

УДК: 616.36 - 002.14-022:578.891-085.03

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНТЕРОСОРБЕНТА "АТОКСИЛ" В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ГЕПАТИТАМИ А И В

О.А. ГОЛУБОВСКАЯ, Н. Ч. КОРЧИНСКИЙ

*Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца,
кафедра инфекционных болезней**КЛЮЧОВІ СЛОВА:***гепатиты А, В, лечение, энтеросорбенты, энтеросорбция, Атоксил**

Актуальность совершенствования лечения больных гепатитами А и В обусловлена сохранением достаточно широко распространения этих инфекций как в мире, так и в Украине, отсутствием этиотропного лечения при гепатите А (ГА) и согласованных рекомендаций по применению противовирусных препаратов при остром ГВ. Несмотря на снижение заболеваемости, существует большой экономический ущерб от гепатита А, который в 2006 г. составил в Российской Федерации более 1 млрд. руб., а в 2009 году — около 834 миллионов [10, 15].

Ранее ГА наблюдался преимущественно у детей и относился к группе так называемых "детских" заболеваний. У детей наблюдаются преимущественно легкие формы заболевания, без желтухи у 75-80% всех случаев болезни. Но в последнее время в Украине наблюдается значительный рост заболеваемости ГА среди взрослого населения с преобладанием более тяжелых форм, сопровождающихся желтухой, значительной продолжительностью заболевания и вообще более тяжелым течением. Заболеваемость ГА в Украине последние годы составила 24,8 — 26,3 случая на 100 000 населения, что существенно выше, чем в большинстве стран Европы [9,10].

Еще большее значение имеет проблема диагностики и лечения ГВ. Так, около трети населения земного шара имеет серологические признаки перенесенной или текущей инфекции, вызванной HBV. По оценкам экспертов ВОЗ этим возбудителем инфицированы от 300 до 400 миллионов человек. По различным сведениям, от 15 до 40% из них имеют прогрессирующий до цирроза печени (ЦП) и гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК) хронический гепатит В (ХГВ), который на любом этапе может осложниться печеночной недостаточностью и привести к летальным последствиям [7, 16, 19, 21]. Несмотря на доступность, эффективность и безопасность специфических вакцин, ГВ сохраняет 1-е место в мире среди всех причин смерти больных с патологией печени. От заболеваний печени, вызванных HBV, в мире ежегодно умирает от 1 до 2 млн. больных, в том числе только от ГЦК — от 0,5 до 1 млн. больных (5 место среди летальности от злокачественных опухолей). Ежегодно терминальные стадии HBV — инфекции являются причинами 5 — 10% всех трансплантаций печени в мире. Среди всех причин смерти последствия ХГВ занимают 10 место в мире [16, 18, 19, 21]. Специальные длительные исследования свидетельству-

ют, что через 5 лет после постановки диагноза ХГВ общая частота развития ЦП колеблется от 8 до 20%, а 5-летняя кумулятивная частота развития декомпенсации функций печени — около 20% при всего 5-летней вероятности выживания 80 — 83% больных с компенсированным ЦП. Ежегодная частота возникновения ГЦК у больных с ХГВ и ЦП составляет 2-5% [18, 20,21].

В Украине носителями HBV являются не менее 1 млн человек. Каждый год только официально в нашей стране регистрируют 188 тысяч больных ХГ и ЦП, из них ежегодно погибает 6 тысяч. Маркеры HBV-инфекции: HBsAg и anti HBs в Украине находят у доноров крови соответственно у 1,4% и 13,9%, у медицинских работников — у 5,4% и 26,8%, у лиц, употребляющих внутривенно наркотики — у 15,05% и 50,55% [7, 9].

Больные легкими и средней тяжести формами острых гепатитов А и В не нуждаются не только в этиотропной, но и в медикаментозной терапии вообще [17, 18]. Тем не менее, продолжается поиск препаратов, которые могут положительно повлиять на течение болезни, уменьшить длительность и выраженность интоксикационного, желтушного синдромов, при этом не оказывая серьезных побочных эффектов и не ухудшая исходы болезни [7,8, 11].

К подобным препаратам, в первую очередь, относятся энтеросорбенты.

Энтеросорбция как один из методов детоксикационной терапии получила достаточно широкое распространение в клинической практике. Этот метод характеризуется простотой, безопасностью и экономичностью, поэтому успешно применяется при лечении различных заболеваний печени, в том числе и при ВГ [7, 8, 11,12, 13].

Важными механизмами действия энтеросорбентов являются:

- связывание токсических веществ, попадающих в желудочно-кишечный тракт извне;
- связывание токсинов, диффундирующих в просвет кишечника из крови;
- связывание токсических веществ, выделяющихся с пищеварительными соками;
- поглощение токсических метаболитов, образующихся в желудочно-кишечном тракте;
- сорбционное изменение диеты за счет избирательного поглощения некоторых аминокислот и свободных желчных кислот;

- фиксация и перенос физиологически активных веществ (ферментов, желчных кислот и т.д.);
- изменение объема части пищи, которая не переваривается;
- каталитическое действие;
- обволакивающее и цитопротекторное действие;
- структуризация кишечного содержимого;
- образование агрегатов и флоккулатов, содержащих микробы и вирусы;
- прямое бактерицидное действие;
- комплексообразование и хелатирование;
- модификация химического состава кишечного содержимого, которое становится неблагоприятным для размножения патогенной микрофлоры [8, 12,14].

В результате реализации указанных механизмов, энтеросорбенты уменьшают токсическую нагрузку на печень и почки. Энтеросорбенты, не всасываясь в кровь, тем не менее оказывают значительное системное воздействие на организм, устраняя нарушения липидного обмена, подавляя системную воспалительную реакцию, способствуя компенсации отдельных звеньев иммунной системы и улучшая функцию внутренних органов, что весьма важно у больных острыми вирусными гепатитами [8, 11, 12,14].

Вследствие нарушения обменных процессов у больных с острыми ВГ развивается синдром метаболической интоксикации, обусловленный накоплением в крови молекул средней массы, которые оказывают токсическое воздействие на клетки печени, почек, на нейроны головного мозга. При тяжелом течении ВГ в кишечнике, а затем и в крови накапливаются аммиак и ароматические соединения, вызывающие развитие токсической энцефалопатии и печеночной комы [7, 12].

В Украине на сегодняшний день имеется достаточно большой выбор энтеросорбентов, которые имеют различные химическую структуру, физико-химические и органолептические свойства, отличаются различными клиническими эффектами. Площадь активной поверхности выступает основой для определения эффективности того или иного сорбента. Она обратно пропорциональна размеру частиц — чем меньше размеры частиц, тем больше суммарная площадь их активной поверхности. Поэтому от ее емкости зависит дозировка-

Таблица 1

Сравнение энтеросорбентов, обычно применяющихся в практическом здравоохранении Украины (В.Н. Нагорная, 2005)

Торговое название препарата	Международное непатентованное название и форма выпуска	Тип сорбции и площадь активной поверхности на 1 г сорбента (для адсорбентов)	Травматичность частичек для слизистой кишечника	Рекомендуемые дозировки	случаях доза м.б. увеличена в 2 раза)
Уголь Активированный	Уголь активированный, порошок и таблетки	Адсорбент, 1,5-2 м ² на 1 г	Да	При отравлениях по 20-30 г на прием в виде взвеси в воде. При метеоризме внутрь по 12 г (в воде) 3 - 4 раза в день.	
Карболол	Уголь активированный, таблетки	Адсорбент, 1,5-2 м ² на 1 г	Да	0,5-1 г 3-4 раза в день	
Уголь Активированный СКН	Уголь активированный, гранулы	Адсорбент, 2-4 м ² на 1 г	Да	7-8 г 3 раза в день	
Карболонг	Уголь активированный косточковый, порошок	Адсорбент, 1,5-3 м ² на 1 г	Да	5-8 г 3 раза в день	
Микросорб П	Уголь активированный, паста	Адсорбент 1-2 м ² на 1 г	Да	1/2 чайной ложки (250 -750мг) 2 - 3 раза в день	
Холестирамин	Полимеризат стирола и дивинилбензола в форме хлорида	Ионообменный комплексо-образователь	Нет	Внутрь по 1 чайной ложке (4 г) 2 раза в день. Суточная доза м.б. увеличена до 16 г (в 4 приема)	
Полифепан	Природный полимер лигнин, порошок	Адсорбент, 16-20 м ² на 1 г	Нет	0,5-1 г/кг в 3 приема	
Смекта	Диосмектит. Алюминиево-магнийевый силикат природного происхождения, порошок	Адсорбент, 100 м ² на 1 г	Нет	9-12 г в сутки, в 3-4 приема	
Энтеродез	Низкомолекулярный поливинилпирролидон	Абсорбент и комплексообразователь	Нет	5-10 г в сутки, в 1 - 3 приема	
Энтеросорб	Низкомолекулярный поливинил-пирролидон с сорбитом	Абсорбент и комплексообразователь	Нет	5-10 г в сутки на 1-3 приема	
Энтерокат М	Слабокислый катионит полиакриловой кислоты, гранулы	Адсорбент, 1,5- 2 м ² на 1 г	Нет	0,2 - 0,3 г/кг 3 - 4 раза в сутки	
Энтеросгель	Гидрогель метилкремниевой кислоты	Адсорбент, 150 м ² на 1 г	Нет	30 -40 г 3 раза в сутки	
Полисорб	Высокодисперсный диоксид кремния (кремнезем)	Адсорбент 300 м ² на 1 г	Нет	150-200 мг/кг 3-4 раза в сутки	
Атоксил	Сверхвысокодисперсный диоксид кремния (кремнезем)	Адсорбент, более 400 м ² на 1 г	Нет	150 мг/кг 3-4 раза в сутки (в сложных	

ние того или иного энтеросорбента, которое обеспечивает оптимальный терапевтический эффект [8, 12].

Сорбенты на основе активированного угля обладают малой площадью активной поверхности абсорбции на 1 грамм действующего вещества. Поэтому при значительной эндогенной интоксикации их необходимо принимать 20-30 грамм в сутки (80-120 таблеток активированного угля), что обуславливает гораздо меньшую привлекательность угольных сорбентов по сравнению с современными сорбентами, особенно созданными на основе диоксидов кремния [8]. Сравнение энтеросорбентов, обычно применяющихся в практическом здравоохранении Украины, приведено в Таблице 1.

Благодаря высокой сорбционной активности препаратов диоксида кремния (Таблица 1) более интенсивно происходит абсорбция и выведение из ЖКТ эндогенных и экзогенных токсических веществ, в частности, продуктов жизнедеятельности патогенных микроорганизмов. Препараты не всасываются из пищеварительного канала, при этом оказывая мощную системную дезинтоксикацию. Следует отметить также избирательность абсорбции препаратов на основе диоксида кремния, что определяет их преимущества по сравнению с другими препаратами [8, 12,13]. Соответствующие материалы представлены в Таблице 2.

Благодаря перечисленным выше свойствам, препараты на основе диоксида кремния оказывали положительный эффект при:

- диарреях инфекционного и неинфекционного генеза;
- колитах;
- острых и хронических вирусных гепатитах;
- ботулизме;
- кишечном токсикозе;
- хронических обструктивных заболеваниях легких;
- бронхиальной астме;
- хронической почечной недостаточности;
- экземе, псориазе;
- атопическом дерматите;
- поздних гестозах беременных;
- в хирургической практике;
- в токсикологии;
- в онкологии [1, 3,4,5,6,7, 8,11,12,13,14].

Проведенные ранее клинические исследования [7,8,11] касаются преимущественно

Таблица 2

Селективность абсорбции препаратов на основе диоксида кремния (по А.А. Чуйко, 2003)

Абсорбция происходит	Абсорбция не происходит
Микроорганизмы (до 10 ¹⁰ МТ на 1 г)	
Белки	
Микробные токсины (600-800 мг на 1 г)	
Азотсодержащие низкомолекулярные соединения, алкалоиды	
Средние молекулы	
Индол, скатол, фенолы, аммиак, креатинин	
Холестерин, свободные жирные кислоты	Некоторые аминокислоты
Стероидные гормоны	Практически все витамины
Тяжелые металлы в комплексе с белками	Минеральные вещества
Инсектициды, гербициды, дефолианты и др. бытовые яды	Микроэлементы
Анальгетики, антипиретики, гипнотики, антидепрессанты	Нейтральные липиды
	Моносахариды, дисахариды и большинство полисахаридов

но гидрогеля метилкремниевой кислоты, тогда как работ по изучению эффективности других препаратов на основе диоксида кремния не много. В тоже время самыми действенными в борьбе с интоксикацией у больных с различной патологией печени считаются сорбенты, приготовленные именно на основе диоксида кремния, в частности Атоксил, который лишь начинает внедряться в гепатологическую и инфекционную практику [4, 5, 7, 11,12].

Препарат "АТОКСИЛ" (кремния диоксид), который производит ООО "Орисил фарм", это диоксид кремния, представляет собой легкий аморфный порошок белого цвета, без вкуса и запаха, в бутылках ёмкостью 250 мл. 1 бутылка содержит 10,0 гр. высокодисперсного порошка кремния диоксида. Площадь его активной сорбции равняется более 400 м² на 1 г сухого вещества, что является одним из наибольших показателей среди подобных препаратов (Таблица 1). АТОКСИЛ является энтеросорбентом с выраженными сорбционными свойствами, проявляет детоксикационное, а при местном применении — и противомикробное и ранозаживляющее действие [3,5,11,14]. Препарат адсорбирует из пищеварительного тракта и выводит из организма эндогенные и экзогенные токсические вещества различного происхождения, обла-

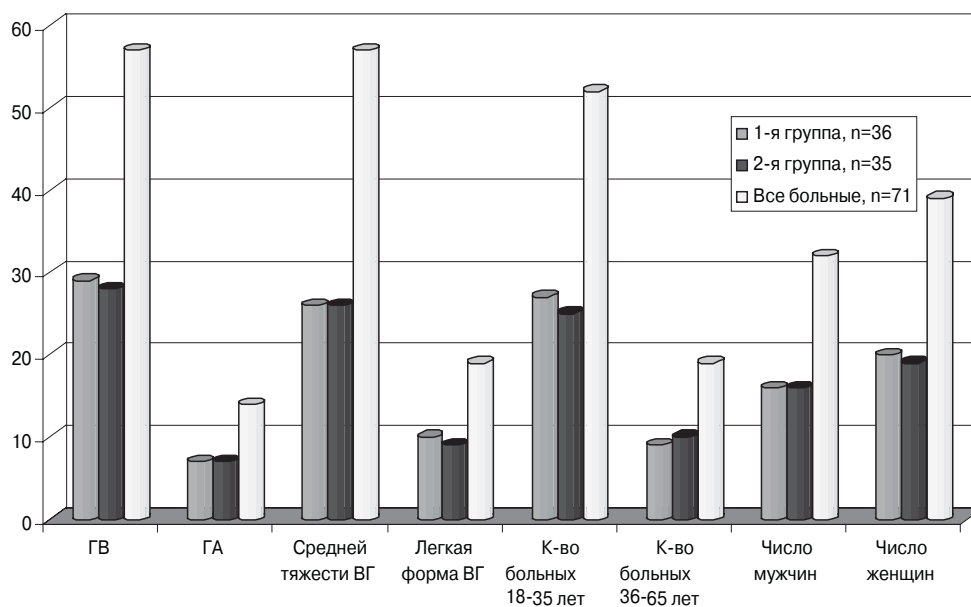


Рис 1. Общая характеристика групп больных

дает высокой адсорбционной активностью в отношении микроорганизмов и белков, в том числе и микробных токсинов. При этом ухудшается десорбция связанных белков и токсинов как через рану, так и через стенки кишечника. АТОКСИЛ способствует транспорту из внутренней среды организма (кровь, лимфа) в пищеварительный тракт за счёт концентрационных и соматических градиентов разнообразных токсических продуктов, в том числе средних молекул, олигопептидов, аминов и других веществ с последующим выведением из организма. При этом он практически не всасывается из кишечника и раны [3, 8, 13, 14]. Атоксил противопоказан пациентам с обострением язвенной болезни 12-перстной кишки и желудка, эрозиями и язвами слизистой оболочки толстого и тонкого отделов кишеч-

ника, с кишечной непроходимостью, с повышенной чувствительностью к диоксиду кремния. Атоксил не назначают детям в возрасте до одного года и беременным [5, 14].

Как показали клинико-лабораторные исследования, препарат АТОКСИЛ является эффективным в комплексном лечении ожогов и профилактике инфекционных осложнений у обожжённых. Он удовлетворительно переносился больными при пероральном и местном применении, не вызывая при этом побочных эффектов. Комплексная дезинтоксикационная терапия с использованием препарата АТОКСИЛ приводила к снижению токсических свойств сыворотки крови, обеспечивала существенное снижение токсического воздействия на нейтрофильные гранулоциты периферической крови, на что указывали интегральные индексы интоксика-

Таблица 3

Сравнение продолжительности клинических симптомов желтушного периода острых ВГ у больных, получавших Атоксил и лечившихся без него

Клинические симптомы	Длительность их, дни (M±m) в 1-й группе, n=36	Длительность их, дни (M±m) во 2-й группе, n=35	Достоверность отличий, P
Желтуха	14,24 ± 3,62	24,52 ± 5,18	<0, 05
Тяжесть в правом подреберье	17,32 ± 4,83	27,84 ± 5,51	<0, 05
Тошнота	9,23 ± 2,12	14,83 ± 2,45	<0, 05
Рвота	4,97 ± 1,23	8,28 ± 2,56	<0, 05
Кожный зуд	10,28 ± 4,70	12,52 ± 6,52	>0, 1
Снижение аппетита	11,87 ± 3,28	15,41 ± 4,03	>0, 05
Мышечно-суставные боли	7,46 ± 4,65	9,8 ± 5,43	>0, 2
Нарушения сна	12,86 ± 6,54	19,62 ± 7,42	>0, 1
Слабость	10,38 ± 2,83	17,95 ± 3,51	<0, 05

ции [14]. Получено экспериментальное подтверждение положительного влияния Атоксила на периапикальные ткани при лечении периодонтитов [3]. Комбинация атоксила и кверцетина улучшала результаты лечения больных пептической язвой двенадцатиперстной кишки на фоне гипертонической болезни, устраняя при этом нарушения метаболических показателей [1,2]. Атоксил повышал эффективность комплексной терапии аскаридоза у детей [4]. Подтверждена эффективность и безопасность лечения Атоксилом острых кишечных инфекций у детей [5]. В тоже время мы не нашли сведений о применении этого препарата у больных острыми или хроническими вирусными гепатитами. Это и определило наш выбор в исследовании клинической эффективности этого энтеросорбента у больных острыми ВГ.

Согласно поставленным задачам, в клинике инфекционных болезней НМУ в течении 2010 — 2012 гг. обследовали и наблюдали 71 больного ГА и острым ГВ с не тяжелым течением болезни в возрасте от 18 до 62 лет (средний возраст пациентов — $34,6 \pm 8,2$ года). Преобладали больные в возрасте от 18 до 35 лет (52 человека, 73%). Мужчин было 32, женщин — 39 человек. Легкая желтушная форма ВГ была у 19 (26,8%), средней тяжести — у 52 (73,2%) больных. Для изучения терапевтического действия энтеросорбента Атоксила всех больных методом рандомизации разделили на две сопоставимых по возрасту, полу, характеру сопутствующих заболеваний группы. Поскольку не изучали действие препарата на

длительность HBs-антигемии, вирусемии, сочли возможным объединить в одной группе больных с ГА и острым ГВ, распределение которых в группах также не отличалось: по 7 больных ГА в каждой группе (Рис. 1).

Больные 1-й группы (36 человек) получали лечение Атоксилом. Больные 2-й группы (35 человек) получали только базисную терапию. Общая характеристика групп больных представлена на Рис. 1.

Как видно по данным, приведенным на Рис. 1, по основным параметрам — полу, возрасту, тяжести течения ВГ и его этиологии группы больных были сопоставимы. Наиболее частым сопутствующим заболеванием были хронический панкреатит у 43 (60,6%), обострение хронического гастродуоденита — у 21 (29,6%), холецистита — у 19 (26,8%), жировая болезнь печени в виде неалкогольного и алкогольного стеатогепатита — у 16 (22,5%), хронический бронхит — у 9 (14,6%). На Рис. 2 представлена характеристика групп больных в зависимости от характера сопутствующей патологии, которая чаще всего встречалась на фоне ВГ.

Как видно по материалам, приведенным на Рис. 2, значительных отличий по характеру сопутствующей патологии между 1-й и 2-й группами также не было.

Больные с тяжелой соматической сопутствующей патологией (декомпенсированный сахарный диабет, выраженный атеросклероз, тяжелая артериальная гипертония и т.д.) в исследование не включались, поскольку требовали постоянного приема значи-

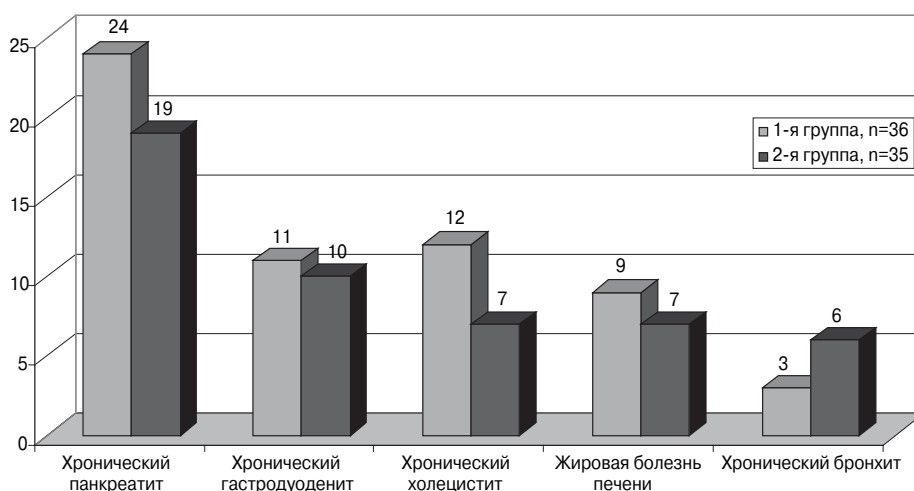


Рис. 2. Характеристика групп больных в зависимости от сопутствующей патологии.

Таблица 4

Сравнение средних величин основных биохимических показателей крови у больных обеих групп до лечения Атоксиллом

Показатели	Значения (M±m) в 1-й группе, n=36	Значения (M±m) во 2-й группе, n=35	Достоверность отличий, P
Общий билирубин, мкмоль/л	180,06 ± 39,6	192,24 ± 33,18	>0, 2
Прямой билирубин, мкмоль/л	112,36 ± 41,7	143,84 ± 32,51	>0, 2
Протромбиновый индекс, %	79,47 ± 9,90	74,23 ± 11,24	>0, 05
Активность АлАТ, Ед/л	2197,8 ± 934,5	2318,4 ± 562,4	>0, 2
Активность АсАТ, Ед/л	1287,6 ± 670,4	890,2 ± 346,5	>0, 1
Глюкоза, ммоль/л	4,87 ± 1,23	5,42 ± 1,03	>0, 05
Мочевина, ммоль/л	3,6 ± 0,65	3,8 ± 0,43	>0, 1
Креатинин, мкмоль/л	67,86 ± 7,3	69,68 ± 0,42	>0, 2

тельного количества медикаментозных препаратов. У всех больных исключены ВИЧ и HCV — инфекция.

У всех больных в динамике исследовали показатели общего анализа крови, содержание в крови глюкозы, общего белка, общего билирубина и его фракций, мочевины, креатинина, активность АлАТ и АсАТ при помощи общепринятых методик с использованием стандартных реактивов и биохимического анализатора Humalaser. Проводилось ультразвуковое исследование печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки, почек с использованием серой шкалы на аппарате эксперт — класса Voluson 730 SSD. При помощи иммуноферментного анализа (ИФА) диагноз ГА специфически подтвержден у 14 больных наличием в крови Anti HAV Ig M, острого ГВ — у 57 больных наличием в крови HBsAg и anti HBcor Ig M. В сомнительных случаях (дифференциация

с хроническим ГВ) дополнительно количественно определяли anti HBcor IgG, HBeAg, anti HBeIg G (ИФА).

36 человек первой группы на фоне общепризнанной базисной терапии (постельный режим, стол № 5а, обильное питье) с момента госпитализации в клинику (в среднем, с 4,3 ± 2,1 дня желтушного периода) получали Атоксил из расчета 0,2 г на кг массы тела в сутки (в среднем 12 г) внутрь в 3 приема за 2 — 1,5 часа до приема пищи в течение 2-х недель. 35 человек второй группы получали в этом же периоде болезни только базисную терапию. Ни у одного из больных не отмечено серьезных побочных действий Атоксила, которые требовали бы отмены препарата. У одного больного с сопутствующим обострением хронического гастроуденита отмечено кратковременное усиление тошноты, у 3-х больных — усиление запоров, потребовавшее назначение препаратов Лактулозы.

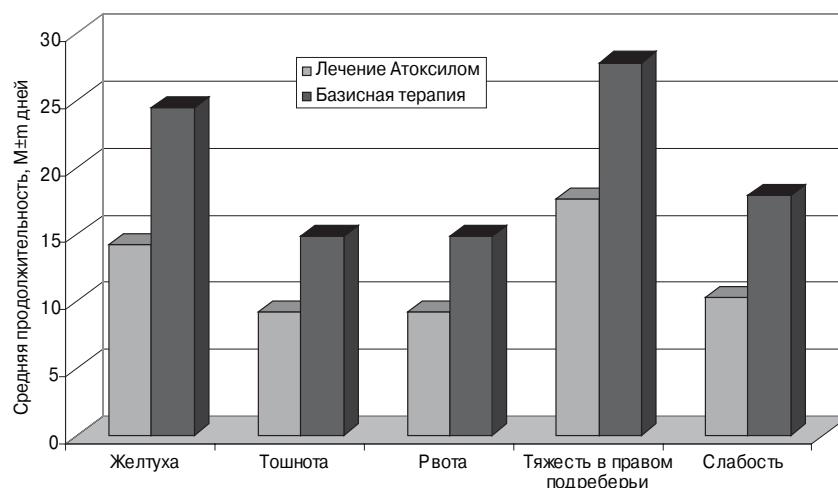


Рис. 3. Сопоставление средних показателей продолжительности клинических симптомов при лечении больных Атоксиллом (n=36) и без него (n=35)

Таблиця 5

Сравнение средних величин основных биохимических показателей крови у больных обеих групп после лечения Атоксиллом

Показатели	Значения (M±m) в 1-й группе, n=36	Значения (M±m) в 1-й группе, n=35	Достоверность отличий, P
Общий билирубин, мкмоль/л	112,05±23,6	162,28±20,32	<0,05
Прямой билирубин, мкмоль/л	70,59±22,14	128,56±24,41	<0,05
Протромбиновый индекс, %	83,46±9,4	81,62±6,7	>0,1
Активность АлАТ, Ед/л	1066,02±547,52	1328,83±342,61	>0,2
Активность АсАТ, Ед/л	614,70±365,59	721,54±382,15	>0,1
Глюкоза, ммоль/л	4,74±1,02	4,96±1,32	>0,1
Мочевина, ммоль/л	4,19±0,68	4,02±0,43	>0,2
Креатинин, мкмоль/л	70,9±5,81	72,32±4,24	>0,1

В обеих группах анализировали продолжительность симптомов болезни. Соответствующие данные представлены в Таблице 3.

Как свидетельствуют данные, приведенные в таблице 3, лечение Атоксиллом достоверно ($P < 0,05$) сокращало длительность желтухи, тяжести в правом подреберье, тошноты, рвоты, общей слабости, подтверждая тем самым свое выраженное дезинтоксикационное действие. Соответствующие данные приведены на Рис. 3.

Как свидетельствуют данные, приведенные на Рис 3, лечение Атоксиллом вызывает достоверно ($P < 0,05$) более быстрое обратное развитие таких симптомов болезни, как желтуха, слабость, тяжесть в правом подреберье, тошнота, рвота по сравнению со средней продолжительностью аналогичных симптомов у больных группы сравнения,

Основные анализируемые биохимические показатели крови до начала болезни в обеих группах достоверно не отличались (таблица 4), поэтому анализ показателей проведен нами после 2-х недель лечения Атоксиллом.

Как свидетельствуют материалы, приведенные в таблице 4, достоверных отличий не было ни по одному из сравниваемых средних показателей биохимических показателей крови. В таблице 5 представлены результаты сопоставления средних вели-

чин основных биохимических показателей крови после лечения Атоксиллом.

Как свидетельствуют материалы, приведенные в таблице 5, после лечения Атоксиллом достоверно больше снизились средние показатели общего билирубина крови и его прямой фракции по сравнению с таковыми у больных, не получавших энтеросорбенты ($P < 0,05$ и $< 0,05$ соответственно). Достоверных отличий средних показателей активности АлАТ, АсАТ, ПТИ, содержания глюкозы, креатинина и мочевины крови у больных, леченных Атоксиллом, по сравнению с таковыми у группы сравнения не получено.

Таким образом, лечение Атоксиллом в дозе 12 г / сутки внутрь в течении 2-х недель больных не тяжелыми острыми гепатитами А и В достоверно уменьшает длительность диспептического, интоксикационного синдромов, желтушного периода, снижает уровень общего и прямого билирубина по сравнению с таковыми же показателями у больных, которые в эти же сроки болезни получали только базисную терапию. Препарат хорошо переносится, не вызывает отрицательных эмоций при его приеме, сравнительно не дорог, удобен в применении, не вызывает серьезных побочных явлений, что позволяет рекомендовать его для более широкого применения в лечении острых вирусных гепатитов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белокобыльская Д.В. Изменения содержания лейкотриенов и активности липопероксидации под влиянием комбинации атоксила и кварцетина в динамике лечения больных пептической язвой двенадцатиперстной кишки в сочетании с гипертонической болезнью / Д.В. Белокобыльская // Український медичний альманах. — 2010. — Том 13, №4. — С. 30-32.

2. Бурмак Ю.Г. Изменение некоторых метаболических показателей в динамике лечения боль-

ных пептической язвой двенадцатиперстной кишки в сочетании с гипертонической болезнью / Ю.Г. Бурмак, Д.В. Белокобыльская // Таврический медико-биологический вестник. — 2010. — том 13, № 1 (49). — С. 23 — 25.

3. Дорофеева Н.Г. Экспериментальное подтверждение влияния сорбентов на периапикальные ткани при лечении периодонтитов [Текст] / Н.Г. Дорофеева, Т.А. Чалая, М. Ерохи-

на, А.Обидин // Український медичний альманах. — 2008. — Том 11, №5. — С. 61-62.

4. Корнева В.В. Оценка эффективности энтеросорбента Атоксила в комплексном лечении аскаридоза у детей / В.В. Корнева, Л.В. Курило, В.Г. Козачук, Е.А. Боярская, М.А. Капичина // Современная Педиатрия. — 2011.-№3(37). — С.66-68.

5. Крамарев С.О. Вивчення ефективності і безпечності ентеросорбенту Атоксил при гострих кишкових інфекціях у дітей / С.О.Крамарев, О.А.Дмитрієва // Сучасна педіатрія. — 2005. — № 3. — С. 93-97.

6. Кузнецов С.В. Эффективность энтеросорбента Белый уголь в комплексной терапии гельминтозов у детей / С.В. Кузнецов // Здоровье ребенка. — 2010. — №4. — с. 30-33.

7. Лікування хворих на цироз печінки переважно вірусної етіології, ускладнений асцитом / Ж.І. Возіанова, О.А. Голубовська, М.Ч. Корчинський // Мистецтво лікування, 2005. — №5(21). — С. 22 — 27.

8. Медицинская химия и клиническое применение диоксида кремния/ под ред. акад. НАН Украины А.А.Чуйко.- Киев: Наукова думка. — 2003. — 416 с.

9. Міністерство охорони здоров'я України // НАКАЗ № 296 від 19.05.2011 р. "Про внесення змін до Наказу МОЗ України від 03.02.2006 № 48"

10. Михайлов М.И., Шахильдян И.В., Онищенко Г.Г. Энтеральные вирусные гепатиты (этиология, эпидемиология, диагностика, профилактика) — Москва: ВУНМЦ, 2007 г.- 352 с.

11. Мороз Л.В., Палій І.Г. Застосування препарату Ентеросгель у комплексній терапії хворих на гострі вірусні гепатити із супутнім дисбактеріозом кишечника / Л.В. Мороз, І.Г. Палій // Медико-біологічні аспекти застосування ентеросорбенту "Ентеросгель" для лікування різних захворювань: Збірка вибраних наукових статей. — Київ: "Богдана", 2010. -С.83-88.

12. Нагорная Н.В.Использование энтеросорбции в лечении атопического дерматита / Н.В.Нагорная,

Е.В.Бордюгова, А.В.Дубовая // Современная педиатрия. — 2005. — № 4(9). — С.67 — 70.

13. Палій І.Г. Современный взгляд на проблему энтеросорбции: выбор оптимального препарата / И.Г. Палій, И.Г. Резниченко // Новости медицины и фармации. — 2007. — №11 (217). — С. 15-17.

14. Применение препарата "Атоксил" в комплексном лечении обожженных / Э.Я. Фисталь, И.И. Сперанский, В.В. Арефьев, Е.Г. Тимошенко, М.В. Лобачёва, Е.А. Писаренко // Комбустиология. — 2006. — № 27.- С. 24 -28.

15. Шахильдян И.В. Оценка итогов вакцинопрофилактики гепатита А в отдельных регионах Российской Федерации. Нужна ли сегодня плановая вакцинация детей против гепатита А? [Текст]/ И.В. Шахильдян, М.И. Михайлов, О.Н. Ершова, П.А. Хухлович, В.А. Хасанова, И.Н. Лыткина, Н.И. Шулакова, В.В. Романенко, А.И. Юровских, А.А. Ясинский // Гепатология. — 2011. — № 1. — С.34-40.

16. Carey W.D. The prevalence and natural history of hepatitis B in the 21st century / Cleve. Clin J. Med., 2009. — N 76 (Suppl.3). — P. 2 — 5.

17. Dienstag J.L. Drug Therapy: Hepatitis B Virus Infection. //N. Engl. J. Med., 2008. — Vol 359, N. 14. — P. 1486-1500.

18. European Association for the Study of the Liver (EASL), 2009. Clinical Practice Guidelines: Management of chronic hepatitis B. //J. Hepatol., 2009. — № 50(2). — P. 227-242.

19. Elgouhari H.M., Abu-Rajab Tamimi T.I., Carey W.D. Hepatitis B virus infection: understanding its epidemiology, course, and diagnosis/ Cleve.Clin.J.Med., 2008. — N 75 (12). — P. 881 — 889.

20. Lok A.S., McMahon B.J. Chronic hepatitis B: update 2009 / Hepatology, 2009. — N 50 (3). — P. 661-662.

21. Mitchell A. E., Colvin H. M., Beasley R. P. Institute of Medicine Recommendations for The Prevention and Control of Hepatitis B and C / Hepatology, 2010. — Vol.51 (N 3). — P. 729-733.

УДК: 616.36-002-022.7-07:578.27:578.891
О.А.Голубовська, М.Ч.Корчинський
**ЗАСТОСУВАННЯ ЕНТЕРОСОРБЕНТУ
"АТОКСИЛ" У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ
НА ГОСТРІ ГЕПАТИТИ А ТА В**

У статті проводиться аналіз власних досліджень ефективності терапії 37 хворих на гепатити А і В ентеросорбентом Атоксил, які знаходились на лікуванні в клініці інфекційних хвороб НМУ у 2011 - 2012 рр. Результати лікування порівнювали з відповідними показниками у 36 хворих групи порівняння, яка мала такий самий склад за віком, статтю, тяжкістю перебігу, характером супутньої патології. Отримані результати свідчать про доцільність проведення лікування Атоксил хворих на ГА та гострий ГВ при не тяжкому перебігу хвороби, що дозволяє достовірно скоротити тривалість інтоксикаційного періоду, жовтяниці, зменшити рівень загального та прямого білірубину крові порівняно з відповідними показниками у хворих, що не отримували ентеросорбенти. Препарат добре переносився хворими та не викликав серйозних побічних явищ.

UDC: 616.36-002-022.7-07:578.27:578.891
O. Golubovskaya, M. Korchynskiy
**ENTEROSORBENT "ATOKSYL" USE IN THE
TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE HEPATITIS A AND B**

In the article the analysis of their research the effectiveness of therapy 37 patients with hepatitis A and B enterosorbent Atoksyl who were treated at the clinic of infectious diseases NMU in 2011 - 2012. Results of treatment compared with the corresponding parameters in 36 patients with comparison group who had the same composition by age, sex, severity, nature of comorbidity. The results demonstrate the feasibility of a treatment Atoksyl patients with hepatitis A and acute hepatitis B with no serious disease, which allows significantly reduce the intoxication period, jaundice, reduced levels of total and direct bilirubin levels compared with the corresponding rates in patients not receiving enterosorbents. The drug was well tolerated by patients and did not cause serious side effects.