

## НОВИНИ

**Уперше в Україні створена Концепція Державної програми з профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів**

Вірусні гепатити в Україні за ступенем негативного впливу на здоров'я населення займають домінуюче місце в структурі інфекційної патології. Така ситуація підштовхнула профільних спеціалістів уперше створити робочу групу щодо цієї проблеми, яка розробила і ухвалила Концепцію Державної цільової соціальної програми з профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів на період до 2016 року.

Актуальність розроблення Загальнодержавної цільової програми з профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів на період до 2016 року зумовлена необхідністю створення ефективної системи дієвих заходів щодо запобігання подальшому поширенню вірусних гепатитів.

В Концепції програми вказується на доцільність вирішення проблеми гепатиту В шляхом вакцинопрофілактики, а проблеми гепатиту С – своєчасною діагностикою та противірусним лікуванням.

Профілактичними заходами є:

- забезпечення масштабної первинної профілактики поширення вірусних гепатитів серед населення, передусім серед молоді, через проведення роз'яснювальної роботи щодо пропаганди здорового способу життя із залученням засобів масової інформації;

- посилення профілактичних заходів серед представників груп ризику;

- залучення до реалізації програм профілактики вірусних гепатитів медичних і соціальних працівників, працівників органів державної влади, органів місцевого самоврядування, роботодавців, професійних спілок, представників бізнесу;

- дотримання вимог щодо безпеки лікувально-діагностичного процесу в лікувально-профілактичних закладах;

- посилення безпеки донорства щодо запобігання випадкам передачі вірусних гепатитів через кров;

- удосконалення епідеміологічного нагляду та реєстрації хворих на хронічні гепатити В і С, створення реєстрів хворих у кожному регіоні України;

Лікувально-діагностичними заходами є:

- організаційне забезпечення діагностики, лікування та профілактики вірусних гепатитів;

- удосконалення діагностики вірусних гепатитів;

- забезпечення противірусного лікування хворих з гепатитами;

- зниження захворюваності на гострий вірусний гепатит В шляхом вакцинопрофілактики.

- раннє виявлення та лікування хворих на гострий та хронічні гепатити В і С (за рахунок покращення та удосконалення діагностики);

- медичне обстеження контактних осіб в осередках та родинах, де є хворі на гепатити В і С, цироз або рак печінки;

- лабораторне обстеження груп ризику на наявність маркерів інфікування вірусами гепатитів В і С;

- удосконалення тестування донорської крові та донорів органів на гепатити В і С з вибірковою застосуванням методу ПЛР;

- ширше впровадження неінвазивних методів діагностики та лікування;

- забезпечення сучасним обладнанням для гарантованої стерилізації всіх державних та приватних лікувально-профілактичних закладів;

- розроблення системи моніторингу немедичних закладів (перукарень, косметичних, манікюрних і педикюрних кабінетів, салонів тату, татуажу та пірсингу тощо) за надійними стерилізаційними заходами з використанням виключно одноразового або стерильного інструментарію;

За інформацією прес-служби України

# Стеатогепатит и цирроз печени — две нозологии, два этапа одного процесса

**О**дно из заседаний первого дня съезда было посвящено актуальным вопросам гепатологии. Ведущие отечественные специалисты обсуждали как традиционные, так и новые аспекты диагностики, лечения и профилактики наиболее распространенных заболеваний печени, связанных с алкоголизмом, вирусными инфекциями и метаболическим синдромом.

Директор ГУ «Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины» (г. Харьков), доктор медицинских наук, профессор Олег Яковлевич Бабак осветил проблему заболеваний печени, связанных с сахарным диабетом (СД).



– В Украине зарегистрировано более 1 млн больных СД, что составляет около 2% населения. Однако, учитывая проблему гиподиагностики в связи с бессимптомным течением ранних

метаболических нарушений, можно утверждать, что истинная распространенность СД 2 типа и метаболического синдрома значительно выше. Печень, с одной стороны, непосредственно участвует в механизмах формирования СД 2 типа, а с другой – одной из первых страдает от этой патологии. В условиях резистентности периферических тканей к действию инсулина в портальную вену поступает значительное количество неэтерифицированных жирных кислот (НЭЖК), которые утилизируются в печени двумя путями. Первый путь – глюконеогенез – превращение НЭЖК в глюкозу, избыток которой секретируется гепатоцитами в кровь. В ответ на гипергликемию подавляется процесс удаления печени из кровотока инсулина и развивается гиперинсулинемия. Второй путь утилизации НЭЖК – синтез триглицеридов, которые становятся основным субстратом жировой инфильтрации печеночной ткани.

Терминология, отражающая изменения в печени на фоне СД, имеет свою историю. Термины «диабетическая гепатопатия», «жировая гепатоз» и «жировая дистрофия печени» в настоящее время устарели. Успехи в изучении механизмов формирования и прогрессирования патологии печени при СД позволили сформулировать более корректный и отражающий суть явления термин – «неалкогольная жировая болезнь печени» (НАЖБП), под которым объединены две ее формы – неалкогольный стеатоз и неалкогольный стеатогепатит (НАСГ).

С одной стороны, это две разные нозологические единицы, с другой – этапы единого процесса поражения печени на фоне метаболического синдрома. Стеатоз подразумевает наличие

жировой инфильтрации печеночной ткани без признаков воспалительного процесса. Критерием диагноза НАСГ является наличие воспаления, некроза и фиброза печени на фоне переполнения гепатоцитов липидными включениями. Указание на неалкогольную природу патологии не случайно, поскольку для НАЖБП характерны те же гистологические признаки, что и для алкогольного стеатоза или стеатогепатита, поэтому диагноз НАЖБП правомочен лишь в тех случаях, когда в анамнезе отсутствуют данные о злоупотреблении алкоголем. Кроме того, НАСГ – это диагноз исключения. Похожие биохимические (повышение уровня печеночных аминотрансфераз), визуализационные (по данным КТ и УЗИ) и гистологические признаки могут наблюдаться при вирусных или аутоиммунных гепатитах, болезни Вильсона-Коновалова, врожденной недостаточности  $\alpha_1$ -антитрипсина, гемохроматозе, лекарственных поражениях печени (например, на фоне лечения глюкокортикоидами, синтетическими эстрогенами).

Неспецифичность клинической картины обуславливает гиподиагностику НАЖБП, в результате чего пациенты могут на протяжении многих лет не получать адекватного лечения. Раннее начало терапии имеет большое значение, ведь самый неблагоприятный исход НАЖБП – развитие гепатоцеллюлярной карциномы.



Для подтверждения диагноза НАЖБП сегодня применяется множество визуализационных и инвазивных методов, включая биопсию печени. В последнее время все большее распространение получает неинвазивное определение маркеров фиброза.

Современные подходы к терапии НАЖБП на фоне СД в первую очередь

По материалам VI съезда гастроэнтерологов Украины (22-24 сентября, г. Днепрпетровск)



закljučаются в коррекции факторов риска и минимизации непосредственных причин поражения печени: нормализации гликемии, массы тела, отмене потенциально гепатотоксических лекарственных средств. Обязательное условие лечения для пациентов с СД – достижение и поддержание целевого уровня гликозилированного гемоглобина – <7%. Диета и умеренные физические нагрузки показаны всем пациентам с какими-либо проявлениями нарушений со стороны печени, а медикаментозная терапия – только больным с лабораторными признаками НАЖБП. При отсутствии маркеров активности процесса – повышения уровня печеночных ферментов – медикаментозное лечение не оправдано, поскольку может лишь усугубить ситуацию, спровоцировав переход заболевания в активную фазу.

**Первоочередная задача медикаментозной терапии НАЖБП – замедлить прогрессирование цитолитиза и фиброза.**

С учетом ключевой роли печени в инактивации и элиминации большинства лекарственных средств и высокого риска лекарственных взаимодействий в лечении НАЖБП предпочтение следует отдавать препаратам на основе естественных метаболических соединений. Таковыми, в частности, являются препараты аминокислот аргинина и бетаина. В ряде исследований последних лет показано, что L-аргинин подавляет перекисное окисление липидов и образование коллагена. Это происходит за счет того, что L-аргинин – естественный предшественник оксид азота – увеличивает печеночную оксигенацию, печеночный и портальный кровоток (S. Ijaz).

В экспериментальных работах Т.М. Leung и соавт. получены новые данные, свидетельствующие об уменьшении интенсивности фиброзированной ткани печени на фоне введения L-аргинина. Авторы связывают уменьшение коллагенообразования за счет ингибции аргинином нуклеарного фактора каппа В и фактора некроза опухоли (рис. 1).

Бетаин как естественный метаболит холина принимает участие в биосинтезе фосфолипидов клеточных мембран, способствует нормализации липидного обмена, предотвращая жировую дистрофию печени. Кроме того, описано антифибротическое действие бетаина,



которое реализуется посредством уменьшения уровня гомоцистеина. Эффекты бетаина прицельно изучались у пациентов с НАСГ. Результаты двойного слепого плацебо контролируемого исследования, опубликованные в 2005 г., демонстрируют, что у 60% больных на фоне приема бетаина уменьшалась степень фиброза печени, а у 90% пациентов нормализовались уровни АЛТ и АСТ.

Отечественным специалистам хорошо известен комбинированный препарат L-аргинина и бетаина в форме раствора для перорального применения (в ампулах по 10 мл) – Цитрагенин, представленный в Украине компанией «Евромедекс». Антифибротическое действие аргинина и бетаина позволяет назначать его пациентам с НАЖБП с целью предотвращения прогрессирования заболевания, уменьшения развития фиброза и цирроза.

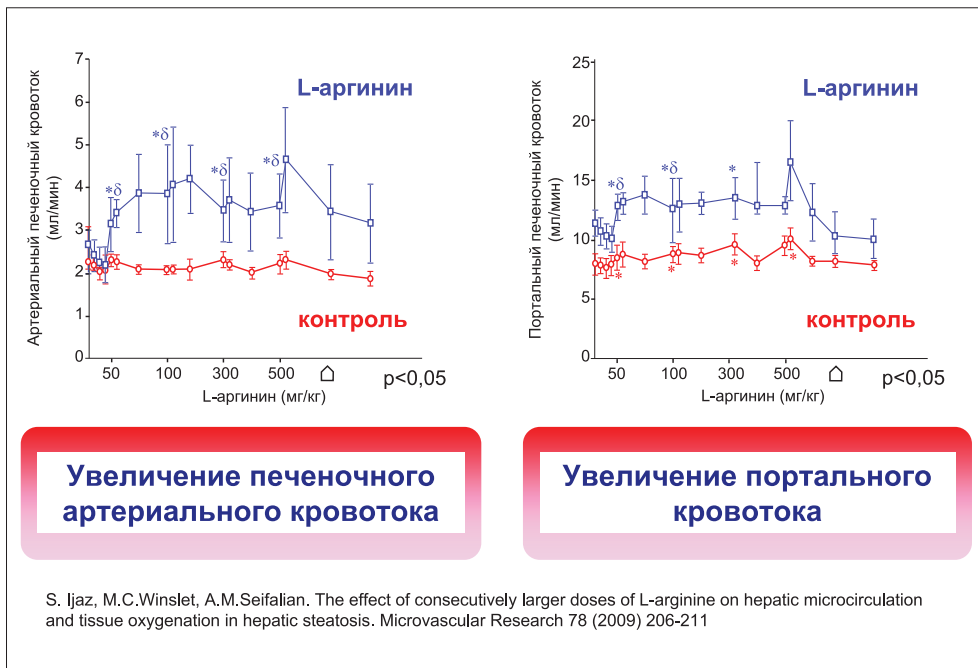
**Заведующий кафедрой гастроэнтерологии факультета последипломного образования Днепропетровской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор Юрий Миронович Степанов** рассмотрел отдельные аспекты профилактики и лечения цирроза печени.



– Цирроз печени – конечный этап единого патологического процесса, включающего стеатоз, стеатогепатит и фиброзирование печеночной ткани. В то же время каждый больной приходит к циррозу «своим путем», то есть имеет индивидуальный набор факторов риска и сопутствующих заболеваний, которые способствуют развитию и прогрессированию патологии печени. Обычно начало такого пути – это конкретный этиологический фактор. Алкоголизм, вирусные гепатиты, токсические и лекарственные поражения печени – далеко не полный перечень причин в этиологической структуре цирроза. Малоизвестной и почти недоступной в плане диагностики для большинства практикующих врачей остается аутоиммунная патология печени.

**Основные задачи лечения хронических заболеваний печени известны каждому клиницисту: защита гепатоцитов от разрушения, сохранение или восстановление их функций, сдерживание жировой дистрофии, фиброза и воспаления; уменьшение клинических проявлений; профилактика осложнений, таких как портальная гипертензия и печеночная энцефалопатия.**

Вирусные гепатиты в структуре причин цирроза занимают лидирующие



**Рис. 2. Увеличение печеночного кровотока на фоне приема L-аргинина**

позиции, конкурируя с алкогольной болезнью печени. В случае вирусного гепатита С только адекватная противовирусная терапия может прервать каскад патологических изменений, ведущих к циррозу или гепатоцеллюлярной карциноме.

В лечении заболеваний печени широко применяются препараты урсодезоксихолевой кислоты (УДХК), механизмы действия которой способствуют сохранению функции гепатоцитов и желчевыводящих путей. Важный компонент патогенетической терапии заболеваний печени – использование аминокислотных препаратов. Комбинированный препарат L-аргинина и бетаина Цитрагенин («Евромедекс») успешно применяется на разных этапах хронической патологии печени в течение многих лет и успел завоевать доверие врачей и пациентов.

L-аргинин, являющийся компонентом Цитрагенина, участвует в синтезе белков и других аминокислот, способствует поддержанию азотистого баланса, входит в состав ряда ферментов и гормонов, принимает участие в регуляции иммунологических реакций. Кроме того, аргинин является естественным донатором оксида азота – мощного эндогенного вазодилатора. В экспериментальных и клинических исследованиях показано, что аргинин повышает артериальный кровоток в печени, уменьшает венозное сопротивление в системе портальной вены, нормализует печеночную микроциркуляцию и лимфоотток, предотвращая гипоксию гепатоцитов и активацию перекисного окисления липидов. Благодаря свойствам стимуляции печеночного кровотока и влиянию на цитохром P450 L-аргинин способствует сохранению и восстановлению детоксикационной функции печени. В 2009 г. были получены

данные о том, что эффекты улучшения микроциркуляции и оксигенации печени на фоне приема L-аргинина сохраняются в условиях жировой инфильтрации печени и способствуют ее регрессу (рис. 2).

Бетаин как липотропный агент способствует мобилизации липидов из печени и является естественным предшественником холина. Из триглицеридов и неорганического фосфора в присутствии бетаина образуется эндогенный фосфатидилхолин, который является основным компонентом эссенциальных фосфолипидов.

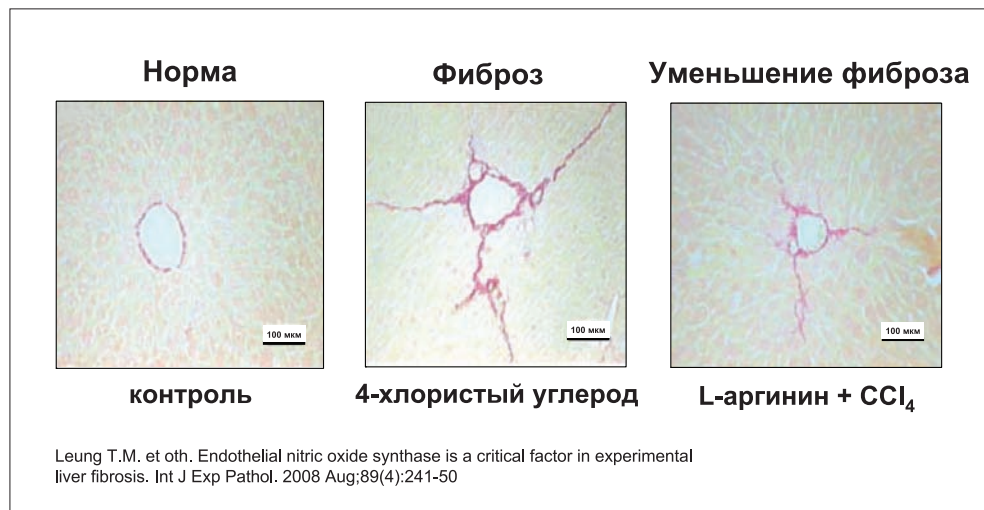
Отдельно следует остановиться на таком симптоме, как астения. Все мы хорошо знаем, что общая слабость, астения – самая частая жалоба пациентов с заболеваниями печени. Для большого

важно, как быстро уйдет астения и повысится его трудоспособность. Аминокислота L-аргинин способствует накоплению креатинфосфата, повышает оксигенацию печеночной ткани, способствует выведению токсичных аммиака, лактата; она также оказывает общестимулирующее действие на обмен веществ за счет стимуляции синтеза гормона роста, вилочковой железы, Т-лимфоцитов. Поэтому на фоне Цитрагенина пациенты отмечают с первых дней приема выраженное уменьшение общей слабости и усталости, прилив сил и энергии.

Как показали результаты американского двойного слепого плацебо контролируемого исследования, пероральный прием L-аргинина 1,5 г/сут в течение 4 нед повышает порог физической выносливости на 22,4% (С.Л. Samic, 2010). L-аргинин – один из самых популярных аминокислотных компонентов спортивного питания. В спортивной медицине профессиональные спортсмены используют аргинин для увеличения толерантности к физическим нагрузкам, для повышения выносливости во время спортивных соревнований. Этот эффект L-аргинина отмечает неоднократный победитель многодневной велогонки «Тур де Франс» Альберто Контадор: «Только аргинин открывает мне второе дыхание...».

Таким образом, при составлении плана комплексного лечения пациентов с хронической патологией печени следует, с одной стороны, максимально использовать доказанные возможности патогенетической терапии, включая препараты УДХК и аминокислот, а с другой – учитывать индивидуальные этиологические факторы.

Подготовил **Дмитрий Молчанов**



**Рис. 1. Снижение интенсивности фиброирования ткани печени на фоне введения L-аргинина в эксперименте по данным цифрового морфометрического анализа**

## ЦИТРАРГІНІН® АРГІНІН-БЕТАЇН

- Жирова інфільтрація печінки
- Хронічні гепатити: алкогольні, вірусні, токсичні
- Цирози
- Синдром Жильбера
- Захист печінки від алкоголю та ліків

РП в Україні № UA01840101 від 22.01.2009

Хай печінка «дихає» вільно!

**Zambon France**

**EUROMEDEX**  
Продовольство "Сармидекс Франс", м. Київ, вул. Грушевського, 26/2, 01743, тел./факс: (044) 501-24-38