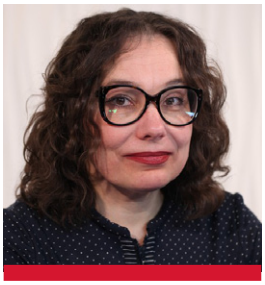
ОНЛАЙН

Специалисты обсудили проявления постковидного синдрома и возможности для его лечения

17–19 ноября 2021 г. в режиме онлайн прошел 16-й Национальный конгресс терапевтов. В работе форума приняли участие профильные специалисты из всех регионов России – лидеры мнений, представители науки и образования, практикующие врачи. Во второй день конгресса был организован сателлитный симпозиум компании «Канонфарма продакшн» «Этюды коморбидности». Председателями выступили Л.Б. Лазебник, д.м.н., профессор кафедры поликлинической терапии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, президент Научного общества гастроэнтерологов России (НОГР), и В.Б. Гриневич, д.м.н., профессор, заведующий 2-й кафедрой терапии (усовершенствования врачей) Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (Санкт-Петербург), вице-президент НОГР, президент Панкреатического клуба, главный гастроэнтеролог Министерства обороны РФ. Они отметили, что COVID-19 в настоящее время является актуальной темой для врачей всех специальностей, в том числе кардиологов, неврологов, гастроэнтерологов и терапевтов.

Л.Б. Лазебник

В.Б. Гриневич


Т.В. Адашева

А.Н. Боголепова

Т.Е. Полунина

Мнение кардиолога

С докладом «Стабильная ишемическая болезнь сердца (ИБС) в период COVID-19. Нужно ли корректировать терапевтические стратегии?» выступила Т.В. Адашева, д.м.н., профессор кафедры поликлинической терапии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова. Она отметила, что за 2 года определились наиболее частые заболевания, сопутствующие COVID-19. Сердечно-сосудистые осложнения являются самой частой сопутствующей патологией – встречаются у каждого третьего пациента, госпитализированного с COVID-19. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) увеличивают риск госпитализации при коронавирусной инфекции в 12 раз, смерти – в 6 раз.

В течение 140 дней было проанализировано состояние здоровья почти 48 тыс. человек, госпитализированных по поводу COVID-19 в Великобритании. За время наблюдения 29,4% пациентов были госпитализированы повторно, а 12,3% умерли. Риск повторной госпитализации и смерти в течение года после COVID-19 был в 2,5 и 7,7 раза выше, чем у больных, которые были госпитализированы по другим причинам. Постковидный синдром чаще встречался у людей, не достигших 70 лет.

Докладчик рассказал о механизмах воздействия коронавирусной инфекции на эндотелий: «Эндотелий имеет рецепторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) 2 и является мишенью для вируса SARS-CoV-2, происходит прямое вирусное повреждение. При COVID-19 часто возникает избыточный иммунный ответ, который повреждает эндотелий, – «цитокиновый шторм» (тяжелая форма синдрома системного воспалительного ответа) и аутоиммунная реакция. Поражение сосудов происходит как во время острой фазы заболевания, так и в постковидный период».

Спикер подчеркнула, что «в условиях пандемии тактика ведения сердечно-сосудистых заболеваний не должна меняться. Наоборот, большую значимость приобретает грамотное, в соответствии с рекомендациями, ведение пациентов с сердечно-сосудистой и респираторной патологией. Принципиальная позиция – не отменять, а интенсифицировать показанную кардиальную и респираторную терапию в амбулаторных условиях и при поступлении в стационар».

Было проведено рандомизированное исследование BRACE CORONA с участием 659 больных, госпитализированных с COVID-19, которые ранее принимали ингибиторы АПФ / антагонисты рецепторов ангиотензина (АРА). Часть пациентов продолжили прием, часть – прекратили. Достоверной разницы по количеству дней госпитализации или смертности не было. В другом ретроспективном когортном исследовании под руководством M.H. Aghajani анализировались истории болезни пациентов (n=991), госпитализированных с COVID-19: 34% получали аспирин (60% применяли до госпитализации, у 40% был инициирован прием) и 66% – не получали. Было показано, что использование аспирина связано со значительным снижением уровня смертности.

В обсервационном исследовании J.H. Chow была изучена внутригоспитальная выживаемость среди 17 347 пациентов, в том числе 6781 – на дезагрегантной терапии и 10 566 – без дезагрегантной терапии до госпитализации. В группе принимавших дезагреганты была ниже частота легочного эмболизма (2,2% против 3%) и выше частота носовых кровотечений (0,9% против 0,4%) по сравнению с группой, где пациенты не получали дезагрегантную терапию.

Изучение экспериментальных моделей сепсиса и клинические исследования показали, что ингибиторы рецепторов P2Y12, в частности тикагрелор, снижают сепсис-индуцированную смертность при COVID-19. На модели липополисахаридного воспаления препарат снижал уровень провоспалительных цитокинов (IL-6, TNF-a, MCP-1, IL-8) и смертность, на модели абдоминального сепсиса – уменьшал сепсис-индуцированное легочное повреждение, нейтрофильную инфильтрацию легких, тромбоцитарно-лейкоцитарную агрегацию, тромбоцитарную активацию и тромбоцитопению. В исследовании PLATO тикагрелор снижал риск смертности вследствие легочных побочных эффектов, таких как билатеральная легочная инфекция и сепсис. В клиническом исследовании XANTHIPPE тикагрелор снижал тромбоцитарно-лейкоцитарные взаимодействия, уровень IL-6 у пациентов с пневмонией.

Т.В. Адашева сообщила, что пациентам с ИБС для профилактики дестабилизации ССЗ на амбулаторном этапе можно назначать антикоагулянтную или антитромбоцитарную терапию в виде двойной (ДАТТ) или монотерапии в зависимости от показаний. Эксперты Российского кардиологического общества, Евразийской ассоциации терапевтов, Национального общества по атеротромбозу, Общества специалистов по неотложной кардиологии, Евразийской аритмологической ассоциации сошлись во мнении, что при повышенном риске венозных тромбоэмболических осложнений следует рассмотреть добавление профилактических доз низкомолекулярного гепарина (НМГ) к антитромбоцитарным препаратам. У пациентов с COVID-19 в течение первых 3 мес. после ОКС/ЧКВ в дополнение к ДАТТ необходимо назначить профилактическую дозу НМГ. При высоком риске кровотечений (включая уровень тромбоцитов <50 тыс.) допустима монотерапия ацетилсалициловой кислотой (АСК) или клопидогрелом в сочетании с профилактическими дозами НМГ. У пациентов с COVID-19 через 3–12 мес. после ОКС/ЧКВ можно перейти на монотерапию АСК или блокатором рецепторов P2Y12 тромбоцитов, добавив НМГ. У больных с высоким риском коронарного тромбоза возможно продлить ДАТТ и назначить профилактические дозы НМГ. У госпитализированных пациентов со стабильной ИБС следует продолжать исходную антитромбоцитарную терапию (АСК или клопидогрел, или тикагрелор), добавив НМГ.

Депренорм® ОД сокращает количество приступов стенокардии в 2,3 раза и потребность в нитратах в 5 раз, повышает переносимость физической нагрузки и уменьшает функциональный класс стенокардии. Депренорм® ОД 70 мг предотвращает гибель кардиомиоцитов вне зависимости от причины ишемии, уменьшает приступы стенокардии и сокращает размер повреждения миокарда.

Далее специалист рассмотрела возможные механизмы влияния статинов на течение COVID-19: «Исследование, основанное на анализе молекулярного докинга, показало, что статины могут ингибировать проникновение SARS-CoV-2 в клетки хозяина, напрямую связывая протеазу коронавируса. Статины, вызывая активацию аутофагии, могут регулировать репликацию или деградацию вируса, оказывая защитное действие. Противовоспалительные свойства статинов могут ограничивать «цитокиновый шторм» у тяжелых пациентов с COVID-19».

Ранее были получены данные, что аторвастатин ограничивает способность вируса гриппа генерировать липидные капли и подавляет репликацию вируса. Данный препарат потенциально может оказывать такое влияние и на COVID-19. По словам докладчика, в настоящее время проведено большое количество обсервационных исследований, продемонстрировавших, что статины в высоких дозах связаны с большим снижением смертности у пациентов с тяжелой формой COVID-19, которым требовалась госпитализация в ОРИТ или интубация. Метаанализ ретроспективных наблюдательных исследований, проведенный A. Kollias и соавт., показал, что терапия статинами была связана с 35% снижением риска смертности у госпитализированных пациентов с COVID-19. В сентябре 2021 г. был опубликован обновленный метаанализ исследований с участием147 824 пациентов, проведенный C. Diaz-Arocutipa и соавт., также подтверждающий, что прием статинов связан со значительным снижением смертности пациентов с COVID-19. Анализ подгрупп показал, что только постоянное употребление статинов снижает смертность.

Также спикер рассказала о рандомизированном клиническом исследовании COLCORONA с участием 4500 амбулаторных пациентов с COVID-19. В нем было доказано, что колхицин снижает риск осложнений, связанных с коронавирусной инфекцией. Колхицин сократил количество госпитализаций на 25%, потребность в ИВЛ – на 50%, летальных исходов – на 44%. Это делает колхицин первым в мире пероральным препаратом, который можно использовать для лечения негоспитализированных пациентов с COVID-19. В скорректированном множественном логистическом регрессионном анализе COL-COVID колхицин также продемонстрировал выраженный клинический эффект. По данным систематического обзора C.H. Lion, в обсервационных когортных исследованиях колхицин снижал смертность пациентов с COVID-19 на 48%, в рандомизированных клинических исследованиях – на 20%.

В рекомендациях Европейского общества кардиологов (ESC) 2021 г. по противовоспалительной терапии указано, что низкая доза колхицина (0,5 мг/сут) может быть рассмотрена при вторичной профилактике ССЗ, особенно если другие факторы риска недостаточно контролируются или если при оптимальной терапии возникают рецидивы. В российском руководстве по диагностике и лечению болезней системы кровообращения в контексте пандемии COVID-19 пациентам с ИБС на фоне коронавирусной инфекции необходимо продолжать прием всех рекомендованных препаратов, с особым вниманием к терапии, стабилизирующей бляшку (статины, аспирин, блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, β-блокаторы).

Докладчик рассказала о препаратах для антиишемической терапии, в частности, о триметазидине. Его цитопротекторный эффект обусловлен повышением энергетического потенциала, активацией окислительного декарбоксилирования и рационализацией потребления кислорода (усилением аэробного гликолиза и блокадой окисления жирных кислот).

Т.В. Адашева привела данные исследования КАРДИОКАНОН – в нем сравнивались эффективность и безопасность оригинальных препаратов и дженериков. Препарат Депренорм® ОД (триметазидина дигидрохлорид)

продемонстрировал полную биоэквивалентность и терапевтическую эквивалентность оригинальному препарату, при этом стоимость дженерика была ниже более чем в 3 раза. Новейшая технология производства Депренорма® ОД обеспечивает равномерное распределение активного вещества в объеме гидрофильного матрикса. При контакте с секретом желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) матрикс набухает и образуется гель. Действующее вещество медленно высвобождается в кровь и обеспечивает эффективность в течение 24 ч. Пролонгированное действие Депренорма® ОД и однократный прием в сутки обеспечивают дополнительное преимущество – повышение приверженности лечению (на 10% больше по сравнению с препаратами, требующими двукратного приема). Также препарат сокращает количество приступов стенокардии в 2,3 раза и потребность в нитратах в 5 раз, повышает переносимость физической нагрузки и уменьшает функциональный класс стенокардии. Депренорм® ОД 70 мг предотвращает гибель кардиомиоцитов вне зависимости от причины ишемии, уменьшает приступы стенокардии, аритмию и сокращает размер повреждения миокарда.

Рекомендации невролога

Со вторым докладом в рамках симпозиума выступила А.Н. Боголепова, д.м.н., профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, руководитель отдела когнитивных нарушений ФГБУ «Федеральный центр мозга и нейротехнологий» ФМБА России. Она рассказала о постковидных астенических и когнитивных нарушениях и возможных подходах к лечению. Прежде всего она дала определение постковидному синдрому: «Пост-COVID-синдром, также известный как Long-COVID, означает симптомы, сохраняющиеся более 3 недель после постановки диагноза COVID-19. Выделяется острый или хронический подтип – в зависимости от того, продолжаются ли симптомы более 12 недель после постановки первоначального диагноза». Наиболее частыми проявлениями постковидного синдрома являются: утомляемость, одышка и нейропсихологические симптомы. Они сохраняются у 35% пациентов, получающих лечение в амбулаторных условиях, и у 87% госпитализированных пациентов. Могут развиваться новые симптомы или синдромы после первоначальной бессимптомной или легкой инфекции.

Повышенному риску хронических неврологических заболеваний, включая деменцию, у пациентов с COVID-19 способствует ряд патофизиологических процессов: гипоксия и гипоперфузия головного мозга, вторичные по отношению к кардиореспираторным заболеваниям; коагулопатия с тромботической закупоркой сосудов головного мозга; церебральные микрососудистые поражения и дисфункция; нарушение регуляции ренин-ангиотензиновой системы; энцефалит SARS-CoV-2 или постинфекционный энцефалит.

В работе E. Guedj у пациентов с постковидным синдромом и постоянными функциональными жалобами более чем через 3 нед. после появления первых симптомов инфекции с помощью позитронно-эмиссионной томографии был подтвержден гипометаболизм головного мозга. Наиболее часто у этих больных встречались когнитивная дисфункция и стойкие неврологические симптомы: усталость (у 85%), «мозговой туман» (у 81%), головная боль (у 68%), онемение/покалывание (у 60%), аносмия (у 55%) и миалгия (у 55%). До 40% больных, госпитализированных с COVID-19, в течение 2–4 мес. после выписки отмечали снижение толерантности к физической нагрузке. Эмоциональные нарушения, такие как тревога и депрессия, выявлялись у 40% пациентов даже через 6 мес. после COVID-19. В исследовании J.R. Lechien и соавт. с участием 1420 больных, перенесших COVID-19, наиболее частыми симптомами были головная боль (у 70,3%), потеря обоняния (у 70,2%), астения (у 63,3%).

Проспективная оценка изменений когнитивных функций до и после начала пандемии SARS-CoV-2 доказала их снижение при легкой симптоматической инфекции. Когнитивные нарушения на фоне коронавирусной инфекции имеют сложный механизм и не связаны напрямую с тяжестью клинической картины заболевания. Факторами риска развития умеренно-когнитивных расстройств (УКР) являются: пожилой возраст, избыточная масса тела, ожирение, гипертония, курение, сахарный диабет.

A. Hampshire и соавт. изучили когнитивные способности 84 тыс. человек, из них более 12 тыс. перенесли COVID-19. По сравнению со здоровыми участниками группа перенесших COVID-19 показала результаты значительно хуже, в основном выявлен

дефицит исполнительных функций. Примерно 65% пациентов, переболевших коронавирусом в тяжелой форме, намного хуже стали справляться с интеллектуальными заданиями.

Также изучалось долгосрочное влияние на когнитивные процессы. По данным K.W. Miskowiak, через 3–4 мес. после выписки из больницы с COVID-19 клинически значимые когнитивные нарушения развиваются у 59–65% пациентов, при этом больше всего страдают вербальное обучение и управляющие функции. Когнитивные нарушения были связаны с уровнем D-димера во время острого периода заболевания и легочной дисфункцией.

Докладчик отметила, что пока нет утвержденных рекомендаций по коррекции когнитивных, астенических и психоэмоциональных нарушений у больных, перенесших COVID-19. А.Н. Боголепова поделилась опытом назначения препарата МексиВ 6 этой категории больных. «Это уникальная синергичная комбинация антиоксиданта (этилметилгидроксипиридина сукцината), витамина В6 и магния для повышения устойчивости головного мозга к гипоксии, терапии астеноневротического синдрома. В6 активирует обменные процессы, особенно при гипоксии, потенцирует анксиолитическое действие. Этилметилгидроксипиридина сукцинат улучшает метаболизм и кровоснабжение головного мозга, микроциркуляцию, уменьшает агрегацию тромбоцитов. Магний улучшает нейротрансмиссию, обладает вазодилатирующим эффектом», – объяснила свой выбор эксперт.

Механизм действия препарата обусловлен антиоксидантным и мембранопротекторным свойствами. МексиВ 6 повышает резистентность организма к воздействию различных повреждающих факторов при патологических состояниях (шок, гипоксия и ишемия, нарушения мозгового кровообращения, интоксикация этанолом и антипсихотическими лекарственными средствами), улучшает метаболизм и кровоснабжение головного мозга, микроциркуляцию и реологические свойства крови, уменьшает агрегацию тромбоцитов, улучшает функциональное состояние ишемизированного миокарда.

Второй препарат, опытом назначения которого поделилась специалист, – Холитилин – центральный холиностимулятор, в состав которого входит 40,5% метаболически защищенного холина. Это препарат выбора для лечения возрастных нарушений деятельности мозга. Он оказывает дозозависимое стимулирующее действие в отношении выделения из пресинаптической щели нейромедиатора ацетилхолина, демонстрируя фармакологический эффект центрального холиномиметика. Как донатор ацетилхолина, он восстанавливает связи между нейронами.

В исследовании под руководством А.Н. Боголеповой приняли участие 100 пациентов в возрасте от 22 лет до 71 года с COVID-19, лечившихся амбулаторно. Критерием включения являлось наличие жалоб на нарушение когнитивных функций и эмоциональные расстройства. Все больные были разделены на 2 группы. Пациенты с преобладанием когнитивных нарушений (n=50) получали холитилин 2 капсулы (800 мг) утром и 1 капсулу (400 мг) в обед. Пациенты с более значимыми астеническими и тревожно-депрессивными нарушениями (n=50) – МексиВ 6 по 1 табл. 3 р./сут. Общая продолжительность наблюдения составила 60 дней.

У пациентов с постковидными когнитивными нарушениями на фоне терапии Холитилином полный регресс когнитивных нарушений отмечен у 74% больных. На фоне терапии МексиВ 6 было получено статистически достоверное снижение всех симптомов астении. Большинство больных отмечали значительное увеличение активности, снижение чувства усталости, повышение концентрации внимания, улучшение работоспособности, физического самочувствия. Отмечено снижение выраженности тревожно-депрессивных расстройств, которые полностью регрессировали у 42% больных или стали субклиническими – у 48%. После лечения клинически выраженная тревога сохранялась только у 10%, а депрессия – у 4% пациентов. Побочных эффектов не наблюдалось, переносимость была хорошей. Данные исследования свидетельствуют об эффективности применения Холитилина и МексиВ 6 у пациентов с УКР и тревожно-депрессивными расстройствами, перенесших COVID-19.

Точка зрения гастроэнтеролога

Завершился симпозиум выступлением Т.Е. Полуниной, д.м.н., профессора кафедры пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, руководителя гепатологического цен-

ВОСТРЕБОВАННЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

реклама

РУ: ЛСР-004850/10

Холитилин®

Холина альфосцерат

Препарат выбора для лечения выраженных возрастных нарушений деятельности мозга[1]

РУ: ЛП-001935

Комбинация разработана совместно с академиком Яхно Н.Н.

Винпотропил®

Винпоцетин + пирацетам

Усиленный ноотроп в удобной форме выпуска делимой таблетки 10/800

РУ: ЛСР-008177/10

МексиВ 6®

Этилметилгидроксиперидина сукцинат + витамин В6 + Mg [2,3]

Уникальная комбинация для повышения устойчивости мозга к гипоксии, терапии астенических и тревожных состояний

РУ: ЛП-004473, ЛП-004527

Цересил® Канон

Цитиколин

Надежный нейропротектор с первых дней терапии ишемического инсульта и черепно-мозговых травм

С полной инструкцией по препаратам можно ознакомиться на сайте canonpharma.ru в разделе неврология. [1] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1228н. [2] Громова О.А . Неврология, нейропсихиатрия и психосоматика. 2017; 9 (1): 42 -49. [3] Камчатнов П.Р. и соавт. Больной с хронической цереброваскулярной патологией на амбулаторном приеме, Поликлиника 2/2018 .

КАНОНФАРМА продакшн
www.canonpharma.ru

ЗАО «Канонфарма продакшн»
141100, Московская область, г. Щелково, ул. Заречная, д. 105
Тел.: +7 (495) 797-99-54, +7 (495) 797-96-63

GMP
ДОСТУПНЫЕ ЦЕНЫ

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

На фоне терапии МексиВ 6 также был зафиксирован выраженный регресс всех нарушений. Снижались симптомы тревожно-депрессивных расстройств и астенические проявления, наблюдалась положительная динамика когнитивных функций. Побочных эффектов не наблюдалось, переносимость была хорошей.

тра ЕМС. Она рассказала об алгоритмах диагностики и лечения заболеваний кишечника в эпоху COVID-19. В первую очередь специалист объяснила механизмы поражения ЖКТ при COVID-19: «Первичное повреждение ЖКТ, при котором SARS-CoV-2 передается через пищеварительный тракт, связано с воспалением и развитием «цитокинового шторма», сопутствует повреждению легких. Вторичное повреждение ЖКТ связано с легочной инфекцией, в этом случае вирус передается респираторным путем. Дисбиоз кишечника также может быть причиной первичного или вторичного повреждения ЖКТ».

АТФ 2 и трансмембранная сериновая протеаза 2 экспрессируются во многих тканях человека, включая пищевод, легкие, печень, почки, эпителий головного мозга, толстый или тонкий кишечник. Эти ткани являются мишенями для SARS-CoV-2 на ранней фазе инфекции, когда высокая вирусная нагрузка вызывает проблемы с кишечником. Вирус SARS-CoV-2 активирует кишечные рецепторы АТФ 2, вызывая воспаление (энтерит) и диарею.

Морфологические изменения в ЖКТ при COVID-19 проявляются симптомами вирусного гастроэнтерита и заключаются в повышении плотности лимфоплазмоцитарного клеточного инфильтрата и отеке собственной пластинки слизистой оболочки. Характерные для системных проявлений COVID-19 расстройства кровообращения могут наблюдаться в стенке ЖКТ и в наиболее тяжелых случаях приводить к некрозу и развитию гангрены кишки. При диагностике фибринозного колита у больных COVID-19 необходимо помнить о возможном развитии лекарственных, в частности антибиотик-ассоциированных, форм колита. Также важно отметить, что рецептор АТФ 2 в норме хорошо представлен в цитоплазме эпителиальных клеток ЖКТ.

Алгоритм ведения пациентов с подозрением на COVID-19 с желудочно-кишечными симптомами предполагает подтверждение коронавирусной инфекции, определение температуры, дифференциальную диагностику COVID-19, синдрома раздраженного кишечника (СРК) и воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), исключение инфекции *C. difficile*. При COVID-19 наблюдаются следующие гастроэнтерологические симптомы: потеря аппетита (до 78,6%), диарея (до 49,5%), тошнота, рвота (до 30%), боль в животе (нечасто – 2,2–6%, в отличие от СРК и ВЗК), потеря вкуса, обоняния (до 88%). В дифференциальной диагностике могут помочь и лабораторные исследования. При COVID-19 может быть снижен уровень гемоглобина, содержание тромбоцитов, отмечаются лейко- и лимфопения, повышены уровни лактатдегидрогеназы и ферритина крови, может быть повышен уровень фекального кальпротектина.

В настоящее время накоплен опыт назначения пациентам с COVID-19 и постковидным синдромом, у которых развились поражения кишечника, 5-аминосалициловой кислоты – препарата Кансалазин®, обеспечивающего местный противовоспалительный эффект. Препарат выпускается в различных дозировках, назначается персонифицированно при язвенном колите и болезни Крона на стадии обострения и в качестве поддерживающей терапии. Кансалазин® биоэквивалентен оригинальному препарату месалазина – усредненная динамика концентрации активного вещества после приема сравниваемых препаратов практически идентична. Разработана схема ступенчатой терапии язвенного колита с помощью препарата Кансалазин®: сначала ректальные суппозитории в течение 2 нед.; затем, если местное лечение неэффективно, еще на 2 нед. назначается прием 1–2 таблеток Кансалазина® 3 р./сут (суточная дозировка 1,5–3 г).

Кансалазин® – препарат, включенный в рекомендации по терапии (1-я линия) язвенного колита и болезни Крона. Это единственный отечественный препарат месалазина. По сравнению с препаратами месалазина в дозировке 400 мг, Кансалазин® 500 мг имеет большую дозировку, что уменьшает количество принима-

емых таблеток и количество упаковок на курс терапии.

Был проведен опрос среди 1255 пациентов, перенесших COVID-19. У 90% стресс усиливал симптомы СРК, у 75% это нарушало повседневную активность. По данным зарубежных исследователей, на фоне пандемии ухудшение течения заболевания происходило у 18,6% пациентов с функциональной диспепсией, у 31,9% – с СРК, у 50,7% – с их сочетанием. А гастроинтестинальные симптомы поражения ЖКТ среди клинических проявлений COVID-19 отмечались у 90,28% опрошенных.

Докладчик обратила внимание на лекарственный препарат мебеверин (Спарекс®). Мебеверин – это селективный спазмолитик миотропного действия, он оказывает прямое действие на гладкую мускулатуру ЖКТ, устраняет спазм без влияния на нормальную перистальтику кишечника и желчного пузыря, не обладает антихолинергическим действием. Препарат блокирует Na^+-каналы, Ca^{++}-депо, ограничивает выход K^+ из клетки и препятствует развитию гипотонии. Спарекс ® производится по технологии матричного высвобождения лекарства, которая обеспечивает необходимую концентрацию активного вещества в течение 12 ч, быстрый и пролонгированный эффект при боли и дискомфорте в кишечнике любого происхождения, отличается удобной схемой приема (1 капсула 2 р./сут), хорошей переносимостью, гибкостью курса лечения. Применение мебеверина разрешено с 12 лет, он входит в перечень ЖНВЛП, доступен по цене. Спарекс® биоэквивалентен референтному препарату, содержащему мебеверин.

В заключение Т.Е. Полунина отметила: «Слизистая оболочка ЖКТ является важнейшими «воротами» для проникновения вируса SARS-CoV-2 в организм, что особенно опасно для лиц с уже нарушенной функцией слизистой оболочки и имеющих такие заболевания, как ВЗК, энтероколиты и другие патологии ЖКТ. Среди симптомов нарушения функций ЖКТ важнейшим является диарея, вызванная SARS-CoV-2. Основную роль при лечении коронавирусной инфекции, профилактике постковидных осложнений в реабилитационный период играет рациональный подбор лекарственной терапии для детоксикации организма и восстановления функции ЖКТ».

Вирусно-микробно-тканевой комплекс ЖКТ – это входные ворота, колыбель и промоутер инфекции COVID-19. По словам эксперта, сейчас накоплено много данных, подтверждающих эту точку зрения. Исследователи приходят к выводу, что кишечная дисфункция – первопричина нарушений липидного обмена, появления «мозгового тумана».

Выводы

В заключение симпозиума была организована дискуссия, в рамках которой эксперты обсудили вероятные причины и механизмы влияния вируса COVID-19 на организм. В частности, профессор Лазебник обратил внимание на связь между перенесенным заболеванием, поражениями органов ЖКТ и мозга. Было отмечено, что есть данные о влиянии иннервации кишечника на процессы в головном мозге и наоборот. Течение СРК осложняется стрессовыми ситуациями, это доказано научными данными. Л.Б. Лазебник подчеркнул: «Все догадки, которые мы выдвигаем в отношении патогенеза поражений различных органов и систем, имеют под собой серьезную морфологическую основу. Есть данные, что при дисбиозе, когда подавляется рост бифидобактерий, развиваются серьезные когнитивные нарушения». Отрицательный эффект увеличивают и характерные для постковидного синдрома депрессивные расстройства, страх перед заболеванием и вынужденная социальная изоляция.

Профессор Гриневич отметил, что в настоящее время ведение больных COVID-19 и с постковидным синдромом стало более контролируемым, поскольку появилось большое количество препаратов, позволяющих корректировать возникающие осложнения. Он также коротко сформулировал точку зрения кафедры терапии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова: «Вирусно-микробно-тканевой комплекс ЖКТ – это входные ворота, колыбель и промоутер инфекции COVID-19». По словам эксперта, сейчас накоплено много данных, подтверждающих эту точку зрения. Исследователи приходят к выводу, что кишечная дисфункция – первопричина нарушений липидного обмена, появления “мозгового тумана”».

СПАРЕКС®
Мебеверин

НАПРАВЛЕННОЕ ДЕЙСТВИЕ ТОЧНО В ЦЕЛЬ!

- Селективный эффект при спазме и боли в животе[1,2]
- Удобный прием — 1 капсула с пролонгированным высвобождением 2 раза в сутки[1,3]
- Упаковка №30 — для приема по требованию и №60 — для курсового приема[1,4]

ЛСР-004416/09

реклама

При боли, спазме и дискомфорте в области живота

КАНОНФАРМА продакшн

www.canonpharma.ru

141100, Московская область,
г. Щелково, ул. Заречная, д. 105
Тел.: +7 (495) 797-99-54, +7 (495) 797-96-63

[1] Инструкция по медицинскому применению препарата Спарекс® капсулы с пролонгированным высвобождением, ЛСР-004416/09 от 04.06.2009 (переоформление 28.06.2021) , с учетом изменений 1-5; [2] Eisenburg J., Kruis W. 1978; Connel A.M., 1985, Evans P.R., Back Y.T. 1996; [3] По сравнению с таблетками Мебеверин, которые принимаются 3 раза в сутки согласно инструкции по медицинскому применению препарата Спарекс® таблетки, покрытые пленочной оболочкой, ЛП-005631 от 08.07.2019 (переоформление 13.09.2019), с учетом изменения 1; [4] Сайфутдинов Р. Г. Возможности применения российского препарата Спарекс при обострении хронического панкреатита. Медицинский альманах №1 (47); 2017.

Доступен в аптеках и на интернет-площадках

здравсити apteka.ru Ютека СБЕР ЕАПТЕКА

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ