



ЗАКОФАЛЬК ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ВОСПОЛНЕНИЯ ДЕФИЦИТА МАСЛЯНОЙ КИСЛОТЫ, ВОЗНИКАЮЩЕГО ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ БАЗОВОЙ ТЕРАПИИ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

ЗАКОФАЛЬК[®]_{NMX} для восполнения дефицита масляной кислоты:

- ✓ Дисбиоз толстой кишки
- ✓ Антибиотикотерапия
- ✓ Язвенный колит и болезнь Крона
- ✓ Операция на толстой кишке
- ✓ После перенесенных ОКИ
- ✓ После приема антибиотиков
- ✓ Радиационный и ишемический колиты
- ✓ СРК с запором и диареей
- ✓ Дивертикулярная болезнь кишечника
- ✓ Профилактика рака толстой кишки

ЗАКОФАЛЬК[®]_{NMX} НЕ ЗАМЕНЯЕТ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, НО УСКОРЯЕТ ДОСТИЖЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА

Схема приема

Начальная доза:
3–4 таблетки в сутки
1–2 недели

ЗАКОФАЛЬК[®]_{NMX}



Базовая терапия
основного
заболевания

**Поддерживающая
доза:**
1–2 таблетки в сутки
от 2 недель до
нескольких месяцев

- ✓ Более быстрое купирование симптомов
- ✓ Более стойкая ремиссия

Ускоренная
репарация
и улучшение
слизистой толстой
кишки

**БАД, НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ**

Все
о Закофальке
на сайте

www.zacofalk.ru

Естественные метаболиты нормальной микрофлоры толстой кишки

Возможности клинического применения



**Приверженность пациентов
антихеликобактерной терапии:
как повысить эффективность эрадикации
*Helicobacter pylori***



СХЕМЫ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ HELICOBACTER PYLORI СОГЛАСНО РЕКОМЕНДА- ЦИЯМ РОССИЙСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ 2016 г.^{1 2}

ЭРАДИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ 1-й ЛИНИИ

Стандартная тройная схема:

ИПП в стандартной дозе
2 раза в день 1 месяц
Амоксициллин 1 000 мг
2 раза в день 14 дней
Кларитромицин 500 мг
2 раза в день 14 дней

или

Квадротерапия с препаратами висмута*:

ИПП в стандартной дозе
2 раза в день 1 месяц
Тетрациклин 500 мг 4 раза в день 14 дней
Метронидазол 500 мг 3 раза в день 14 дней
Висмута трикалия дицитрат 120 мг
4 раза в день 14 дней

*например, при непереносимости
антибиотика группы пенициллина

Контроль эрадикации *H. pylori* через 4–6 недель

Выявлена инфекция *H. pylori*?

нет

Эрадикация достигнута, больной излечен

да

ЭРАДИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ 2-й ЛИНИИ

Квадротерапия с препаратами висмута*:

ИПП в стандартной дозе
2 раза в день 1 месяц
Тетрациклин 500 мг 4 раза в день 14 дней
Метронидазол 500 мг 3 раза в день 14 дней
Висмута трикалия дицитрат 120 мг
4 раза в день 14 дней

или

Тройная терапия с левофлоксацином**:

ИПП в стандартной дозе
2 раза в день 1 месяц
Амоксициллин 1 000 мг
2 раза в день 14 дней
Левофлоксацин 500 мг
2 раза в день 14 дней

** может быть назначена
только гастроэнтерологом
по взвешенным показаниям

Контроль эрадикации *H. pylori* через 4–6 недель

Выявлена инфекция *H. pylori*?

нет

Эрадикация достигнута, больной излечен

да

ЭРАДИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ 3-й ЛИНИИ

Подбор препаратов на основании определения индивидуальной
чувствительности *H. pylori* к антибиотикам



ЭРАДИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ HELICOBACTER PYLORI: ПРИЧИНЫ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ

Согласно зарубежным и российским рекомендациям, **стандартная тройная терапия, включающая ингибитор протонной помпы, оригинальные кларитромицин и амоксициллин, остается выбором схемы эрадикации *H. pylori* первой линии**^{1 2}.

Стандартная тройная схема эрадикации является наиболее изученной в мире. **Частота реинфекции *H. pylori* после успешно проведенной эрадикационной терапии крайне низка и составляет 1,7-9%**. Поэтому важно достичь эрадикации, эффективно применяя тройную схему.

К сожалению, отмечается прогрессивное снижение эффективности тройной терапии 1-й линии с 90% до 60%.

ВЕДУЩИЕ ПРИЧИНЫ СНИЖЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ³



³И.В. Маев, Ю.А. Кучерявый, Д.Н. Андреев. Причины неэффективности антихеликобактерной терапии // РЖГК, №6, 2013

¹Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Маев И.В., Баранская Е.К., Трухманов А.С., Лапина Т.Л., Бурков С.Г., Калинин А.В., Ткачев А.В. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению язвенной болезни // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2016; 26(6):40-54

²Ивашкин В.Т., Маев И.В., Шептулин А.А., Лапина Т.Л., Трухманов А.С., Картавенко И.М., Киприанис В.А., Охлобыстина О.З. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональной диспепсии // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2017; 27(1):50-61



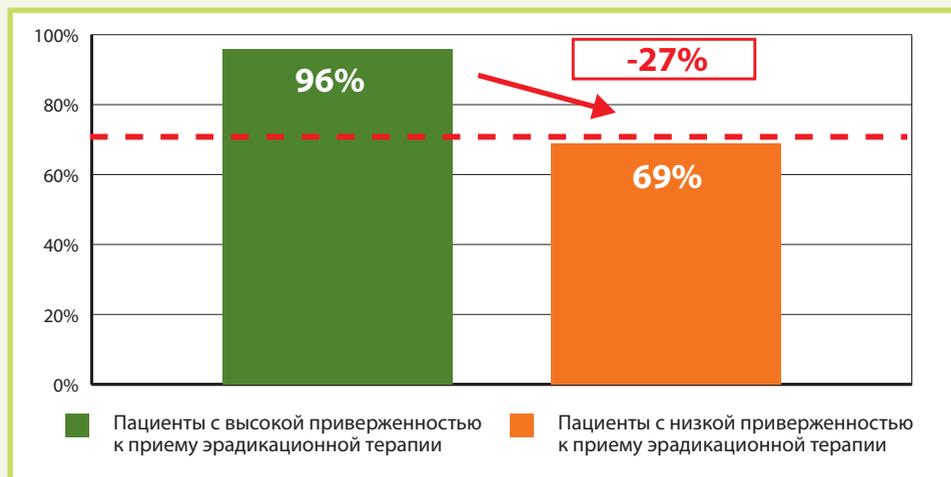
ЭРАДИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ HELICOBACTER PYLORI: ПРИЧИНЫ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ

Антибиотикорезистентность и низкая приверженность пациентов считаются основными причинами неэффективности эрадикации инфекции *H. pylori*. Несоблюдение больными правил применения антибиотикотерапии является чрезвычайно актуальной проблемой для российских пациентов. Исследования, проведенные в России, показали, что **50% (каждый второй пациент) пациентов не соблюдает режим приема антибиотиков, так как ему предписывает лечащий врач⁴.**

Недостаточная приверженность пациентов к приему антибиотиков снижает эффективность эрадикационной терапии⁵

Приверженность пациентов к лечению рассматривается как важнейший фактор успеха эрадикационной терапии *H. pylori*, причем ее отсутствие может быть причиной неудачи при чувствительных к назначенным антибиотикам штаммов *H. pylori* с развитием антибиотикорезистентности. **К числу главных причин снижения приверженности относят развитие побочных эффектов на фоне проводимого лечения.**

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ СНИЖАЕТСЯ У ПАЦИЕНТОВ С НИЗКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ К ЛЕЧЕНИЮ



⁴Синопальников А.И., Зайцев А.А. Антибактериальная терапия инфекций дыхательных путей с позиции комплаентности пациентов // Фарматека, №5, 2009.

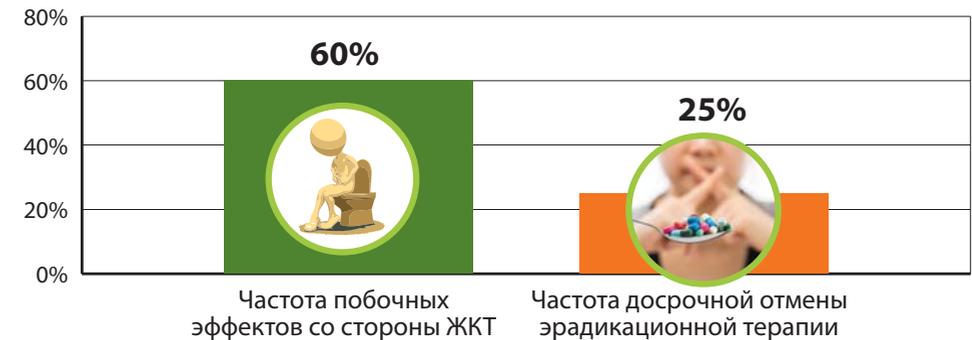
⁵Graham D.Y., Lew G.M., Malaty H.M. et al. Factors influencing the eradication of *Helicobacter pylori* with triple therapy // Gastroenterology. – 1992. – Vol. 102. – P. 493–496.



ЭРАДИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ HELICOBACTER PYLORI: НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЯВЛЕНИЯ МОГУТ ПРИВОДИТЬ К ДОСРОЧНОМУ ПРЕКРАЩЕНИЮ ЛЕЧЕНИЯ

Частота побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) при использовании различных схем эрадикационной терапии весьма вариабельна и составляет от 22 до 60%⁶.

НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНАЯ ПЕРЕНОСИМОСТЬ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ ПРИЧИНОЙ ДОСРОЧНОГО ПРЕКРАЩЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ⁶



НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНАЯ ПЕРЕНОСИМОСТЬ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ К НЕУДАЧЕ ЭРАДИКАЦИИ И РАЗВИТИЮ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ *H. PYLORI*⁷



⁶Hudson N., Brydon W.G., Eastwood M.A. et al. Successful *H. pylori* eradication incorporating a one-week antibiotic regimen // Aliment. Pharmacol. Ther. – 1995. – Vol. 9. – P. 47–50.

⁷Ивашкин В.Т., Маев И.В., и др. Лечение инфекции *Helicobacter pylori*: мейнстрим и новации // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2017; 27(4):4-21



ЭРАДИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ HELICOBACTER PYLORI: НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЯВЛЕНИЯ СО СТОРОНЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Антибиотикоассоциированная диарея и кишечная диспепсия – самые частые причины нежелательных явлений со стороны ЖКТ (возникают у 35% пациентов, принимающих антибиотики).

Антибиотикоассоциированная диарея (ААД) – наличие трех или более эпизодов неоформленного стула в течение двух или более последовательных дней, развившихся на фоне или в течение 2 месяцев после применения антибактериальных препаратов.

Симптомы ААД у большинства пациентов возникают во время лечения антибиотиками, а у 30% больных – через 1-10 дней после его прекращения.

Наиболее частый вариант ААД (80-90%) у пациентов, получающих антихеликобактерную терапию, – идиопатическая диарея, не связанная с каким-либо инфекционным агентом, без колита, клинически проявляющаяся следующими симптомами:

- вздутие живота с избыточным газовыделением,
- абдоминальный дискомфорт,
- послабления стула без патологических примесей в кале (без крови и слизи).

Основной патогенетический механизм «простой» (без инфекционного агента) ААД, протекающей без признаков системного воспаления, – гибель представителей нормальной микрофлоры, снижение синтеза масляной кислоты и нарушение целостности слизистой оболочки толстой кишки, вызванные действием антибиотиков.

Это определяет разные подходы к профилактике и лечению инфекционной и идиопатической ААД, которая требует восполнения дефицита масляной кислоты.



ЭРАДИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ HELICOBACTER PYLORI: НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЯВЛЕНИЯ СО СТОРОНЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

По данным систематического обзора 43 исследований (6093 пациента с язвенной болезнью) 2016 г.,⁸ наиболее частыми симптомами, появляющимися на фоне эрадикационной терапии, являются диарея, изменение вкуса, тошнота и рвота, боль в эпигастрии.

Развитие инфекции *C. Difficile* (псевдомембранозный колит) на фоне эрадикационной терапии отмечается крайне **редко** (описаны 3 случая у пожилых пациентов с иммунодефицитом).

ОТЛИЧИЕ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ААД ОТ ИНФЕКЦИОННОЙ⁹

КРИТЕРИИ	ИДИОПАТИЧЕСКАЯ	ИНФЕКЦИОННАЯ
Частота в клинической практике	80-90%	10-20%
Этиологический фактор	Нет (неинфекционная)	Условно-патогенная, патогенная микрофлора, <i>Clostridium perfringens</i> , <i>Salmonella</i> , <i>Staphylococcus spp.</i> , <i>Clostridium difficile</i>
Механизм диареи	Снижение синтеза масляной кислоты нормальной микрофлорой и снижение абсорбции воды и электролитов, нарушение энергообеспечения эпителия толстой кишки	Рост патогенной флоры, продукция токсинов, повреждение слизистой толстой кишки
Стратегия терапии и профилактики	Восполнение дефицита масляной кислоты	Подавление роста патогенных микробов (антибиотики, <i>Saccharomyces boulardii</i>), сорбенты

⁸Ford AC, Gurusamy KS, Delaney B, Forman D, Moayyedi P. Eradication therapy for peptic ulcer disease in Helicobacter pylori-positive people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 4. Art. No.: CD003840.
⁹Шульпекова Ю.О. Антибиотикоассоциированная диарея // РМЖ. 2007. №6. С. 467.

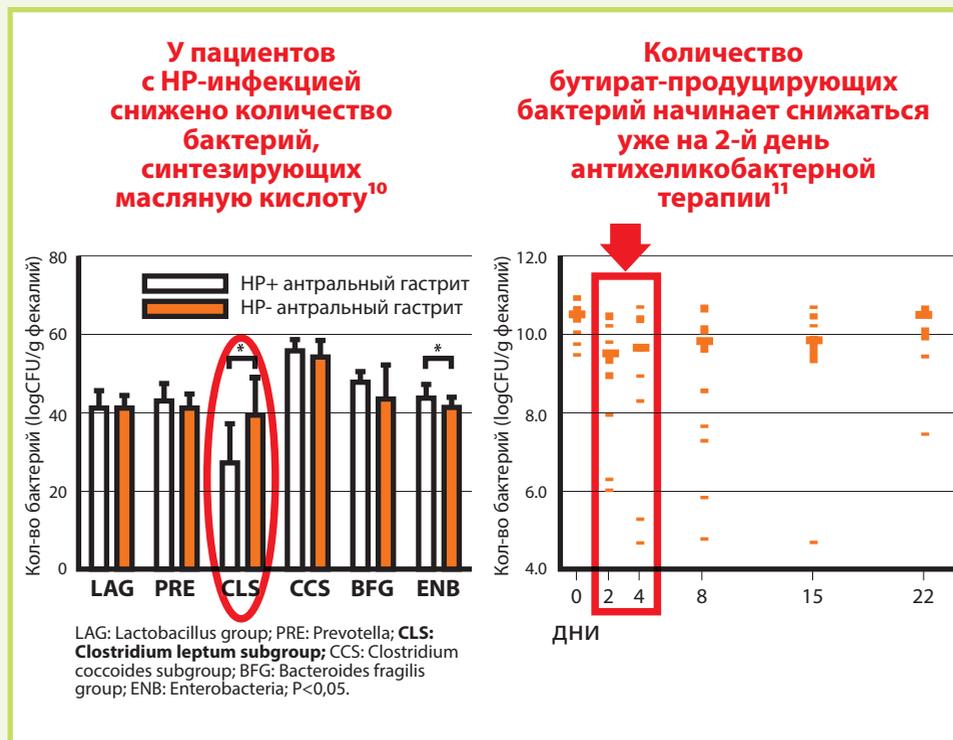


ЭРАДИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ HELICOBACTER PYLORI: МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ АНТИБИОТИКОАССОЦИИРОВАННОЙ ДИАРЕИ

Одним из ключевых механизмов развития идиопатической ААД является снижение количества бактерий, образующих масляную кислоту, которые в первую очередь погибают при приеме антибиотиков.

По данным исследований, у пациентов с наличием инфекции *Helicobacter pylori* изначально снижено количество бактерий, синтезирующих масляную кислоту. На фоне приема эрадикационной терапии количество бутират-продуцирующих бактерий существенно снижается уже на 2-4 сутки от начала лечения.

ПРИ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ СНИЖАЕТСЯ КОЛИЧЕСТВО ОБЛИГАТНЫХ АНАЭРОБОВ, СИНТЕЗИРУЮЩИХ МАСЛЯНУЮ КИСЛОТУ



ИДИОПАТИЧЕСКАЯ АНТИБИОТИКОАССОЦИИРОВАННАЯ ДИАРЕЯ: МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ

Сокращение количества бутират-продуцентов приводит к снижению концентрации масляной кислоты в кишечнике, нарушению всасывания воды из просвета кишки, снижению энергообеспечения эпителия и, как следствие, нарушению целостности слизистого барьера. Кроме того, некоторые изученные антибиотики (клавулановая кислота, кларитромицин, цiproфлоксацин) вызывают значительные изменения физико-химических свойств слизистого слоя толстой кишки, что также нарушает целостность слизистой толстой кишки.

АНТИБИОТИКИ ВЫЗЫВАЮТ ЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИХ СВОЙСТВ СЛИЗИСТОГО СЛОЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Подавление синтеза антимикробных белков

Истончение мукозного слоя

Снижение плотности контактов колоноцитов

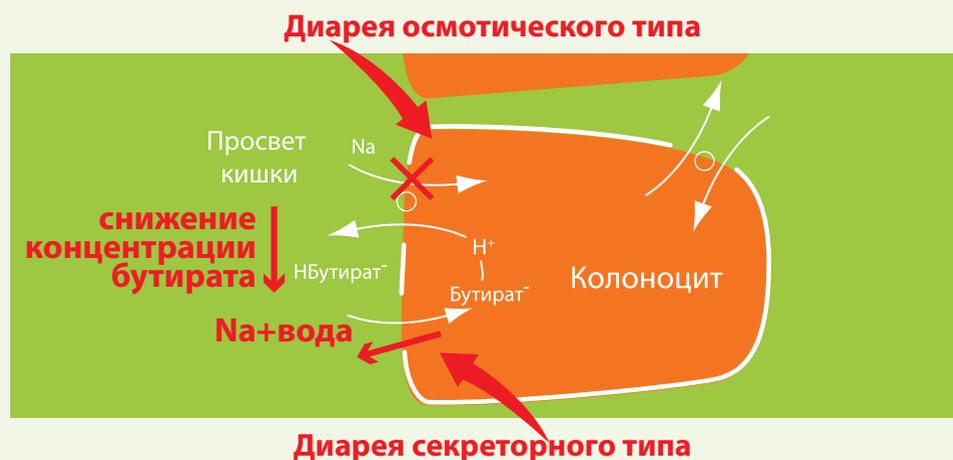
Beyer G., Heimer-Bau M. et al. Impact of Moxifloxacin versus Claritromycin on normal oropharyngeal microflora. Eur J Clin Microbiol Inf Dis. 2000; 7: 548-50 Ардатовская М.Д. Масляная кислота и инулин в клинической практике. Москва, 2014.
Protim Sarker et al. Ciprofloxacin Affects Host Cells by Suppressing Expression of the Endogenous Antimicrobial Peptides Cathelicidins and Beta-Defensin-3 in Colon Epithelia. Antibiotics 2014, 3, 353-374.

¹⁰Lin Li et al. The Effect of Helicobacter pylori Eradication on the Gastrointestinal Microbiota in Patients with Duodenal Ulcer J Gastrointest Liver Dis, June 2016 Vol. 25 No 2: 139-146.
¹¹Izumi Shimbo, et al. Effect of Clostridium butyricum on fecal flora in Helicobacter pylori eradication therapy World J Gastroenterol 2005;11(47):7520-7524.



ИДИОПАТИЧЕСКАЯ АНТИБИОТИКОАССОЦИИРОВАННАЯ ДИАРЕЯ: МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ

МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ (НЕИНФЕКЦИОННОЙ) АНТИБИОТИКОАССОЦИИРОВАННОЙ ДИАРЕИ



ЭРАДИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ HELICOBACTER PYLORI: ИДИОПАТИЧЕСКАЯ АНТИБИОТИКОАССОЦИИРОВАННАЯ ДИАРЕЯ. ВЫБОР ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА

Эрадикационная терапия является клинической ситуацией, при которой риск появления ААД максимален, поскольку имеется комбинация сразу нескольких факторов риска у пациента:

- Комбинация двух антибиотиков в максимальной дозе при любой схеме эрадикации
- Длительный курс – 14 дней
- Наличие патологии ЖКТ
- Повторный курс антибиотиков (при неэффективности первой линии эрадикации)



Согласно современным рекомендациям одной из мер, позволяющих повысить эффективность эрадикационной терапии, является применение средств, влияющих на микрофлору толстой кишки. Показано, что лишь некоторые препараты эффективны в снижении побочных эффектов со стороны ЖКТ, вызываемых эрадикационной терапией против *H. pylori*.

Несмотря на значительное количество исследований, посвященных изучению эффективности и безопасности пробиотиков, многообразие используемых бактериальных штаммов, дозы препаратов и продолжительность лечения существенно варьируют. Остаются нерешенными вопросы эффективности отдельных пробиотических штаммов, дозировка и длительность адъювантной пробиотической терапии, региональные различия и влияние образа жизни (например, диета, алкоголь или табакокурение). Данные факторы требуют дальнейшего изучения.

Кроме того, существуют определенные проблемы при применении традиционных пробиотиков, содержащих бифидо- и лактобактерии¹²:

1. **Ограниченный набор штаммов**, представленных в пробиотических препаратах бактерий, не способен воспроизвести все многообразие кишечной микробиоты (10 000 видов) и **не содержит бактерий, образующих масляную кислоту**, которых, как указывалось выше, больше всего гибнет при приеме антибиотиков, применяемых в эрадикационной терапии.
2. **До 90% бактерий**, входящих в состав пробиотиков, **гибнет в кислой среде желудка**, если лекарственная форма не имеет кислотоустойчивого покрытия.

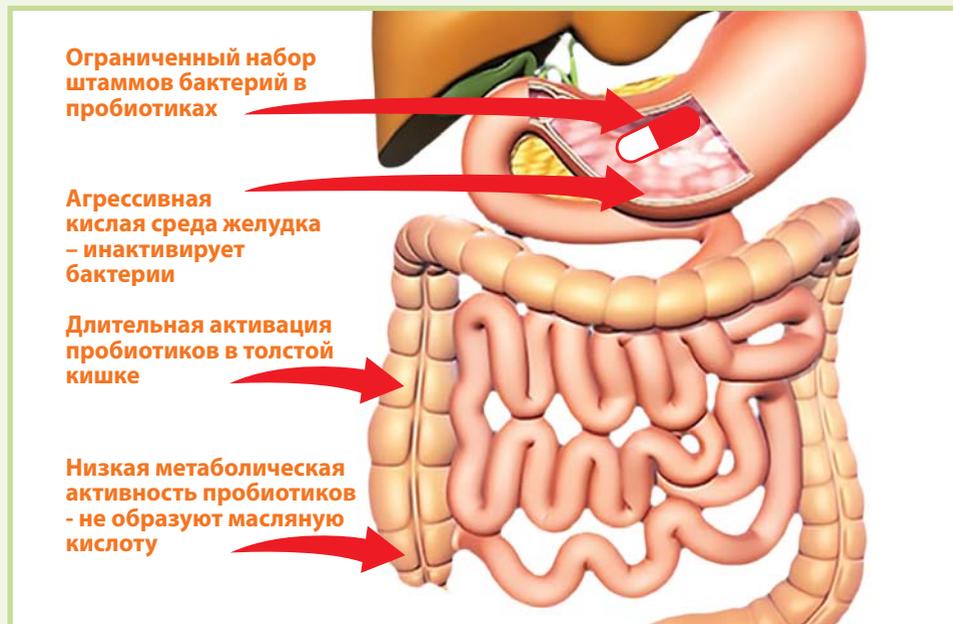


ЭРАДИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ HELICOBACTER PYLORI: ИДИОПАТИЧЕСКАЯ АНТИБИОТИКОАССОЦИИРОВАННАЯ ДИАРЕЯ. ВЫБОР ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА

3. Попадая в толстую кишку, переходя из состояния анабиоза, бактерии, входящие в состав пробиотиков, **долго активируются:** бифидобактерии – 8-10 часов, лактобактерии – 4-5 часов. Всё это время микроорганизмы не способны к конкуренции с патогенной флорой и колонизации кишечника. **При наличии ускоренного транзита (диареи) пробиотики просто не успевают активироваться.**

4. Бактерии, входящие в состав пробиотиков имеют низкую активность по синтезу метаболитов и не образуют масляную кислоту (бутират), играющую ключевую роль в ААД. Поэтому бактериальные пробиотики не оказывают заметного влияния на кишечную среду и метаболизм клеток слизистой кишки.

ПРОБЛЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАДИЦИОННЫХ ПРОБИОТИКОВ, СОДЕРЖАЩИХ БИФИДО- И ЛАКТОБАКТЕРИИ



¹²Кишечная микрофлора. Взгляд изнутри. Сборник научных статей. Выпуск 2012, №1. Чичерин И.Ю., Погорельский И.П., Дармов И.В.



ЭРАДИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ HELICOBACTER PYLORI: ИДИОПАТИЧЕСКАЯ АНТИБИОТИКОАССОЦИИРОВАННАЯ ДИАРЕЯ. ВЫБОР ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА

Saccharomyces boulardii (сахаромицеты буларди) – дрожжеподобные грибы, оказывают антимикробное действие в отношении условно-патогенных и патогенных микроорганизмов, не колонизируют и проходят транзитом толстую кишку, устойчивы к антибиотикам. Поскольку сахаромицеты не синтезируют масляную кислоту, не влияют на водно-электролитный баланс в толстой кишке и не восполняют энергодефицит эпителия, при развитии идиопатической диареи данный пробиотик целесообразно использовать в качестве препарата резерва (второй линии) при выявлении условно-патогенной флоры. Сахаромицеты противопоказаны при непереносимости лактозы и фруктозы.¹³ Хотя данные 2 метаанализов показали снижение риска нежелательных эффектов, рекомендации по применению *Saccharomyces boulardii* в качестве добавления к эрадикационной терапии достаточно осторожны. Не указаны дозы препарата, режим приема и длительность курса.¹⁴

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ *Saccharomyces boulardii*

Оказывают антимикробное действие в отношении условно патогенных и патогенных микроорганизмов

Для профилактики ААД — препарат резерва при наличии условно-патогенной флоры

Не колонизируют, проходят транзитом толстую кишку, устойчивы к антибиотикам

Входит в Европейские рекомендации по лечению острых гастроэнтеритов у детей

При развитии идиопатической «простой» диареи (80-90% ААД) не влияют на водно-электролитный баланс в толстой кишке, не образует масляную кислоту (бутират) и не оказывают защитного влияния на слизистую толстой кишки

Противопоказан при непереносимости лактозы и фруктозы

¹³Инструкция к препарату Энтерол 011277.

¹⁴Malfertheiner P, et al. Management of Helicobacter pylori infection – the Maastricht V/Florence Consensus Report, 2016.

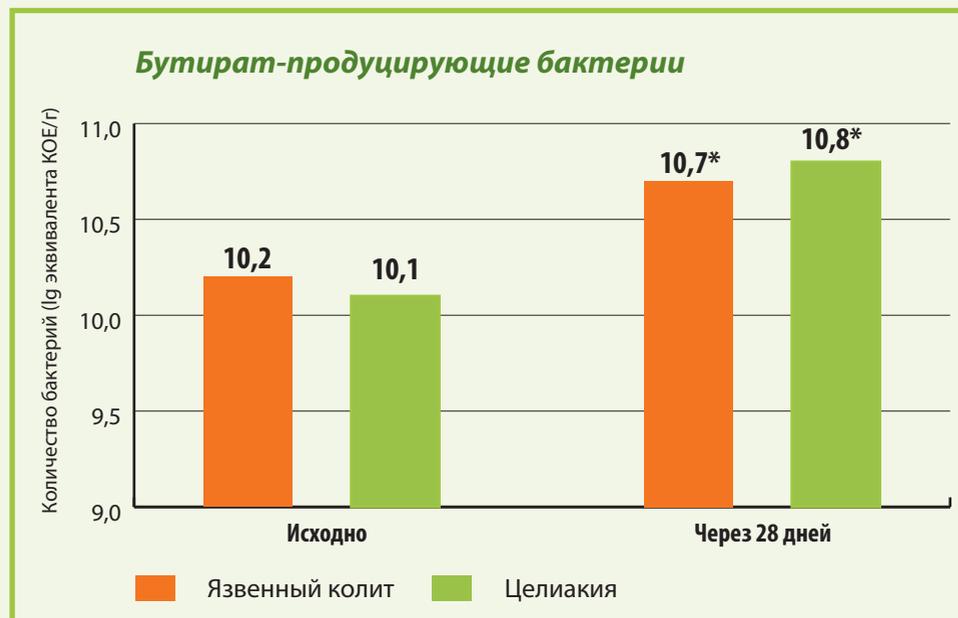


ЭРАДИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ HELICOBACTER PYLORI: ИДИОПАТИЧЕСКАЯ АНТИБИОТИКОАССОЦИИРОВАННАЯ ДИАРЕЯ. ВЫБОР ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА

С учетом вышеуказанных механизмов развития идиопатической ААД наиболее рациональным представляется применение в качестве средства выбора препаратов, содержащих естественный метаболит – масляную кислоту, в эффективно заданной дозе с непосредственной доставкой активного вещества в толстую кишку. Всем этим требованиям отвечает препарат Закофальк.

Восполняя дефицит масляной кислоты в толстой кишке, Закофальк нормализует абсорбцию воды и электролитов из просвета кишки, восстанавливает энергообеспечение эпителия и тем самым предотвращает повреждение слизистого барьера, стимулирует рост всей здоровой популяции микробиоты, в том числе и бактерий, синтезирующих масляную кислоту, и снижает количество бактерий, обладающих провоспалительной активностью¹⁵.

ЗАКОФАЛЬК ЗНАЧИМО УВЕЛИЧИВАЕТ ЧИСЛЕННОСТЬ ВСЕГО ПУЛА БУТИРАТ-ПРОДУЦИРУЮЩИХ БАКТЕРИЙ



¹⁵Ситкин С. И., Вахитов Т. Я., Ткаченко Е. И., Орешко Л. С., Жигалова Т. Н., Радченко В. Г., Селиверстов П. В., Авалуева Е. Б., Суворова М. А., Утсаль В. А. Дисбиоз кишечника при язвенном колите и целиакии и его терапевтическая коррекция с помощью масляной кислоты в комбинации с инулином. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2017; 142 (6): 77–98.



ЭРАДИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ HELICOBACTER PYLORI: ИДИОПАТИЧЕСКАЯ АНТИБИОТИКОАССОЦИИРОВАННАЯ ДИАРЕЯ. ВЫБОР ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА

МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ЗАКОФАЛЬКА ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ААД



ПРЕИМУЩЕСТВА ЗАКОФАЛЬКА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ («ПРОСТОЙ») ААД

	Закофальк	Пробиотики	Saccharomyces boulardii
Антидиарейное действие при «простой» диарее	Прямое	Нет	Нет
Восстановление кишечного барьера, противовоспалительное действие	Прямое	Нет	Нет
Влияние на собственную флору	Прямое на всю популяцию полезных бактерий	Только на несколько штаммов	Нет
Влияние на патогенную и условно патогенную микрофлору	Нет	Нет	Да
Устойчивость к антибиотикам	Да	Нет	Да



ЭРАДИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ HELICOBACTER PYLORI. ПРИМЕНЕНИЕ ЕСТЕСТВЕННЫХ МЕТАБОЛИТОВ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ

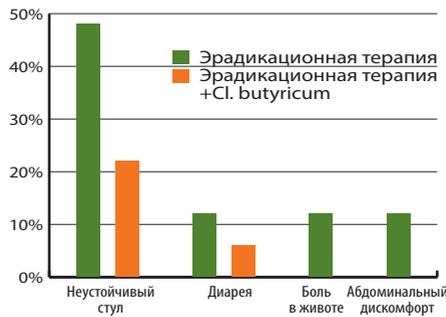
Существует несколько терапевтических подходов для восполнения дефицита масляной кислоты и предотвращения симптомов ААД у пациентов, получающих эрадикационную терапию.

В Японии одобрен и широко применяется пробиотический препарат, содержащий Clostridium butyricum MIYAIRI 588 – бутират-синтезирующая анаэробная бактерия, типичный представитель нормальной кишечной флоры (не зарегистрирован в России).

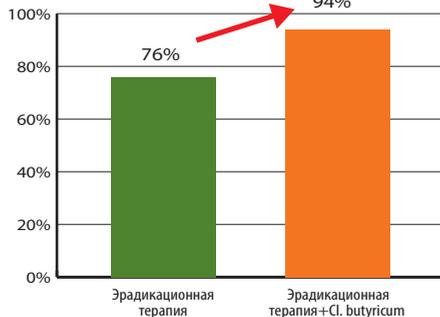
Согласно проведенным исследованиям, добавление бутират-синтезирующих бактерий в схему эрадикации H.pylori существенно предотвращает развитие нежелательных явлений и повышает ее эффективность¹⁶.

ДОБАВЛЕНИЕ БУТИРАТ-СИНТЕЗИРУЮЩИХ БАКТЕРИЙ ПРЕДОТВРАЩАЕТ РАЗВИТИЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ И ПОВЫШАЕТ ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Добавление Cl. butyricum в схему эрадикации значительно снижает частоту побочных эффектов



Добавление Cl. butyricum повышает эффективность эрадикации на 18%



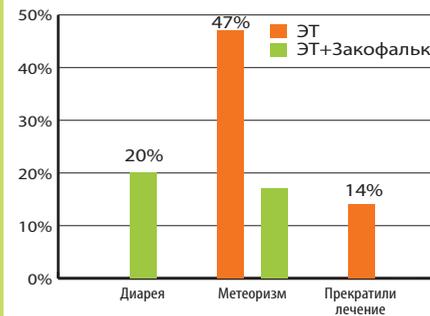
Другим подходом для восполнения дефицита масляной кислоты является применение готовых природных метаболитов микрофлоры, которые доставляются напрямую в толстую кишку в эффективно заданной дозе, что реализуется в препарате Закофальк. Эффективность Закофалька с целью улучшения переносимости эрадикационной терапии и повышения ее эффективности показана как в зарубежных, так и отечественных исследованиях.



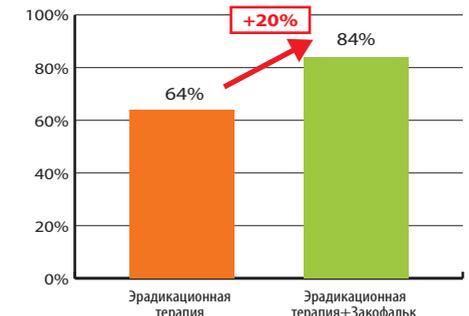
ЭРАДИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ HELICOBACTER PYLORI. ПРИМЕНЕНИЕ ЕСТЕСТВЕННЫХ МЕТАБОЛИТОВ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ

Применение Закофалька с первого дня эрадикационной терапии позволяет существенно снизить частоту нежелательных явлений со стороны ЖКТ, улучшить переносимость и повысить приверженность пациентов к лечению и эффективность эрадикации на 20%¹⁷.

Включение Закофалька в схему эрадикации Нр значительно снижает частоту побочных эффектов и позволяет пройти полный курс



Включение Закофалька в схему эрадикации Нр повышает ее эффективность



По данным метаанализов, **приверженность эрадикационной терапии не зависит от количества таблеток**, которое пациенту следует принять в течение суток. Увеличение кратности приема (3-4 раза в сутки), напротив, снижает приверженность к лечению.

Удобный режим приема Закофалька 1 или 2 раза в день вместе с препаратами для эрадикации НР повысит как переносимость терапии, так и эффективность собственно эрадикации на 20%.

Препарат	Утро ☀	День ☀	Вечер 🌙
Ингибитор протонной помпы 20 мг	1 таблетка		1 таблетка
Амоксициллин 500 мг	2 таблетки		2 таблетки
Кларитромицин 500 мг	1 таблетка		1 таблетка
Закофальк	раздельный прием 1 табл. 2 раза или однократный прием 2 табл. 1 раз		

¹⁷В.М. Дурлештер, Н.В. Корочанская, К.И. Попандопуло, С.Н. Серикова. Современные подходы к хирургическому и медикаментозному лечению язв желудка: учебно-методическое пособие. – Краснодар, 2017.

¹⁶Izumi Shimbo, et al. Effect of Clostridium butyricum on fecal flora in Helicobacter pylori eradication therapy World J Gastroenterol 2005;11(47):7520-7524.



РЕЖИМЫ ТЕРАПИИ И СПОСОБЫ ПРИМЕНЕНИЯ МАСЛЯНОЙ КИСЛОТЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ*

«Закофальк NMХ, восполняя дефицит масляной кислоты при патологических состояниях в толстой кишке, восстанавливает поврежденную слизистую и в составе комплексной терапии существенно повышает эффективность базового лечения»*

Область терапевтического применения	Курсовая терапия	Поддерживающая терапия	Клинический эффект
Синдром раздраженной кишки	3-4 таб./сут, 4-8 недель	1-2 таб./сут, длительно	<ul style="list-style-type: none">● Снижение висцеральной гиперчувствительности● Уменьшение частоты и интенсивности боли в животе (по сравнению с приемом только спазмолитиков)● Нормализация стула при СРК с диареей
При приеме антибиотиков	2 таб./сут, в течение всего курса антибиотиков, минимум 14 дней		<ul style="list-style-type: none">● Существенно снижает частоту возникновения боли в животе, диареи, метеоризма● Предотвращает досрочную отмену антибиотиков● Повышает приверженность пациентов к лечению и эффективность антибиотикотерапии
Ишемические (обратимые) поражения кишечника	3-4 таб./сут, 4-12 недель	1-2 таб./сут, длительно	<ul style="list-style-type: none">● Снижение выраженности абдоминальной боли, вздутия, тенезмов, нормализация стула, улучшение аппетита и настроения● Эндоскопическое улучшение состояния слизистой (уменьшение отека, кровоточивости, восстановление сосудистого рисунка)
Воспалительные заболевания кишечника	3-4 таб./сут, 4 недели	1-2 таб./сут, длительно	<ul style="list-style-type: none">● Значимое снижение частоты стула, примеси крови и слизи, снижение индекса клинической и эндоскопической активности у пациентов, не ответивших на стандартную терапию месалазином
Дивертикулярная болезнь толстой кишки	3-4 таб./сут, 4 недели	1-2 таб./сут, длительно	<ul style="list-style-type: none">● Снижение эпизодов абдоминальной боли и дискомфорта● Снижение частоты дивертикулита
Функциональная диарея	3- 4 таб./сут до нормализации стула	1-2 таб./сут 1 месяц	<ul style="list-style-type: none">● Нормализация частоты и консистенции стула
Радиационный колит (лучевая терапия)	3-4 таб/сут, 4 недели	1-2 таб/сут, длительно	<ul style="list-style-type: none">● Уменьшение боли и дискомфорта в животе, метеоризма, нормализация стула● Эндоскопическое улучшение (уменьшение отека и кровоточивости слизистой)