

# ОТЧЕТ О СИМПОЗИУМЕ, ПОСВЯЩЕННОМ ПЕЧЕНОЧНОМУ ПРОТЕКТОРУ ЛАЕННЕК

16–18 мая 2018 г. в городе Санкт-Петербурге состоялся 20-й Юбилейный международный Славяно-Балтийский научный форум «Санкт-Петербург – Гастро-2018» и XIX съезд Научного общества гастроэнтерологов России (НОГР). Новому печеночному протектору Лаеннек посвящен симпозиум, организованный при поддержке медицинской корпорации «РАНА». Журнал «Медицинский совет» публикует отчет об этом событии. Председатели симпозиума: Л.Б. Лазебник, О.Н. Минушкин, В.Г. Радченко.

Открывая симпозиум, профессор Минушкин подчеркнул, что на сегодняшний день в мире насчитывается более 2 млрд человек, страдающих заболеваниями печени, и каждый год регистрируется 2–3 млн новых случаев заболеваний (вирусных, токсических, алкогольных, лекарственных). Это можно понять, потому что увеличивается количество гепатотропных вирусов, большинство лекарств метаболизируется в печени; печень является главным детоксицирующим органом. Основной группой препаратов, которая используется для лечения заболеваний печени, являются печеночные протекторы. Требования к идеальному гепатопротектору были сформулированы R. Preisig в 1970 г. По его мнению, печеночный протектор должен обладать:

- выраженной способностью связывать высокоактивные повреждающие соединения или предотвращать их образование;
- уменьшать степень воспаления;
- подавлять фиброгенез;
- стимулировать регенерацию печени;
- стимулировать естественный метаболизм;
- стимулировать синтез желчных кислот;
- не обладать токсичностью;
- влиять на патогенез заболевания [1].

Иметь (найти) идеальный печеночный протектор вряд ли возможно, но появление каждого нового препарата достойно того, что бы с ним было знакомо максимально большое количество врачей.

Первое сообщение о препарате Лаеннек было сделано профессором Минушкиным, в котором были рассмотрены

вопросы истории создания препарата, его физиологические эффекты и данные отечественных исследований. Кроме этого, были рассмотрены вопросы терминологии и представлена современная классификация печеночных протекторов, на основании которой может быть выбран адекватный препарат для данной конкретной клинической ситуации. В сообщении были представлены следующие разделы.

## Определение, терминология, некоторые вопросы истории

Факторы роста – это белки, которые стимулируют рост, созревание, дифференцировку клеток, наделение их функциональной активностью и контролируют биологическую жизнь клеток. Они могут функционировать и как сигнальные молекулы, осуществляя взаимодействие между клетками (морфологическое и функциональное). Первое вещество, названное «фактором роста», было открыто биологами Стенли Козном и Ритой Леви-Монтальгини в 1952 г. Они получили Нобелевскую премию за это открытие в 1986 г.

На сегодняшний день открыты десятки факторов роста. Только в плаценте выявлено более 4000 различных белков, многие из которых идентифицированы и сертифицированы. К получению препарата (1958) из гидролизата плаценты причастен профессор Хиата-Кинтаро, который был создателем этого препарата, полностью воплотив идею В.П. Филатова – «концепцию тканевой терапии» (1945) в практике.

## Информация о препарате

Лаеннек – экстракт человеческой плаценты.

Состав:

- Фактор роста (HGF, ФРГ – фактор роста гепатоцитов, NGF, ФРН – фактор роста нейронов, EGF, ФРЭ – фактор роста эпидермиса, FGF, ФРФ – фактор роста фибробластов, CSF, ФРК – фактор роста колоний, IGF, ИФР – инсулиноподобный фактор роста, TGF, ТФР – трансформирующий фактор роста).
- Цитокины (интерлейкины 1–6, 8, 10, 12; эритропоэтин, интерферон).
- Низкомолекулярные пептиды.
- Нуклеиновые кислоты.
- Органические кислоты (всего 18).



Реклама.

- Аминогликозиды (уроновая, гиалуроновая кислоты).
- Витамины B1, B2, B3, C, D, PP.

Препарат зарегистрирован в РФ в 2003 г., однако до 2008 г. препарат использовался в качестве процедуры, которая оказывалась только в условиях клиники «РАНА» (по требованию создателей) и только с 2009 г., где препарат можно было приобрести в аптеках и использовать по показаниям.

#### *Фармакологические свойства Лаеннека*

- Стимуляция регенерации печени.
- Липотропная активность (уменьшение общего содержания липидов и холестерина в печени).
- Влияние на тканевое дыхание (за счет повышения активности дегидрогеназы янтарной кислоты).
- Подавление развития фиброза (замедление и обратное развитие фиброза печени и не только).
- Противовоспалительное действие.
- Противоаллергическое действие.
- Восстановление апоптоза (борьба с замедлением старения, омоложение).

**Изучение эффективности препарата Лаеннек** в лечении хронических заболеваний печени, основанное на двойном слепом контролируемом исследовании:

1. Кэичпро Ивamura (1-я кафедра терапии Токийского медуниверситета).
2. Юкихиса Уэно (терапевтическое отделение больницы «Мисюху»).
3. Кунио Окуда (1-я кафедра университета префектуры Тиба).
4. Хидэмаса Окумура (1-я кафедра терапии Японского медуниверситета).
5. Рега Омори (терапевтическое отделение больницы «Сэисе-дзи»).
6. Садао Кобаяси (1-я кафедра терапии университета).
7. Саузуо Сакаи (терапевтическое отделение больницы г. Сакаи).
8. Тацуру Такисею (3-я кафедра терапии медуниверситета Киото).

Объектами исследования и анализа стали 124 больных (ХГ, ЦП). Препарат вводили в/в 2 мл 1 раз в день; в качестве плацебо – физиологический раствор. Двойное слепое контролируемое исследование (Лаеннек получали 58, плацебо – 66).

Исключались: опухоли, заболевания осложненного течения, требующие активного фармакологического воздействия.

Исследование и оценка проводились исходно через 2, 4, 6, 8 недель лечения. Только у одного больного зафиксирован зуд в месте инъекции. Было сделано заключение: лечение препаратом Лаеннек (по динамике АСТ, АЛТ, ЩБ, Б) оценено как заметное положительное с нарастанием эффекта по времени использования; ускоряет восстановление печени, повышает общий тонус организма.

#### **Прочие данные (Япония)**

- ФРГ – в концентрациях 1–10 нг/мл заметно тормозит пролиферацию клеток рака печени линии Нер С2, кле-

ток меланомы В6/F1 и клеток плоскоклеточного рака. Этот эффект имеет цитостатическую природу (кафедра биологии Университета Киушу).

- Усиливает миграцию эпителиальных клеток разных типов.
- Не обладает тератогенным действием.
- Обладает высокой противогепатической активностью.
- В США и Европе используется как средство против старения.
- В конечном продукте плаценты, из которой добывается гидролизат, полностью отсутствуют гормоны, вирусы (как известные, так и неизвестные).
- Может использоваться у беременных и кормящих женщин.
- Может вводиться в/в, п/к, в/м, в/к.
- Показания к использованию: острый гепатит А, В, С; очаговая алопеция, дерматиты.

Профессор Минушкин обратил внимание на то, какое место занимает Лаеннек в структуре лечения заболеваний печени в РФ. Привел классификацию, где наглядно отражено место препарата Лаеннек в общей структуре лечения заболеваний печени:

*Классификация печеночных протекторов* (Минушкин О.Н., Масловский Л.В., Букшук А.А., 2012):

1. Препараты с преимущественным воздействием на синдром цитолиза, уменьшающие жировую инфильтрацию печени: Эссенциале форте Н, Ливалин форте, Эссливер, Фосфоглив.
2. Препараты с преимущественным воздействием на синдром холестаза:
  - препараты урсодезоксихолевой кислоты: Урсосан, Урсофальк и др.,
  - препараты, содержащие S-аденозилметионин, – Гептрал.
3. Препараты с преимущественно детоксицирующим действием:
  - применяющиеся при острой и хронической алкогольной интоксикации: Метадоксил, Ропрен,
  - применяющиеся при лекарственных и других токсических поражениях,
  - содержащие флавоноиды расторопши: Легалон, Карсил, Силимар, Гепабене,
  - содержащие флавоноиды других растений: Хофитол.
4. Препараты с предположительным антифибротическим действием, рекомендованные к применению в стадии цирроза печени: ЭФЛ (при отсутствии холестаза):
  - препараты, содержащие флавоноиды расторопши: Легалон, Карсил, Силимар,
  - препараты группы полипенолов: Ропрен,
  - препараты урсодезоксихолевой кислоты: Урсосан, Урсофальк.
- 4.1. Препараты с доказанным антифибротическим действием – Лаеннек.
5. Препараты с предположительной противовирусной активностью (ингибирующие репликацию вируса гепатита С): препараты, содержащие флавоноиды расторопши: Силибин, Силимарин (экспериментальные данные); переводящие вирус в латентное состояние и стимулирующие синтез интерферона: Лаеннек.

6. Препараты, стимулирующие регенерацию печеночной клетки и модулирующие иммунную систему: Лаеннек.
7. Препараты с комбинированным гепато- и нейротропным действием, влияющие на состояние центральной и/или периферической нервной системы: Метадоксил, Ропрен, Гептрал, препараты альфа-липоевой кислоты, Лаеннек.

Также профессор привел результаты клинических исследований, проведенных в РФ.

## РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

### I. Пререгистрационные исследования

Были проведены на 2 базах – кафедре гастроэнтерологии Учебно-научного медицинского центра УД Президента РФ (завкафедрой – профессор О.Н. Минушкин) (центр 1) и кафедре гастроэнтерологии Института усовершенствования врачей МО РФ (завкафедрой – профессор А.В. Калинин) (центр 2).

*Задачами исследования явились:*

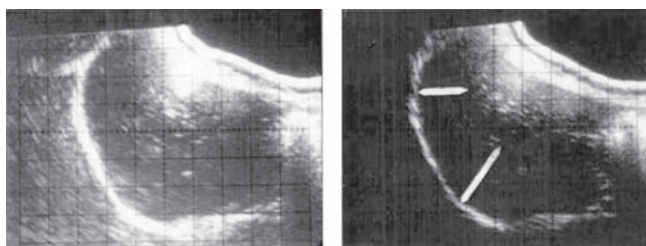
- Оценка терапевтической эффективности препарата Лаеннек.
- Оценка переносимости и безопасности применения препарата Лаеннек (раствор для инъекций 4 мл) при внутривенном капельном введении в 500 мл 5% раствора глюкозы по схеме (1 введение в день в течение 14 дней) у больных с алкогольными и неалкогольными стеатогепатитами.

*Критерии включения:*

- Больные стеатогепатитами (алкогольного и неалкогольного генеза) – 60 больных.
- Мужчины и женщины в возрасте от 18 до 60 лет.
- В биохимическом анализе крови должно фиксироваться повышение показателей биохимических маркеров заболеваний печени, характеризующих стеатогепатиты (АсАТ и АлАТ, и/или гамма-ГТ, и/или ЩФ, и/или билирубина), в два и более раза.
- При УЗИ определялись признаки стеатоза печени и его выраженность.
- Информированное согласие на участие в исследовании.

В исследовании использованы УЗИ-критерии оценки состояния жировой дистрофии печени: ультразвуковые параметры жировой дистрофии печени, эхогенность, размеры печени, измерение столба затухания эхосигнала (мм) – при выключенном сигнале усиления по глубине, истончение и фрагментация линии диафрагмы (рис. 1).

**Рисунок 1.** Измерение столба затухания эхосигнала при выключенном сигнале усиления по глубине



*Критерии исключения:*

- Возраст менее 18 лет, более 60 лет.
- Беременность (в частности, планирующаяся), лактация.
- Продолжающееся злоупотребление алкоголем.
- Необходимость приема во время исследования препаратов кортикостероидного ряда, противовирусных препаратов и иммунодепрессантов.
- Повышенная чувствительность к Лаеннеку.
- Наличие тяжелых сопутствующих психоневрологических, сердечно-сосудистых, легочных, почечных и других соматических заболеваний.
- Злокачественные новообразования любой локализации.
- Невозможность начать лечение в течение 2 дней после первичного исследования.
- Участие пациента в любом другом исследовании.

*Схема проведения лечения*

- Для клинических испытаний препарат Лаеннек был использован в лекарственной форме «раствор для инъекций в ампулах по 2 мл».
- Суточная доза препарата Лаеннек в данном исследовании составляла 4 мл (2 ампулы).
- Доза вводилась однократно целиком в 500 мл 5% раствора глюкозы (2 ампулы Лаеннека).
- Препарат вводился ежедневно в течение 14 дней.

Результаты лечения представлены в *таблицах 1–4*.

На основании проведенных исследований было сделано общее заключение:

1. Препарат Лаеннек эффективен в лечении больных с алкогольными и неалкогольными стеатогепатитами.
2. Средняя продолжительность лечения при ежедневном внутривенном введении 4 мл (2 ампулы) составляет 2 недели, но у части больных она может быть при необходимости увеличена.
3. Препарат характеризуется хорошей переносимостью, побочных эффектов не наблюдали.

### II. Пострегистрационные исследования

**A.** 1-я группа – 50 больных хроническим активным гепатитом С, у которых противовирусная терапия не приводила к элиминации вируса и нормализации трансаминаз: 45 мужчин, 5 женщин (возраст от 32 до 58 лет), продолжительность болезни от 3 до 6 лет.

Лечение: интерферон + Веро-Рибавирин в принятых дозах (6 месяцев терапии – вирус сохранился, трансаминазы сохранили исходные позиции). Для преодоления резистентности к лечению был назначен Лаеннек 2 мл х 3 раза в неделю в/м (3 мес.) с эффектом. Общая продолжительность лечения составила 14 месяцев. Резистентность к лечению была преодолена.

У 4 больных эффекта получить не удалось (8%).

**B.** 2-я группа – 50 больных – гепатит В и С сог ВС; В, ТТВ.

Проводилась противовирусная терапия: сочетание интерферона с рибавирином. Лечение (введение интерферона) сопровождалось высокой температурой, мышечной слабостью, головной болью, гематологическими осложнениями (анемия, лейкопения, тромбоцитопения).

**Таблица 1. Жалобы больных исходно и их динамика к концу лечения**

Жалобы (симптомы)	Абсолютное число больных	
	До лечения	После лечения
Боли, дискомфорт в эпигастрии и правом подреберье	38	3
Общая слабость	40	2
Повышенная утомляемость	26	4
Тошнота	10	-
Изжога	10	-
Отрыжка	10	-
Снижение аппетита	11	-
Учащенный стул	5	1
Метеоризм	15	-
Боли по ходу толстой кишки	9	2

Лаеннек был выбран в данной ситуации в связи с противовирусным, иммуномодулирующим эффектами и фактором роста колоний. Препарат вводили по 4 мл в/в капельно 2 раза в неделю №10 на курс. Удалось преодолеть гематологические осложнения и продолжить противовирусное лечение; купировать лихорадку после введения интерферона и уменьшить мышечную слабость.

Переносимость введения интерферона улучшилась, и терапия была доведена до логического завершения.

**В.** 3-я группа – 55 больных ХГ (различной этиологии: В, С как исход СГ при неалкогольной жировой дистрофии печени) в стадии цирроза печени. Все больные имели железо- или В12-дефицитную анемию, резистентную к лечению факторами дефицита:

- легкой степени – 15 больных,
- среднетяжелой и тяжелой – 40 больных.

Для преодоления резистентности анемии был назначен Лаеннек в сочетании с железом и витамином В12 (в адекватных анемии дозах). Лаеннек вводили по 4 мл всего 3 введения на курс через день. Ретикулоцитарный криз был зарегистрирован на 10-й день у 48 больных, на 15-й день – у 7 больных. Повышенный уровень ретикулоцитов сохранялся на протяжении 1–2 мес. Положительная динамика НВ, эритроцитов, СОЭ фиксировалась в течение двух месяцев. Отмечалась также положительная динамика: АСТ, АЛТ, ЩФ и билирубина. Резистентность лечения анемий была преодолена за счет эритропоэтина, содержащегося в Лаеннеке.

**Г.** 4-я группа. Институт физиологии им. П.К. Анохина (директор – академик РАНН К.В. Судаков). Проведено изучение влияния препарата Лаеннек на вегетативные отношения у 60 пациентов с «синдромом хронической усталости» (СХУ), в основе развития которого лежало физическое переутомление, которое приводит к изменению взаимоотношений симпатического и парасимпатического отделов ВНС, что фиксировалось в нарушении

деятельности ССС (нарушение ритма и проводимости). При этом было показано, что очень важен исходный тонус ВНС (нормотоники, симпатикотоники). Эффект влияния Лаеннека зависел от исходной позиции. В конечном результате происходила нормализация взаимоотношений и купирование СХУ.

Был сделан вывод: Лаеннек может быть использован в реабилитации больных с СХУ [2].

**На основании проведенных исследований были сделаны следующие выводы:**

- Являясь печеночным протектором, Лаеннек может быть использован при острых и хронических воспали-

**Таблица 2. Динамика биохимических показателей до и после лечения Лаеннеком (центр 1 – неалкогольный стеатогепатит)**

Показатели	Норма	До лечения	После лечения
АлАт (МЕ)	7–40	59,8 ± 9,7	40,6 ± 8,0
АсАт (МЕ)	11–37	39,7 ± 9,9	35,3 ± 8,6
ГГТп (МЕ)	11–50	129,5 ± 10,3	74,9 ± 6,4*
ЩФ (МЕ)	100–290	84,3 ± 5,3	85,0 ± 4,2
Билирубин (моль/л)	До 21	12,3 ± 0,9	10,3 ± 0,6
Холестерин (мг/л)	120–200	264,7 ± 25,7	201,0 ± 12,8

\* Разница достоверна по сравнению с исходным уровнем.

**Таблица 3. Динамика биохимических показателей до и после лечения Лаеннеком (центр 2 – алкогольный стеатогепатит)**

№	Показатели	Норма	До лечения	После лечения
1	АлАт (МЕ)	7–40	123,9 ± 89,4	55,9 ± 23,7*
2	АсАт (МЕ)	11–37	108,7 ± 78,8	42,7 ± 26,6*
3	ГГТп (МЕ)	11–50	180 ± 68,3	67,1 ± 15,5*
4	ЩФ (МЕ)	100–290	220,3 ± 10,7	162,6 ± 9,6
5	Билирубин (моль/л)	До 21	18,0 ± 6,1	15,2 ± 2,6
6	Холестерин (мг/л)	120–200	5,5 ± 1,0	5,3 ± 0,6

\* Разница достоверна по сравнению с исходным уровнем.

**Таблица 4. Оценка общей эффективности лечения Лаеннеком у больных с алкогольным и неалкогольным стеатогепатитом**

Эффективность	Абсолютное количество больных (%)
Плохая	2 (3,4%)
Удовлетворительная	4 (6,8%)
Хорошая	38 (64,4%)
Отличная	15 (25,4%)



тельных и метаболических болезнях печени (эффективность лечения составила 92%).

■ Лаеннек может быть использован для преодоления резистентности к противовирусному лечению больных вирусными гепатитами (острыми и хроническими).

■ Лаеннек может быть использован для уменьшения тяжести реакций на введение интерферона.

■ Лаеннек может быть использован для лечения развившихся гематологических реакций (лейкопения, тромбоцитопения, анемия), что позволяет преодолеть эти осложнения и продолжить противовирусное лечение.

■ Лаеннек может быть использован у больных с ХЗП и дефицитными формами анемий (железо и В12), резистентными к факторам дефицита (для преодоления резистентности).

Отечественными исследователями получен широкий спектр эффектов Лаеннека, открывающий новые перспективы его клинического использования.

1. Наличие в составе препарата инсулиноподобного фактора роста (ИФР) предполагает возможность его использования в лечении сахарного диабета 2-го типа, особенно форм, резистентных к проводимому лечению.
2. Способность стимулировать регенерацию может быть использована у больных, страдающих труднозаживающими язвами желудка и 12-перстной кишки.
3. Наличие в комплексе Лаеннека фактора роста нервов позволяет его использовать для лечения полиневритов, осложняющих течение цирроза печени.

Оценке эффективности лечения хронической печеночно-клеточной недостаточности препаратом Лаеннек было посвящено выступление **профессора В.Г. Радченко** (СЗГМУ имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург). В сообщении дается определение печеночной недостаточности, которая квалифицируется как состояние, характеризующееся стойким снижением или полным выпадением одной, нескольких или всех функций печени, приводящих к нарушению жизнедеятельности организма в целом.

Приводятся стадии печеночной недостаточности:

■ *I стадия (компенсированная)* – функциональные возможности печени сохранены. Характеризуется появлением диспепсических расстройств, слабовыраженной интоксикации.

■ *II стадия (декомпенсированная)* – печень лишь частично выполняет свои функции, наблюдается нарастание диспепсических расстройств, интоксикации, симптомов поражения нервной системы в виде торможения, потери памяти, нарушения координации движения, появляется печеночный запах изо рта, возможны кратковременные потери памяти.

■ *III стадия (терминальная)* – значительное снижение функциональных возможностей печени. Проявляется развитием синдромов холестаза, портальной гипертензии, нарушения свертывания крови, энцефалопатии.

■ *IV стадия (печеночная кома)* – печень полностью не функционирует. Наблюдается отек головного мозга, потеря сознания, снижение рефлексов, полиорганная недостаточность.

Приводятся и ведущие синдромы, характеризующие выраженность патологии печени:

■ Синдром цитолиза: повышение АЛТ, АСТ, альдолазы, ЛДГ, билирубина, витамина В12 и железа.

■ Синдром холестаза: повышение уровня щелочной фосфатазы, лейцинаминопептидазы, 5-нуклеотидазы, холестерина, фосфолипидов, липопротеидов низкой и очень низкой плотности, желчных кислот.

■ Синдром печеночно-клеточной недостаточности: снижение количества общего белка, альбумина и его функций, протромбина, холестерина, II, V, VII факторов свертываемости крови. Повышение активной холинэстеразы.

■ Иммуновоспалительный синдром: увеличение уровня иммуноглобулинов класса А, М, G, тимоловой пробы, сулемовой пробы и пробы Вельтмана.

■ Синдром портальной гипертензии и гиперспленизма, который имеет прямое отношение к диагностике, выбору лечения и его интенсивности.

Профессор Радченко обратил внимание на подробный алгоритм диагностики хронической печеночной недостаточности:

■ Исследования крови (клинический анализ крови, факторы коагуляции крови, биохимия крови: глюкоза, калий, креатинин, мочевины, билирубин, альбумин, АсАТ, АлАТ, ГГТП, амилаза, электролиты, определение сывороточных маркеров вирусов гепатита, определение содержания меди, церулоплазмينا, железа, ферритина в сыворотке крови, оценка содержания меди в суточной моче, определение содержания парацетамола и других препаратов в крови – по показаниям, посев крови даже при отсутствии гипертермии).

■ Рентгенография грудной клетки.

■ УЗИ печени и поджелудочной железы.

■ Доплеровское исследование печеночных вен (при подозрении на синдром Бадда – Киари).

■ ЭЭГ в динамике.

■ Исследование прямой кишки (для выявления мелены).

■ Бактериологические исследования мочи, крови и гноя (если имеется).

■ Исследование асцитической жидкости для определения микрофлоры с окраской по Граму.

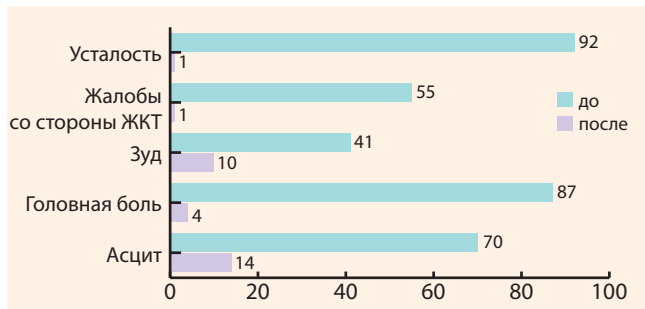
■ Определение содержания альфа-фетопротеина.

После того как диагноз хронической печеночной недостаточности состоялся, приступают к лечению. Основные принципы лечения ХПН приводятся ниже:

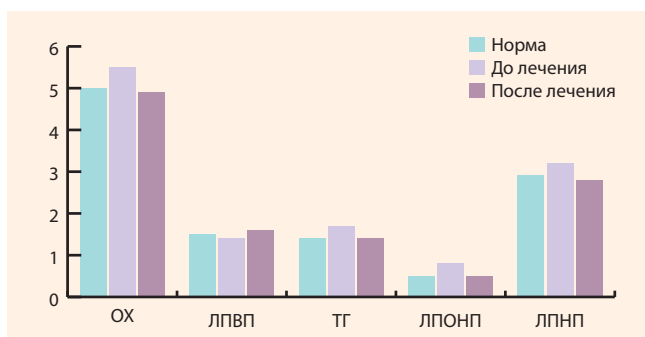
*Принципы лечения хронической печеночно-клеточной недостаточности*

- а) устранение причины прогрессирования заболевания;
- б) проведение симптоматической терапии;
- в) профилактика и лечение осложнений болезни;
- г) соблюдение безбелковой диеты;
- д) очищение кишечника;
- е) коррекция уровня глюкозы, электролитов и других обменных и биохимических показателей;
- ж) основными медикаментами являются лактулоза, антибиотики широкого спектра, аминокислоты, препараты калия, витамины групп В, С, РР, гепатопротекторы;
- з) трансплантация печени.

**Рисунок 2.** Динамика клинических проявлений у больных с печеночной энцефалопатией на фоне приема Лаеннека



**Рисунок 3.** Динамика показателей липидного обмена у больных хроническими заболеваниями печени с проявлением печеночной недостаточности на фоне лечения Лаеннеком



Для оценки эффективности Лаеннека была набрана группа больных (основная – 25 человек и контрольная – 30 больных), преобладали мужчины в возрасте 30–60 лет. Критерием исключения явились:

- алкогольная, наркотическая зависимость,
- возраст менее 30 лет, более 60 лет,
- наличие тяжелых сопутствующих психоневрологических заболеваний,
- сахарный диабет,
- наличие вирусов гепатита В, С, Д,
- болезнь Коновалова – Вильсона,
- опухоль печени,
- желчекаменная болезнь,
- ГЭРБ,

**Таблица 5.** Оценка общей эффективности лечения Лаеннеком

Эффективность	Абсолютное количество больных (%)
Плохая	1 (2,5%)
Удовлетворительная	2 (5,1%)
Хорошая	16 (41,0%)
Отличная	20 (51,2%)

- язвенная болезнь,
- индивидуальная непереносимость препарата.

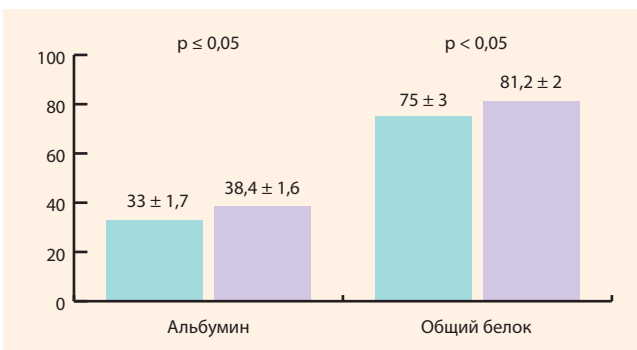
Больные основной группы получали Лаеннек в суточной дозе 4 мл 3 раза в неделю (на курс 15–20 инъекций). Результаты лечения приведены на рисунках 2–12.

Оценка общей эффективности лечения Лаеннеком представлена в таблице 5.

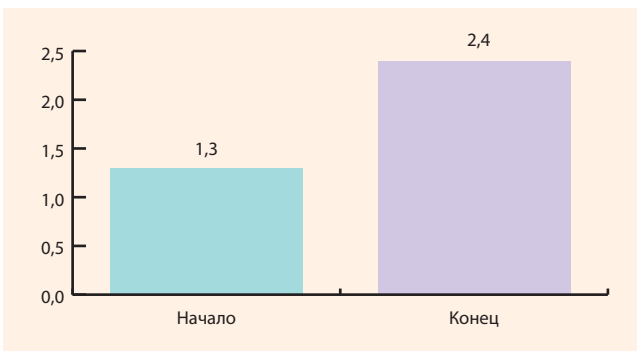
**Общее заключение по использованию препарата Лаеннек у больных хронической печеночной недостаточностью сводится к следующему:**

- Применение Лаеннека по 4 мл через день в течение месяца способствует исчезновению болевого синдрома в правом подреберье, вздутия живота, астеническо-

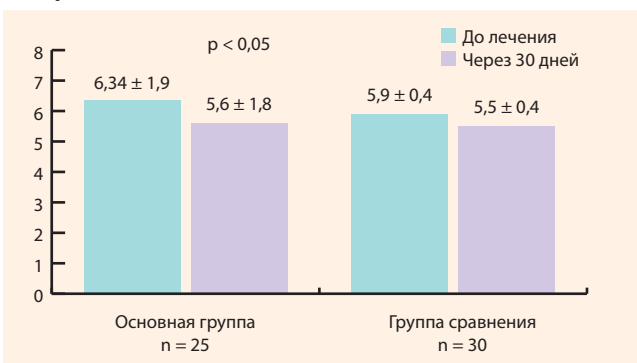
**Рисунок 4.** Биохимические показатели крови на фоне лечения Лаеннеком



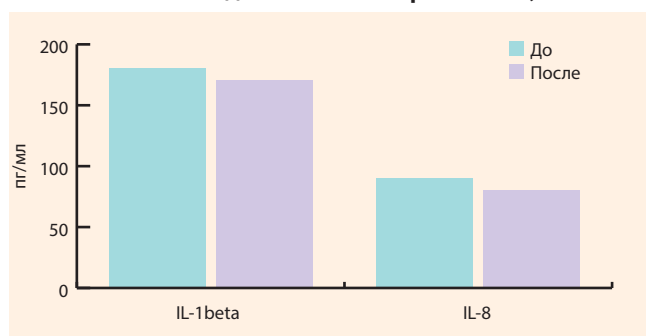
**Рисунок 5.** Изменение индекса Фишера аминокрамм плазмы крови у больных ХАГ на фоне лечения Лаеннеком



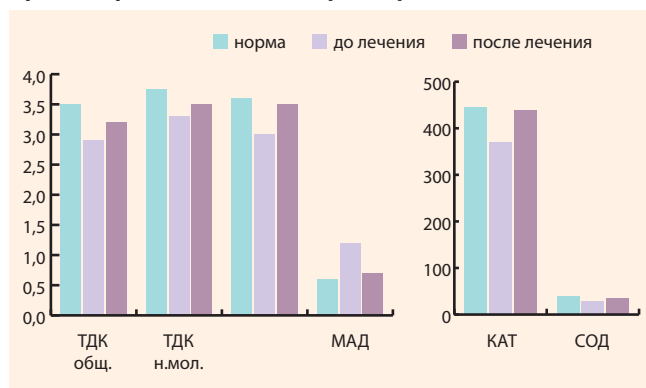
**Рисунок 6.** Изменение мочевины в крови у больных ХАГ на фоне лечения Лаеннеком



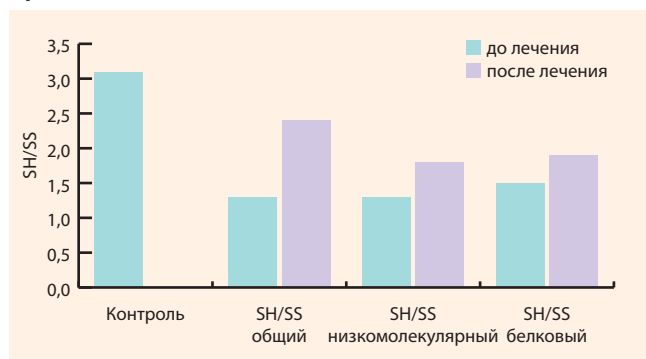
**Рисунок 7. Лаеннек в лечении печеночной энцефалопатии. Показатели динамики в сыворотке IL-1в, IL-8**



**Рисунок 8. Динамика показателей активности ферментного и субстратного звена антиоксидантной системы у исследуемых больных на фоне применения Лаеннека**



**Рисунок 9. Влияние Лаеннека на показатели SH/SS у больных неалкогольным стеатогепатитом**



го синдрома, проявлений печеночно-клеточной недостаточности.

■ Препарат приводит к нормализации количества лейкоцитов и тромбоцитов, показателей цитолитического, холестатического, воспалительного синдромов, белково-синтетической функции печени, показателей обмена железа.

■ Лаеннек нейтрализует перекисные радикалы, повышает активность ферментного и субстратного звена антиоксидантной защиты, уменьшает активность провоспалительных цитокинов и, таким образом, нормализует воспалительный, некробиотический, фибротический процессы в печени.

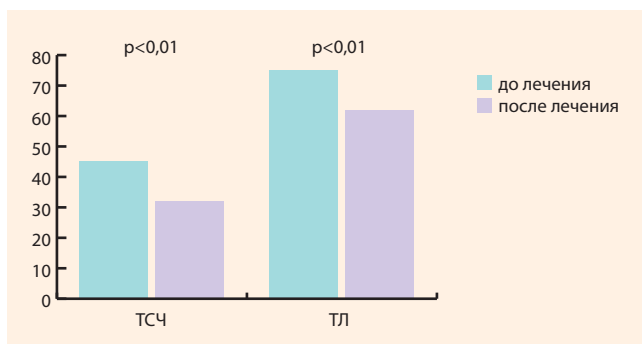
■ Эффективность препарата подтверждается положительной ультразвуковой динамикой структуры печени и желчевыводящих путей.

■ Переносимость препарата была хорошей.

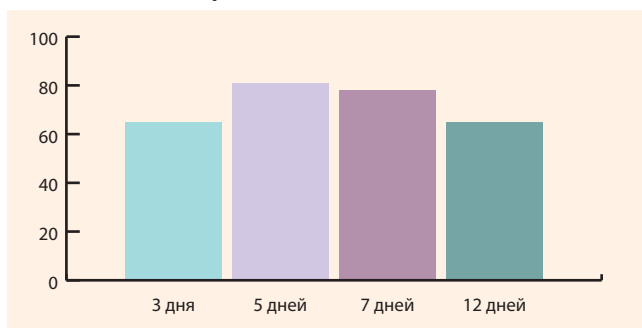
**Профессор Максимов В.А.** представил результаты лечения больных с постхолецистэктомическим синдромом препаратом Лаеннек.

Предпосылкой к настоящему исследованию явилось то, что основным патогенетическим механизмом развития ПХЭС являются большие, чем в норме, потери желчи. Так как исправить вновь возникшие анатомо-функциональные взаимоотношения невозможно, единственно приемлемым способом лечения является стимуляция продукции желчи, что может привести к восстановлению нарушенного взаимоотношения билиарной системы и

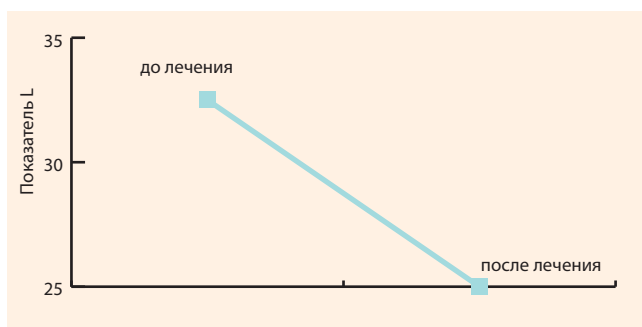
**Рисунок 10. Психометрическое обследование на фоне лечения больных ХАГ Лаеннеком**



**Рисунок 11. Эффективность Лаеннека в лечении печеночной энцефалопатии**



**Рисунок 12. Динамика экзогенности (показатель L) по данным УЗИ до и после лечения Лаеннеком**



**Таблица 6.** Часовой дебит компонентов печеночной желчи у больных, перенесших холецистэктомию на фоне лечения Лаеннеком ( $M \pm m$ )

Компоненты	До лечения	Норма	После лечения	
Часовое напряжение печеночной желчи	97,1 ± 11,4	78 ± 7,0	113,3 ± 9,7	p>0,05
Холевая кислота (n = 11)	0,22 ± 0,03	0,3 ± 0,03	0,37 ± 0,03	p<0,01
Холестерин (n = 11)	0,24 ± 0,03	0,19 ± 0,03	0,33 ± 0,04	p>0,05
Холатахолестериновый коэффициент	0,097 ± 0,01	2,0 ± 0,2	0,13 ± 0,01	p<0,05
Билирубин (n = 11)	0,078 ± 0,009	0,22 ± 0,005	0,096 ± 0,009	p>0,05
Фосфолипиды (n = 11)	0,024 ± 0,004	0,22 ± 0,005	0,046 ± 0,005	p<0,01
Фосфолипиднохолестериновый коэффициент	0,01 ± 0,001	0,19 ± 0,05	0,017 ± 0,002	p<0,01
Кальций (n = 11)	0,12 ± 0,016	0,1 ± 0,012	0,13 ± 0,016	p>0,05
Сиаловые кислоты (n = 11)	6,9 ± 0,8	6,2 ± 0,7	8,1 ± 0,7	p>0,05

работы сфинктеров. В связи с этим была изучена группа больных, в разные сроки перенесших холецистэктомию: 27 больных (от 30 до 60 лет), преобладали женщины (1:2). Исключение составили больные, страдавшие патологией печени и имеющие желчную соматическую патологию в стадии декомпенсации. Больным проводилась монотерапия Лаеннеком в дозе 4 мл на введение; препарат вводили внутримышечно 2 раза в неделю, 8 введений на курс лечения. Дисфункция сфинктера Одди изучалась при помощи ультразвукового исследования (устанавливался тип дисфункции: гипертонический, гипотонический, биохимические показатели (АЛТ, АСТ, ЩФЩ, ГТТП – исходно и после лечения), оценивались клинические проявления).

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

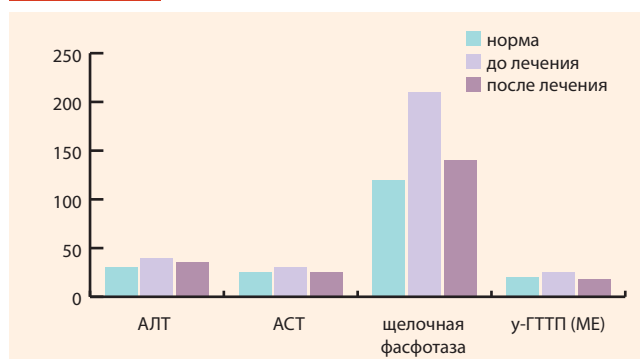
Клинические проявления, и боли в частности, были купированы к концу 2-й недели лечения. Эффект последнего сохранялся 4 недели, затем наступал возврат болевых ощущений в меньшей степени выраженности. Это свидетельствует о том, что в последующем необходим поддерживающий вариант лечения. Динамика биохимических показателей представлена на *рисунке 13*.

Динамика компонентов печеночной желчи (по часовому дебиту) представлена в *таблице 6*.

**На основании представленных данных были сделаны следующие выводы:**

1. Лаеннек положительно влияет на моторику билиарного дерева и сфинктерного аппарата.
2. Этот эффект в первую очередь связан с положительным влиянием на клетки печени, что приводит к сти-

**Рисунок 13.** Динамика биохимических показателей



муляции синтеза желчи с восстановлением ее основных компонентов.

Таким образом, доложенные на симпозиуме материалы (в рамках Славяно-Балтийского форума) заметно расширили круг наших знаний о новом для РФ печеночном протекторе Лаеннек. Это дает нам надежду на расширение возможности в лечении заболеваний печени и не только, потому что состав препарата многокомпонентный, а патология, с которой мы встречаемся, как правило, является комбинированной. Это увеличивает лечебный потенциал препарата.



## ЛИТЕРАТУРА

1. Preisig R. Supplements to the editorial@Liver protection therapy. *Schweiz Rundsch Med. Prax*, 1970, 59: 1559-60.
2. Дудник Е.Н., Судаков К.В. и др. Индивидуальные изменения деятельности сердца на однотипные физические воздействия у лиц с разным тономусом ВНС. *Вестник РАМН*, 2007, 3: 39-43

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ:

**Минушкин Олег Николаевич** – д.м.н., профессор, завкафедрой гастроэнтерологии ЦГМА Управления делами Президента РФ, вице-президент Научного общества гастроэнтерологов России