

Кофе может замедлить прогрессирование заболеваний печени

Исследователи из Национального института рака (NCI) пришли к выводу, что употребление более 3 чашек кофе в день снижает риск прогрессирования печеночной дисфункции у пациентов с гепатитом С. В исследовании HALT-C (Hepatitis C Antiviral Long-Term Treatment against Cirrhosis) они показали, что у пациентов, которые регулярно пили кофе, риск прогрессирования заболевания печени был на 53% ниже по сравнению с больными, исключившими этот напиток из своего рациона. В указанное исследование было включено 766 пациентов с гепатитом С и изменениями в печени, граничащими с фиброзом и циррозом, у которых не удалось достичь адекватного вирусологического ответа при терапии пегинтерфероном и рибавирином. Период наблюдения за пациентами составил в среднем 3,8 года.

Предполагают, что положительное влияние кофе на структуру и функцию печени оказывают несколько компонентов этого напитка, а именно кофеин, дитерпены и полифенолы. В частности, исследователи выдвинули гипотезу, что компоненты кофе блокируют активность глюкозо-6-фосфатазы – важного регулятора уровня глюкозы в крови, а также уменьшают воспаление в ткани печени.

Freedman N.D. et al.
Hepatology 2009; DOI: 10.1002/hep.23162

Взаимодействие ингибиторов протонной помпы и клопидогреля: факты или вымысел?

Согласно последним руководствам пациенты, принимающие клопидогрель и аспирин в комбинации, должны с целью снижения у них риска развития желудочно-кишечного кровотечения дополнительно получать ингибиторы протонной помпы (ИПП).

Известно, что клопидогрель преобразуется в активный метаболит при воздействии на него ферментов цитохрома P450 (CYP). У пациентов, которые имеют сниженную функцию CYP2C19, использование клопидогреля приводит к менее выраженному торможению агрегации тромбоцитов, и поэтому такая категория лиц относится к группе повышенного риска сердечно-сосудистых событий.

Поскольку в метаболизм ИПП также включается CYP2C19, возникло предположение, что при одновременном назначении этих препаратов ИПП могут помешать действию клопидогреля. Было показано, что омепразол (но не другие ИПП) снижает эффективность клопидогреля. Согласно результатам некоторых наблюдательных исследований, у пациентов, принимавших клопидогрель, при назначении ИПП увеличивался риск кардиоваскулярных событий (отношение рисков (OR) = 1,25-1,5). Этот факт также был отмечен Управлением по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными средствами США (FDA), которое в своих рекомендациях заявило, что «не следует поощрять сочетанное использование препаратов, блокирующих CYP2C19».

С другой стороны, рандомизированное плацебо контролируемое исследование, в котором сравнивались исходы у пациентов, принимавших омепразол, и у больных, находящихся на терапии комбинацией омепразола и клопидогреля, не показало никакой разницы в сердечно-сосудистых исходах (OR = 1,02; 0,70-1,51).

Поскольку ИПП и клопидогрель находятся довольно короткое время в плазме крови, теоретически для того чтобы предотвратить конкурентное ингибирование метаболизма CYP и свести к минимуму любые потенциальные, хотя и недоказанные, клинические взаимодействия, необходимо между приемом указанных препаратов соблюдать интервал в 12-20 ч. Например, ИПП можно принимать утром до завтрака, а клопидогрель – перед ночным сном.

Laine L., Hennekens C.
Gut 2010;59:10-11 doi:10.1136/gut.2009.189506

Витамин D в борьбе с болезнью Крона

Новое исследование показало, что витамин D, в том числе рыбий жир, содержащий этот витамин, может помочь в противостоянии развитию болезни Крона. Джон Уайт, эндокринолог из Научно-исследовательского института McGill University Health Centre, представил результаты своего исследования в последнем выпуске Journal of Biological Chemistry.

«Мы впервые показали, что недостаток витамина D может способствовать развитию болезни Крона», – заявил доктор Уайт, отметив, что люди из северных стран, которые получают меньше солнечного света, необходимого для продукции витамина D, особенно уязвимы в отношении болезни Крона.

Витамин D в его активной форме (1,25-дигидроксивитамин D) является гормоном, который связывается с рецепторами в клетках организма. Было показано, что дефект иммунной защиты в отношении кишечных бактерий приводит к воспалительной реакции, которая может способствовать развитию аутоиммунных состояний. Витамин D действует непосредственно на ген бета-дефенсин-2, который кодирует противомикробный пептид, и ген NOD2, предупреждающий клетки о вторжении микробов. Ранее было доказано, что и бета-дефенсин, и NOD2 связаны с развитием болезни Крона.

Таким образом, это исследование определило новые возможности в лечении пациентов с болезнью Крона или другими воспалительными заболеваниями кишечника.

Tian-Tian Wang, Basel Dabbas, Ari J. Bitton et al.
J. Biol. Chem. 2010 285: 2227-2231.

Антибактериальные препараты – наиболее частая причина лекарственно индуцированной печеночной недостаточности

Антимикробные препараты оказались наиболее частой причиной лекарственно индуцированной печеночной недостаточности, которая в большинстве случаев приводит к смерти пациента или к необходимости пересадки органа.

Проспективный анализ 1200 случаев острой печеночной недостаточности показал, что в половине из них лекарственными препаратами, спровоцировавшими развитие заболевания, были противотуберкулезные и противогрибковые лекарства, сульфаниламиды и другие антибиотики. Растительные добавки, противосудорожные препараты и статины также вошли в список наиболее гепатотоксичных средств.

Среди пациентов, у которых развилось лекарственно индуцированное повреждение печени, только 27% выздоровели, 40% была успешно проведена трансплантация органа, и около 30% умерли. Печеночная

недостаточность чаще диагностировалась у женщин (около 70%). Факторами, ассоциирующимися с лучшей выживаемостью, были более низкий уровень билирубина, менее интенсивная коагулопатия, определяемая по показателю международного нормализованного отношения, и более низкий балл по шкале Model for End-Stage Liver Disease. Такие показатели, как возраст, пол, индекс массы тела, уровень артериального давления и тип лекарственного препарата, вызвавшего повреждение печени, не показали достоверной значимости в отношении исходов пациентов.

Reuben A. et al.
Hepatology 2009; 50: 347A.

Оптимальное использование диуретиков в лечении асцита у больных циррозом

Примерно у половины пациентов с компенсированным циррозом печени в течение 5 лет развивается асцит. В качестве первой линии терапии массивного или рефрактерного асцита проводится парацентез, при умеренном асците используют мочегонные средства.

Поскольку на ранней стадии асцита уровень почечной перфузии и скорость клубочковой фильтрации (СКФ) значительно не нарушены, основным патогенетическим фактором в этом случае является вторичный гиперальдостеронизм, а задержка натрия преимущественно происходит в дистальном отделе нефрона. На более выраженных стадиях, когда снижается СКФ, постепенно увеличивается реабсорбция натрия в проксимальных отделах нефрона.

Рациональный выбор диуретиков должен основываться на вышеописанном патогенетическом фоне: обязательный прием антиминокортикоидов, при прогрессировании проксимальной реабсорбции натрия – назначение петлевых диуретиков. Было убедительно продемонстрировано преимущество спиронолактона перед монотерапией фуросемидом (Perez-Ayuso RM. et al, 1983).

Врачам следует иметь в виду, что диуретики неизбежно оказывают гиповолемический эффект, что может нести определенную опасность для больных циррозом. Поэтому рекомендуется осторожное применение диуретиков с контролем ежедневной потери веса, не превышающей 500 г.

Одно из направлений в лечении асцита – так называемое ступенчатое последовательное использование диуретиков. Эта терапия заключается в назначении антиминокортикоидов в стартовой суточной дозе 100 мг, которая постепенно увеличивается до максимально высоких доз (400 мг). Фуросемид и другие петлевые диуретики добавляются к терапии больным, которые не реагируют на антиминокортикоиды. Таким лечением удается купировать асцит у 90-95% пациентов с относительно сохраненной СКФ; 60-80% пациентов отвечают на монотерапию антиминокортикоидами.

Однако, в связи с наличием латентного периода в действии этих препаратов, необходимости определенного времени для достижения высоких доз диуретиков, а также нередким развитием побочных эффектов, в первую очередь, болезненной гинекомастии и гиперкалиемии, были опубликованы рекомендации по несколько иному направлению в лечении асцита. Они заключаются в сочетанном назначении фуросемида и спиронолактона перорально начиная с 40 и 100 мг соответственно (Runyon B.A., 1994).

Исследования, в которых сравнивались различные схемы терапии диуретиками – как комбинированной, так и пошагово-последовательной – имели довольно противоречивые результаты (Santos J. et al., 2003; Angeli P. et al., 2010). Тем не менее они помогли сделать следующие выводы:

1. Терапия больных с асцитом должна начинаться с монотерапии антиминокортикоидами, которая имеет высокую эффективность и редко приводит к побочным эффектам.

2. Пациенты с длительно текущим и рецидивирующим асцитом нуждаются в комбинированной терапии диуретиками, которая в отличие от последовательного их назначения не требует длительного времени для достижения натрийуреза и сопровождается более низким риском развития гиперкалиемии.

Bernardi M.

Gut 2010;59:10-11 doi:10.1136/gut.2009.189506

Пробиотики в терапии воспалительных заболеваний кишечника

Бактерии, продуцирующие соединения, которые снижают воспаление и повышают защитные силы организма, могут использоваться в лечении воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК). Эти пробиотики, возможно, окажутся наиболее эффективными методами лечения ВЗК на сегодняшний день. К такому выводу пришли ученые из Ghent University (Бельгия), представив свои доводы в февральском выпуске Journal of Medical Microbiology.

ВЗК могут сопровождаться тяжелой диареей и выраженным болевым синдромом. В Европе и Северной Америке распространенность ВЗК составляет 20 случаев на 100 тыс. населения. Наиболее частыми формами ВЗК являются болезнь Крона и неспецифический язвенный колит. Хотя точные причины этих заболеваний окончательно не выяснены, известно, что они развиваются в результате чрезмерной активности иммунной системы, которая связана с дисбалансом нормальных типов бактерий в кишечнике.

Несколько последних исследований установили, что масляная кислота является потенциальным терапевтическим средством при ВЗК. Некоторые бактерии кишечника производят масляную кислоту естественным образом, но у пациентов с ВЗК может значительно уменьшиться содержание этих штаммов. Исследования на мышах показали, что инъекция одного такого штамма *Faecalibacterium prausnitzii* в пищеварительный тракт является эффективной для восстановления нормального уровня бактерий кишечника и лечения симптомов ВЗК. В дополнение новые идентифицированные штаммы, продуцирующие масляную кислоту, такие как *Vulgarisibacterium pullisaccescens*, показали аналогичные результаты.

Масляная кислота – хорошо известное противовоспалительное средство. Она также способна укрепить клетки стенок кишечника, что делает ее идеальной для терапии ВЗК. Предполагают, что в дополнение к масляной кислоте такие штаммы, как *F. prausnitzii* и *V. pullisaccescens*, секретируют другие противовоспалительные соединения, которые могут усиливать терапевтический эффект.

Immerseel F.V., Ducatelle R. et al.

J Med Microbiol 59 (2010), 141-143; DOI: 10.1099/jmm.0.017541-0

Подготовила **Ольга Татаренко**



Ессенціалє® форте Н

ВІДНОВЛЮЄ ПЕЧІНКУ КЛІТИНА ДО КЛІТИНКИ



- ДОВЕДЕНА ЕФЕКТИВНІСТЬ В ЛІКУВАННІ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ ПЕЧІНКИ
- ЗАХИЩАЄ МЕМБРАНИ ГЕПАТОЦИТІВ ТА ВІДНОВЛЮЄ ЇХНЮ ЦІЛІСНІСТЬ
- ВІДНОВЛЮЄ ФУНКЦІЮ КЛІТИН ПЕЧІНКИ
- НОРМАЛІЗУЄ БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ КРОВІ

«Клінічна ефективність Ессенціалє® форте Н доведена у 239 мультицентрових дослідженнях за участі 14 196 пацієнтів»



Дозування: 2 капсули 3 рази на добу.
Курс лікування: 8–12 тижнів.

Р.П. МОЗ України № UA/8682/01/01 від 15.08.08,
UA/8626/01/01 від 15.08.08.

Перед застосуванням уважно читайте інструкцію.
Зберігати в недоступному для дітей місці.
Реклама: лікарський засіб.

ТОВ «Санofi-Авентіс Україна».
Київ, 01033,
вул. Жилианська, 48–50а,
тел.: +38 (044) 354 20 00,
факс: +38 (044) 354 20 01.

sanofi aventis

Здоров'я – це важливо

UA_EPL_08.08.02