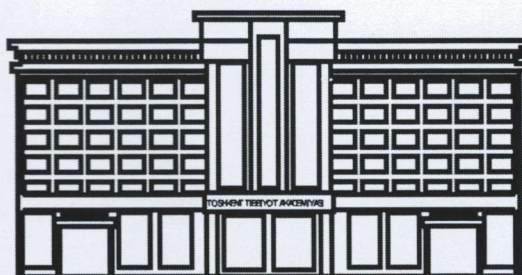


ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2022 №7

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AХВОРОТНОМАСИ



ВЕСТНИК
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

--- -- ...Тошкент... -- ---



ISSN 2181-7812



Выпуск набран и сверстан на компьютерном
издательском комплексе

редакционно-издательского отдела
Ташкентской медицинской академии

Начальник отдела: М. Н. Аслонов

Редактор русского текста: О.А. Козлова

Редактор узбекского текста: М.Г. Файзиева

Редактор английского текста: А.Х. Жураев

Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева

Учредитель: Ташкентская медицинская академия

Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском
управлении печати и информации

Регистрационное свидетельство 02-00128

Журнал внесен в список, утвержденный приказом №
201/3 от 30 декабря 2013года

реестром ВАК в раздел медицинских наук

Рукописи, оформленные в соответствии
с прилагаемыми правилами, просим направлять

по адресу: 100109, Ташкент, ул. Фароби, 2,

Главный учебный корпус ТМА,

4-й этаж, комната 444.

Контактный телефон: 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru

rio@tma.uz

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.

Гарнитура «Cambria».

Тираж 150.

Цена договорная.

Отпечатано на ризографе
редакционно-издательского отдела ТМА.

100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.

Вестник ТМА № 7, 2022

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор

проф. А.К. Шадманов

Заместитель главного редактора

проф. О.Р.Тешаев

Ответственный секретарь

проф. Ф.Х.Иноятова

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

акад. Аляви А.Л.

проф. Билалов Э.Н.

проф. Гадаев А.Г.

акад. Каримов Ш.И.

проф. Комилов Х.П.

акад. Курбанов Р.Д.

проф. Мавлянов И.Р.

акад. Назыров Ф.Г.

проф. Нажмутдинова Д.К.

проф. Саломова Ф.И.

акад. Соатов Т.С.

проф. Ходжибеков М.Х.

проф. Шайхова Г.И.

проф. Жае Вук Чои

Члены редакционного совета

д.п.н. Абдуллаева Р.М. (Ташкент)

проф. Акилов Ф.О. (Ташкент)

проф. Аллаева М.Д. (Ташкент)

проф. Ахмедов Р.М. (Бухара)

проф. Гиясов З.А. (Ташкент)

проф. Ирискулов Б.У. (Ташкент)

проф. Каримов М.Ш. (Ташкент)

проф. Каюмов У.К. (Ташкент)

проф. Исраилов Р.И. (Ташкент)

проф. Охунов А.О. (Ташкент)

проф. Парпиева Н.Н. (Ташкент)

проф. Рахимбаева Г.С. (Ташкент)

проф. Ризамухамедова М.З. (Ташкент)

проф. Сабилов У.Ю. (Ташкент)

проф. Сабирова Р.А. (Ташкент)

проф. Халиков П.Х. (Ташкент)

проф. Хамраев А.А. (Ташкент)

проф. Холматова Б.Т. (Ташкент)

проф. Шагазатова Б.Х. (Ташкент)

Herald TMA №7, 2022

EDITORIAL BOARD

Editor in chief

prof. A.K. Shadmanov

Deputy Chief Editor

prof. O.R. Teshayev

Responsible secretary

prof. F.Kh. Inoyatova

EDITORIAL TEAM

academician Alyavi A.L.

prof. Bilalov E.N.

prof. Gadaev A.G.

academician Karimov Sh.I.

prof. Komilov Kh. P.

academician Kurbanov R.D.

prof. Mavlyanov I.R.

academician Nazzyrov F.G.

prof. Najmutdinova D.K.

prof. Salomova F.I.

academician Soatov T.C.

prof. Khodjibekov M.X.

prof. Shaykhova G.I.

prof. Jae Wook Choi

EDITORIAL COUNCIL

DSc. Abdullaeva R.M.

prof. Akilov F.O. (Tashkent)

prof. Allaeva M.D. (Tashkent)

prof. Akhmedov R.M. (Bukhara)

prof. Giyasov Z.A. (Tashkent)

prof. Iriskulov B.U. (Tashkent)

prof. Karimov M.Sh. (Tashkent)

prof. Kayumov U.K. (Tashkent)

prof. Israilov R.I. (Tashkent)

prof. Okhunov A.A. (Tashkent)

prof. Parpieva N.N. (Tashkent)

prof. Rakhimbaeva G.S. (Tashkent)

prof. Rizamukhamedova M.Z. (Tashkent)

prof. Sabirov U.Y. (Tashkent)

prof. Sabirova R.A. (Tashkent)

prof. Khalikov P.Kh. (Tashkent)

prof. Khamraev A.A. (Tashkent)

prof. Kholmatova B.T. (Tashkent)

prof. Shagzatova B.X. (Tashkent)

Journal edited and printed in the computer of Tashkent
Medical Academy editorial department

Editorial board of Tashkent Medical Academy

Head of the department: M.N. Aslonov

Russian language editor: O.A. Kozlova

Uzbek language editor: M.G. Fayzieva

English language editor: A.X. Juraev

Corrector: Z.T. Alyusheva

Organizer: Tashkent Medical Academy

Publication registered in editorial and information
department of Tashkent city

Registered certificate 02-00128

Journal approved and numbered under the order 201/3 from 30
of December 2013 in Medical Sciences department of SUPREME

ATTESTATION COMMISSION

COMPLETED MANUSCRIPTS PLEASE SEND following address:

2-Faroby street, 4 floor room 444, Administration building of TMA,
Tashkent, 100109, Toshkent, ul. Farobi, 2, TMA bosh o'quv binosi,
4-qavat, 444-xona.

Contact number: 71-214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru, rio@tma.uz

Format 60x84 1/8. Usl. printer, I, 9,75.

Listening means «Cambria».

Circulation 150.

Negotiable price

Printed in TMA editorial and publisher department
risograph

2 Faroby street, Tashkent, 100109.

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENT

НОВЫЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	NEW PEDAGOGICAL TECHNOLOGIES	
Шадманов А.К., Халматова Б.Т., Саломова Ф.И., Ташматова Г.А. РОЛЬ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	Shadmanov A.K., Khalmatova B.T., Salomova F.I., Toshmatova G.A. THE ROLE OF INTERNSHIP IN PROFESSIONAL TRAINING OF MEDICAL STUDENTS	9
ОБЗОРЫ	REVIEWS	
Боймуродов Ш.А., Иминов К.О. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ТРАВМ ЭКСТРАОКУЛЯРНЫХ МЫШЦ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СКУЛООРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА	Boymurodov Sh.A., Iminov K.O. ETIOPATHOGENESIS OF EXTRAOCULAR MUSCLES INJURY IN CASE OF INFLUENCE FACTORS OF DAMAGE TO THE ZYGOMATIC-ORBITAL COMPLEX	12
Каримова Н.С., Алимов Ж.М., Исроилов Б.С., Агзамов О.А., Цой М.А. ТЕНДЕНЦИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА В МИРЕ И РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН	Karimova N.S., Alimov J.M., Isroilov B.S., Agzamov O.A., Tsoy M.A. THE TREND OF DISEASES FROM BRAIN TUMORS IN THE WORLD AND THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN	16
Махмудов С.О., Махмудова М.О. СОВРЕМЕННЫЕ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: СТАНДАРТЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ	Mahmudov S.O., Mahmudova M.O. MODERN INTELLIGENT HEALTH SYSTEMS: STANDARDS AND RECOMMENDATIONS	20
Норов А.У., Убайдуллаев Э.А., Заремба А.Е., Марданов Ж.Ж. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ МОТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА	Norov A.U., Ubaidullaev E.A., Zarembo A.E., Mardanov J.J. 22SURGICAL RESTORATION OF MOTOR FUNCTION OF THE FACIAL NERVE	25
Рахимов Ж.И., Сайдуллаев З.Я. ВАРИКОЦЕЛЕ: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ	Raximov J.I., Saydullayev Z.Y. VARICOCELE: MODERN METHODS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT	30
Саркисова Л.В., Негматуллаева М.Н. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ	Sarkisova L.V., Negmatullaeva M.N. MODERN VIEW ON THE PROBLEM OF PRETERM BIRTH	34
Уринов А.М., Отожонов И.О., Ахмедова Д.Б. РОЛЬ ПРОБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ	Urinov A.M., Otazhonov I.O., Akhmedova D.B. THE ROLE OF PROBIOTICS IN LIVER CIRRHOSIS	37
Шадманов А.К., Саломова Ф.И. COVID-19: ЎЗБЕКИСТОНДА КОРОНАВИРУСГА ҚАРШИ КУРАШ ТАЖРИБАСИ ВА МУАММОЛАР	Shadmanov A.K., Salomova F.I. COVID-19: EXPERIENCE AND CHALLENGES IN FIGHTING CORONAVIRUS IN UZBEKISTAN	41
Шермухамедова Г.Т., Таджиева Н.У. КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА, ВЫЗВАННОГО ВИРУСОМ ЭПШТЕЙНА – БАРР	Shermukhamedova G.T., Tadjieva N.U. CLINICAL AND PATOGENETIC BASES OF INFECTIONOUS MONONUCLEOSIS CAUSED BY EPSTEIN – BARR VIRUS	45
Юлдашов П.А., Сайинаев Ф.К. ОПЕРАЦИЯ ДАНКЕЙИНГИ ҚОРИН ЧУРРАЛАР: КЛАССИФИКАЦИЯ, ТАШХИС ВА ДАВО	Yuldashov P.A., Sayinaev F.K. INCISIONAL VENTRAL HERNIAS: CLASSIFICATION, DIAGNOSIS AND TREATMENT	47
Юсупов А.Ф., Каримова М.Х., Джамалова Ш.А., Очилова Н.Н. ҚАНДЛИ ДИАБЕТ ТУФАЙЛИ КЎРЛИК ВА КЎРИШНИНГ БУЗИЛИШИ ҲОЛАТИНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ	Yusupov A.F., Karimova M.Kh., Jamalova Sh.A., Ochilova N.N. DISABILITY OWING TO A DIABETIC RETINOPATHY, WAYS OF PREVENTION	53
Янгиева Н.Р., Муханов Ш.А., Мубаракова К.А., Гиясова А.О. ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ МАКУЛЯРНОМ ОТЕКЕ	Yangieva N.R., Giyasova A.O., Mukhanov Sh.A., Mubarakova K.A. THE USE OF LASER TREATMENT IN DIABETIC MACULAR EDEMA	56
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА	CLINICAL MEDICINE	
Арзиев И.А., Рахманов К.Э., Абдурахманов Д.Ш., Назаров З.Н. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПЕРИТОНИТА ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ	Arziev I.A., Rakhmanov K.E., Abdurakhmanov D.Sh., Nazarov Z.N. IMPROVING THE SURGICAL TREATMENT OF BILE PERITONITIS IN CHOLELITHIASIS	62

РОЛЬ ПРОБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Уринов А.М., Отожонов И.О., Ахмедова Д.Б.

JIGAR SIRROZIDA PROBIYOTIKLARNING ROLI

O'rinov A.M., Otojonov I.O., Axmedova D.B.

THE ROLE OF PROBIOTICS IN LIVER CIRRHOSIS

Urinov A.M., Otozhonov I.O., Akhmedova D.B.

Ташкентская медицинская академия

Iqtisodiy rivojlangan mamlakatlarda sirrozning chastotasi 100 ming aholi aholiga taxminan 20-40 holatni tashkil etadi va bu ko'rsatkich barqaror o'sib bormoqda va bugungi kunda 35-60 yoshdagi o'limning oltita asosiy sabablari-dan biri hisoblanadi. Shuning uchun antibiotiklar, prebiyotiklar va probiyotiklar jigar kasalliklarini samarali davolash bo'lib, ular ichak mikrobiotasini to'g'irlashi mumkin.

Kalit so'zlar: *jigar kasalligi, probiyotiklar, jigar sirrozi, davolash.*

In economically developed countries, the frequency of cirrhosis is about 20-40 cases per 100,000 population, and this indicator is steadily increasing and today it is one of the six main causes of death at the age of 35-60 years. Therefore, antibiotics, prebiotics and probiotics are an effective treatment for liver diseases, which can correct the intestinal microbiota.

Key words: *liver disease, probiotics, liver cirrhosis, treatment.*

Цирроз печени (ЦП) остается одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. Согласно данным статистики, в мире от вирусного цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы, который развивается на фоне носительства вируса гепатита В, ежегодно умирают 40 млн человек [10]. Сегодня, несмотря на широкий спектр медикаментозных препаратов для гепатотерапии, за рубежом и в нашей стране ведутся работы по разработке и синтезу новых препаратов химического и природного происхождения для лечения и профилактики заболеваний печени различного генеза. Известна важная патогенетическая роль в возникновении и прогрессировании некоторых заболеваний печени при изменении кишечной микробиоты. Следовательно, эффективным методом лечения заболеваний печени являются антибиотики, пребиотики и пробиотики, при помощи которых можно скорректировать кишечную микробиоту [16].

Цель исследования

Цирроз печени – прогрессирующее заболевание, представляющее угрозу для жизни. Нами проведен мета-анализ для изучения влияния пробиотиков на функцию печени при ЦП.

Материал и методы

Поиск материала проводился по базам PubMed, ISI Web of Science, EMBASE и Кокрановской библиотеки (Cochrane Library).

Результаты и обсуждение

В экономически развитых странах частота ЦП составляет около 20-40 случаев на 100 тыс. населения, причем этот показатель неуклонно возрастает [3]. В настоящее время ЦА входит в число 6 основных причин смерти лиц в возрасте 35-60 лет [10].

Цирроз печени (от греч. – рыжий, янтарный) – хроническое заболевание, сопровождающееся необратимым замещением паренхиматозной ткани печени фиброзной соединительной тканью, или

стромой. Это прогрессирующее заболевание, которое развивается в течение длительного периода и является конечной стадией многих заболеваний печени, в том числе и алкогольной и неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП). Наиболее частыми причинами развития цирроза печени считаются вирусные гепатиты В, С и D [4]. К дисфункции печени и развитию ЦП могут также привести плохое питание и нарушение липидного спектра, а кроме того, аутоиммунные и генетические нарушения, хронический холестаз (нарушение оттока желчи), закупорка печеночных вен. При обнаружении повреждения печени на ранних стадиях развитие и прогрессирования заболевания можно замедлить или остановить [13].

Основными факторами формирования и прогрессирования ЦП являются некрозы гепатоцитов и прогрессирующий фиброз [4]. По мнению отечественных и зарубежных авторов, дисбиоз (дисбактериоз) кишечника также является одним из таких факторов. Предполагают, что изменения кишечной микрофлоры играют решающую роль в развитии ЦП и его осложнений [6,17,23,26].

Дисбактериоз (от греч. – приставка, отрицающая положительный смысл слова или усиливающая отрицательный – и «бактерия») представляет собой состояние микробного дисбаланса на теле или внутри него. При этом сам по себе дисбактериоз не является болезнью [5], но иногда может быть следствием какой-либо болезни.

Японские авторы на модели мышей показали четкую корреляцию между определенным типом кишечных бактерий, ожирением и раком печени. Несколькими секционными исследованиями, где оценивали связь между кишечной микробиотой и фенотипом печени у пациентов с проблемами печени, было установлено, что дисбактериоз кишеч-

ника может быть вовлечен в патогенез заболеваний печени.

М. Masami и соавт. (2015) показали, что у пациентов с заболеваниями печени уменьшалось количество фекальных *Bacteroides*, возрастало количество *Clostridium coccoides*. Пациенты с различной патологией печени имеют повышенную кишечную проницаемость, что облегчает попадание микробных агентов в портальную циркуляцию и усугубляет провоспалительные и фиброгенетические эффекты в печени.

По данным зарубежной литературы, синдром избыточного бактериального роста выявляется у 49-60% больных ЦП. При увеличении класса цирроза по Child – Pugh частота синдрома избыточного бактериального роста возрастает до 30,8% – при классе А, до 69,2% – при В и С. При этом все авторы сообщают о корреляции между синдромом избыточного бактериального роста и тяжестью заболевания печени. Наличие синдрома избыточного бактериального роста у пациентов с ЦП приводит к замедлению интестинального транзита и снижению моторики кишечника, что способствует всасыванию токсинов в системный и портальный кровоток и способствует развитию печеночной энцефалопатии (ПЭ).

Исследования М.А. Зоссо и соавт. (2013) показали, что врожденная иммунная система и ИЛ-23 (оказывает непосредственное действие на макрофагальную функцию и влияет на CD-4+Т-клетки памяти) у пациентов с ПЭ связаны с определенными бактериальными агентами. Авторы выявили корреляцию между когнитивными нарушениями у пациентов с ПЭ и присутствием у них микроорганизмов *Porphyromonadaceae* и *Alcaligenaceae* (анаэробные и аэробные грамотрицательные патогенные для человека микроорганизмы). Установлена тесная взаимосвязь между ПЭ и бактериальной микрофлорой, поэтому исследователям необходимо сфокусировать внимание на возможностях модуляции кишечной микробиоты с целью эффективного лечения ПЭ как грозного осложнения ЦП. Выявление патогенетических механизмов, связывающих кишечную микробиоту и НАЖБП, позволит лучше понять патогенез заболевания, тем самым способствовать выявлению новых терапевтических мишеней, что повысит качество жизни пациентов с этим заболеванием.

Известно, что нормальная микрофлора кишечника – это полноценная экологическая система, которая выполняет многообразные функции в организме. Действие различных факторов эндогенного и экзогенного происхождения, возможно, может изменить количественный и качественный состав кишечной микрофлоры [15,17,21,33]. Выход бактерий и их продуктов из просвета кишечника ведет к нарушению кишечного барьера, что вызывает сильные воспалительные реакции, при этом различные инфекции затрагивают портальное и системное кровообращение. Размножение условно-патогенных бактерий является нарушением качественного и количественного состава микробиоценоза кишечника [1,6]. В свою очередь, повышенное содержание

условно-патогенных микроорганизмов в толстой кишке у больных ЦП вирусного генеза ассоциируется с развитием воспалительно-некротической активности, что приводит к развитию некроза гепатоцитов и формированию воспалительных реакций с прогрессированием фиброза печени [1,6].

Таким образом, проблема дисбиоза кишечника у больных ЦП вирусного происхождения до конца не изучена [2]. Современная медицина и фармакология продолжают поиск лечения, которое часто сочетает традиционные методы лечения и природные средства. Одним из современных методов лечения являются пробиотики. Исследования показывают, что пробиотики могут поддерживать здоровье печени, так как кишечная микробиота играет решающую роль в процессах метаболизма и детоксикации [35].

Пробиотики – живые микроорганизмы, приносящие пользу хозяину при введении в адекватных количествах [3,7,11,12,14].

Пробиотики первоначально определялись как «микроорганизмы, вызывающие рост других микроорганизмов», а затем как «живые микроорганизмы, которые при потреблении в достаточных количествах приводят к преимуществам для здоровья хозяина» [29]. Большинство пробиотических продуктов сегодня разработаны с использованием *Bifidobacteria*, *Lactobacilli* и других молочнокислых бактерий, таких как *Lactococcus* и *Streptococcus*. Другие перспективные пробиотические штаммы включают бактериальные роды *Bacillus*, *Escherichia* и *Propionibacterium* и некоторые другие дрожжевые роды, главным образом *Saccharomyces*. Пробиотики обычно считаются безопасными для здоровья человека, имея ограниченные побочные эффекты [22]. Несколько видов и штаммов *Lactobacilli*, включая *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus casei*, *Lactobacillus rhamnosus* и *Lactobacillus helveticus*, широко изучены в профилактике заболеваний человека и животных. Эти пробиотические виды способны изменять популяцию микроорганизмов в кишечной микробиоте и контролировать функционирование экосистемы кишечной микробиоты. В более ранних исследованиях были получены значительные доказательства клинических испытаний пробиотиков на моделях животных и человека, которые продемонстрировали их пригодность для лечения различных заболеваний.

Пробиотики были предложены в качестве профилактики и лечения хронического повреждения печени, поскольку они предотвращают бактериальную транслокацию и эпителиальную инвазию, а также ингибируют адгезию слизистой оболочки бактерий и продуцирование антимикробных пептидов при уменьшении воспаления и стимуляции иммунитета хозяина [18,20]. Согласно обзорной статье, опубликованной в 2011 г., высококачественные доклинические исследования и несколько рандомизированных контролируемых исследований поддерживали терапевтическое использование пробиотиков при заболеваниях печени [24].

Ноттингемский университет Великобритании (2017) рассматривал пробиотики как представляю-

ший интерес для лечения ЦП из-за возможных полезных эффектов путём модуляции микрофлоры. В статье говорится, что в последнее время в качестве значимых факторов патогенеза печёночной энцефалопатии рассматриваются как повреждения кишечной микробиоты, эндотоксемия и воспаление. Помимо этого, пробиотики лучше переносятся и более выгодны с экономической точки зрения, чем традиционно используемые препараты, такие как лактулоза, рифаксимин или L-орнитин-L-аспартат (субстраты цикла синтеза мочевины и глутамина). Оказалось, что 19 исследований соответствуют критериям включения, в соответствии с которыми осуществляется отбор участников в исследование из популяции. Пробиотики увеличивают количество полезной микрофлоры и уменьшают число патогенных бактерий и эндотоксемию по сравнению с плацебо или отсутствием лечения, однако не было отмечено влияние пробиотиков на выраженность воспаления. Пробиотики не оказывают дополнительного влияния на обратное развитие минимальной печёночной энцефалопатии и на профилактику возникновения выраженной печеночной энцефалопатии по сравнению с лактулозой, рифаксимином и L-орнитином-L-аспартатом. Только в 5 исследованиях оценивалась переносимость пробиотиков, при этом количество побочных эффектов было минимальным [32].

В.Г. Радченко и соавт. [8] установили, что на фоне лечения положительная динамика и выявлена нормализация синдрома цитолиза и холестаза к концу 6 недели у 17 (80,9%) пациентов, а к 8 неделе у всех пациентов (100,0%). Состояние всех пациентов оставалось стабильным на протяжении 6 месяцев после отмены препарата. Через 6 месяцев после отмены препарата все пациенты отмечали ухудшение состояния до исходного уровня. Недостатком способа, выбранного исследователями в качестве прототипа, является недостаточно высокая эффективность лечения больных циррозом печени. У больных циррозом печени с дисбиозом кишечника после приема пробиотика линекс отмечалась нормализация микрофлоры кишечника по результатам бактериологического исследования.

Учеными впервые установлено положительное влияние препарата линекс на течение цирроза печени. В разделе Инструкции «Показания к применению препарата линекс» [9] отсутствуют сведения о применении препарата для лечения пациентов хроническими заболеваниями печени, в том числе в стадии цирроза.

Вышеприведенные данные свидетельствуют о более высокой эффективности заявляемого способа лечения больных циррозом печени по сравнению со способом-прототипом (использование гепатопротектора Эссенциале Форте Н для лечения больных с циррозом печени). Пробиотик Линекс может быть рекомендован для коррекции цирроза печени без клинических и микробиологических проявлений нарушений микробиоценозов кишечника в связи с

тем, что он обладает свойствами, присущими гепатопротекторам [31].

По данным Н.М. Timmerman и соавт. (2006), в исследовании, проведенном ведущими европейскими экспертами на базе лаборатории Wageningen University (Голландия), оценили пробиотический материал продукта лациум. Терапевтический потенциал пробиотика лациум оказал воздействие на макроорганизм: повысилась колонизационная резистентность кишечника, снизилась интенсивность воспалительных процессов, нормализовались основные показатели общего и местного звеньев иммунного ответа. Эти данные являются основанием для расширения клинического использования препарата Лациум в лечении больных с различными воспалительными заболеваниями печени, сопровождающимися нарушенной колонизационной резистентностью кишечника [34].

Как показывают эти испытания, основная масса данных свидетельствует в пользу использования пробиотиков при мобильном генетическом элементе. Мета-анализ 9 подходящих отчетов показал положительный эффект пребиотиков, пробиотиков и синбиотиков у пациентов с печеночной энцефалопатией [19]. На самом деле, руководство Индийской национальной ассоциации по изучению печени рекомендует использовать пробиотики при мобильном генетическом элементе [30].

Ситуация менее ясна в отношении пробиотических препаратов при явной печеночной энцефалопатии. Кокрановский обзор пробиотиков для лечения печеночной энцефалопатии не выявил каких-либо признаков улучшения клинически значимых исходов, хотя пробиотики снижали уровень аммиака в плазме. Однако в некоторых сообщениях указывается, что пробиотики полезны при явной печеночной энцефалопатии; этот вопрос необходимо решить в дальнейших исследованиях, прежде чем можно будет дать какие-либо четкие рекомендации относительно использования пробиотиков для лечения или вторичной профилактики явной печеночной энцефалопатии [25].

Использование пробиотиков оценивалось у пациентов с компенсированным циррозом печени, по крайней мере, с одним серьезным осложнением. Мультиштаммовый пробиотик не дал никаких преимуществ у этих пациентов, за исключением незначительной тенденции к снижению уровня аммиака в сыворотке у пациентов с повышенным его уровнем [27]. Предоперационное и послеоперационное использование пробиотиков у пациентов с циррозом и гепатоцеллюлярной карциномой, перенесших резекцию опухоли, было связано с более низким уровнем ФНО- α в сыворотке и более быстрым восстановлением функции печени [28].

Подводя итог, можно сказать, что с растущим признанием той роли, которую изменения микрофлоры кишечника играют в возникновении различных заболеваний печени и их осложнений, возрастает интерес к пробиотикам и родственным продуктам для профилактики и лечения заболеваний печени. На данный момент пробиотики не мо-

гут быть рекомендованы для лечения большинства заболеваний печени, за исключением минимальной печеночной энцефалопатии, в клинических условиях. Однако по мере накопления данных пробиотики могут более широко использоваться для лечения других заболеваний печени.

Заключение

Современный фармакологический рынок наполнен многочисленными коммерческими препаратами, в результате в отношении пробиотиков образовался хаос. Результаты проведенного нами мета-анализа указывают на доказательные научные исследования использования пробиотиков после соответствующих экспериментальных и клинических исследований. Несмотря на безопасность пробиотиков, в публикациях упомянуты некоторые осложнения, которые приводят к выводу об индивидуальном подходе к дозировке и выбору штамма, который благотворно влиял бы на лечение и профилактику цирроза печени.

Со списком литературы можно ознакомиться в редакции

РОЛЬ ПРОБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Уринов А. М., Отожонов И. О., Ахмедова Д.Б.

В экономически развитых странах частота цирроза печени составляет 20-40 случаев на 100 тыс. населения, причем данный показатель неуклонно возрастает. Сегодня цирроз печени входит в число шести основных причин смерти лиц в возрасте 35-60 лет. Эффективным методом лечения заболеваний печени являются антибиотики, пребиотики и пробиотики, при помощи которых можно скорректировать кишечную микробиоту.

Ключевые слова: заболевание печени, пробиотики, цирроз печени, лечение.

