лечения синдромов нарушенного пищеварения и всасывания:

- ◆ Внешнесекреторная недостаточность ПЖ — хронический панкреатит, муковисцидоз
- ◆ Нарушение желчевыделения
- ◆ Неинфекционная диарея
- ◆ Расстройства пищеварения у здоровых лиц при погрешности в питании
- ◆ Нарушение жевательной функции
- ◆ Длительная иммобилизация

NB! Препараты, содержащие компонент - желчные кислоты - не применяются при заболеваниях поджелудочной железы, печени, язвенной болезни, воспалительных заболеваниях кишечника, диарее.

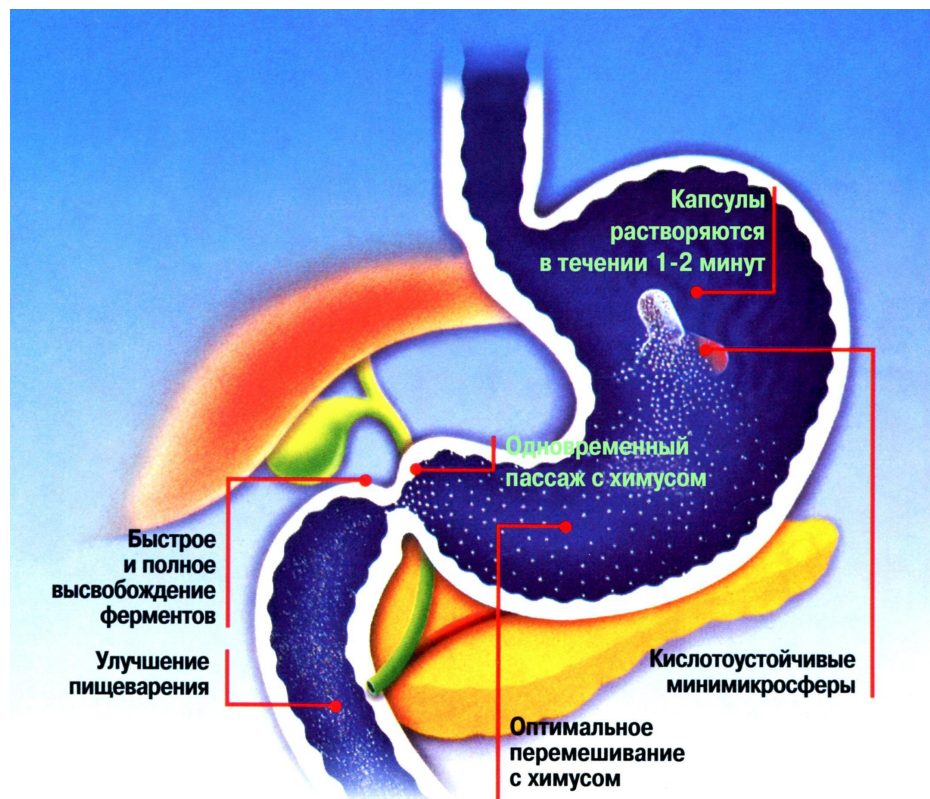
ПРЕПАРАТЫ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ФЕРМЕНТОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Препараты, не содержащие желчные кислоты

- ◆ Панкреатин
- ◆ Мезим форте
- ◆ Ликреаза
- ◆ Трифермент
- ◆ Креон
- ◆ Панцитрат
- ◆ Панкреофлат (+диметикон)

МИНИМИКРОСФЕРЫ – НОВАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ЭФФЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ (НА ПРИМЕРЕ КРЕОН 10 000)

- Оптимальный состав ферментов в физиологической пропорции
- Эффективен в лечении синдрома мальабсорбции при недостаточности поджелудочной железы
- Эффективен у всех групп пациентов независимо от пола и возраста
- Кислотоустойчивые минимикросферы обеспечивают идеальную фармакокинетику препарата



ПРЕПАРАТЫ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ФЕРМЕНТОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (продолжение)

Препараты, содержащие желчные кислоты и гемицеллюлозу

- ◆ Фестал
- ◆ Дигестал
- ◆ Энзистал
- ◆ Панзинорм (+ компоненты желудочного сока)

Препараты, содержащие протеолитические ферменты грибкового и растительного происхождения (ананаса, папайи)

- ◆ Юниэнзим
- ◆ Пепфиз

Энзимы растительного и грибкового происхождения более устойчивы в кислой и щелочной средах, сохраняют активность при более широком диапазоне рН, чем животные.

ПРЕПАРАТЫ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ФЕРМЕНТОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (окончание)

Правила дозирования

Дозы подбирают индивидуально в пересчете на единицы липазы.

Начальные дозы в единицах активности липазы:

- ◆ Дети до 1 года - 2000 ЕД во время кормления
- ◆ Дети 1-6 лет - 4000-8000 ЕД во время основных и 4000 ЕД во время дополнительных приемов пищи
- ◆ Дети 7-12 лет - 4000-12000 ЕД с едой
- ◆ Взрослые - 4000-16000 ЕД с едой (при выраженной внешнесекреторной недостаточности - 20000-30000ЕД).
- ◆ Назначение > 30000 ЕД липазы нецелесообразно.

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Относится к числу наиболее распространенных заболеваний. Женщины болеют в 2 раза чаще мужчин.

Виды желчных камней:

- холестериновые
- билирубиновые (пигментные)

Факторы риска:

- Ожирение
- Высококалорийная диета
- Похудание (мобилизация ХС из тканей, повышение его секреции в желчь)
- ЛС (фибраты, эстрогены)
- Женский пол (действие эстрогенов). После 60 лет половые различия нивелируются
- Беременность (пересыщение желчи холестерином, застой желчи)
- Возраст
- Заболевания печени
- Сахарный диабет

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ (окончание)

Наиболее характерное проявление — желчная колика (обтурация желчного протока сместившимся камнем, повышение давления в желчном пузыре, интенсивные сокращения).

Желчную колику может спровоцировать обильная еда после длительного воздержания (и даже обычная пища).

Камненосительство — конкременты в желчном пузыре не вызывают неприятных ощущений (60-80%).

Профилактика развития желчной колики при камненосительстве:

- Нормализация массы тела
- Физическая активность
- Исключение жирной пищи и сладостей
- Регулярный прием пищи каждые 3-4 часа
- Исключение длительных периодов голодания
- Прием достаточного количества жидкости (не менее 1,5л в день)

ЛС, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАСТВОРЕНИЮ ХОЛЕСТЕРИНОВЫХ ЖЕЛЧНЫХ КАМНЕЙ

Консервативное медикаментозное лечение проводится при условиях:

1. На ранних стадиях заболевания
2. Чистые холестериновые некальцифицированные камни, единичные, мелкие (до 15 мм)
3. При сохраненной сократительной функции желчного пузыря
4. Неосложненное течение заболевания
5. Больным с высоким операционным риском

После прекращения лечения часто бывают рецидивы (50%).

ЛС, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАСТВОРЕНИЮ ХОЛЕСТЕРИНОВЫХ ЖЕЛЧНЫХ КАМНЕЙ (продолжение)

Препараты деоксихолевой кислоты

Хенодеоксихолевая кислота

Урсодеоксихолевая кислота (УДХК)

Механизм действия:

- Тормозят синтез холестерина в печени, уменьшают его секрецию в желчь
- Уменьшают всасывание ХС из кишечника
- Повышают растворимость ХС в желчи, тормозят его кристаллизацию
- Повышают объем секретируемой желчи

Показания:

- Холестериновые камни в желчном пузыре
- Первичный билиарный цирроз
- Токсические поражения печени
- Алкогольные поражения печени

ЛС, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАСТВОРЕНИЮ ХОЛЕСТЕРИНОВЫХ ЖЕЛЧНЫХ КАМНЕЙ (окончание)

Лечение ЖКБ очень длительное — 1-2 года (у больных с ожирением камни растворяются медленнее, старые ХС камни полностью не растворяются).

УДХК — 8-10 мг/кг/сут перед сном, с достаточным количеством жидкости.

Контроль - холеграфия или УЗИ.

Побочные эффекты:

- Диарея или запор
- Тошнота
- Боль в эпигастральной области
- Аллергические реакции

Противопоказания:

- острые воспалительные заболевания ЖП, желчных протоков, кишечника
- обструкция желчных путей

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К ЛЕКЦИИ

1. Почему горечи следует применять за 15 – 30 мин до еды?
2. Какие ЛС применяют при недостаточной секреторной функции желудка?
3. Почему натрия гидрокарбонат не рекомендуется применять в качестве антацида?
4. Какую роль антациды и М-холиноблокаторы играют в лечении хронического панкреатита?
5. Какие показания для назначения контрикала, в чем особенности его введения?
6. Каков механизм действия кислоты дегидрохолевой?
7. Каковы показания для слабительных ЛС?
8. В каких случаях противопоказано назначение касторового масла?
9. Какие слабительные действуют преимущественно на толстый кишечник?
10. Почему не рекомендуется длительное применение слабительных, действующих на весь кишечник?
11. Какие ЛС применяют при кишечной колике?
12. Какие ЛС применяют при атонии кишечника?