

Полиненасыщенный фосфатидилхолин и урсодезоксихолевая кислота в лечении холестаза беременных

Группа ученых под руководством В. Marciniak (г. Люблин, Польша) изучала влияние полиненасыщенного фосфатидилхолина и урсодезоксихолевой кислоты на течение холестаза беременных.

В исследовании приняли участие 43 пациентки, у которых при обследовании был диагностирован холестаз беременных. В зависимости от исходного уровня желчных кислот в сыворотке крови женщины были разделены на три группы: у 1-й группы (n=15) концентрация желчных кислот была в пределах 11-15 мкмоль/л; у 2-й (n=13) – 15-20 мкмоль/л; у 3-й (n=15) – выше 20 мкмоль/л. Для нивелирования явлений холестаза пациенткам 1-й группы назначали полиненасыщенный фосфатидилхолин, 2-й группы – урсодезоксихолевую кислоту, 3-й группы – комбинацию полиненасыщенного фосфатидилхолина и урсодезоксихолевой кислоты. Эффективность проводимой терапии оценивали по изменению сывороточной концентрации общего билирубина, щелочной фосфатазы, печеночных трансаминаз непосредственно после родоразрешения. Уровень желчных кислот определяли не только в сыворотке крови матери, но и в пуповинной крови.

Сформированные исследователями группы были статистически сопоставимыми и не отличались по количеству первородящих женщин, использованному методу родовспоможения, массе тела новорожденных при рождении, оценке состояния младенцев по шкале Апгар. Несмотря на более высокий исходный уровень желчных кислот и трансаминаз у беременных из 3-й группы, именно у них концентрация щелочной фосфатазы, печеночных трансаминаз, общего билирубина, желчных кислот после родов была достоверно ниже по сравнению с участницами 1-й и 2-й групп. Содержание желчных кислот в пуповинной крови также было меньше у пациенток, принимавших полиненасыщенный фосфатидилхолин и урсодезоксихолевую кислоту.

На основании полученных данных авторы исследования пришли к выводу, что беременным с наличием выраженного холестаза целесообразно назначать комбинированную терапию полиненасыщенным фосфатидилхолином и урсодезоксихолевой кислотой.

Marciniak B. et al. Ginekolog. Pol. 2011; № 82 (1): 26-31.

Целесообразность назначения L-триптофана и мелатонина больным неалкогольным стеатогепатитом

В развитии и прогрессировании неалкогольной жировой болезни печени значительную роль играют оксидативный стресс и апоптоз гепатоцитов. Группа польских ученых из Люблинского медицинского университета изучала влияние мелатонина и L-триптофана на показатели биохимического анализа крови у пациентов с неалкогольным стеатогепатитом.

В исследовании приняли участие больные, у которых диагноз неалкогольного стеатогепатита был подтвержден при гистологическом исследовании биоптатов печени. Всех пациентов распределили на три группы. Больным 1-й группы (n=15) назначали эссенциальные фосфолипиды 300 мг 3 р/сут и триптофан 500 мг 2 р/сут на протяжении 4 нед. Пациенты 2-й группы (n=15) принимали эссенциальные фосфолипиды 300 мг 3 р/сут и мелатонин 5 мг 2 р/сут; больные 3-й группы получали только эссенциальные фосфолипиды 300 мг 3 р/сут. После завершения 4-недельного курса терапии ученые зафиксировали достоверное снижение уровня γ -глутамилтранспептидазы, триглицеридов и провоспалительных цитокинов у пациентов 1-й и 2-й групп. Кроме того, у этих больных имело место значительное увеличение концентрации мелатонина в сыворотке крови, тогда как у пациентов 3-й группы уровень мелатонина практически не изменялся.

Таким образом, комплексная терапия неалкогольного стеатогепатита эссенциальными фосфолипидами и мелатонином/триптофаном способствует снижению концентрации провоспалительных цитокинов в плазме крови. Н. Cichoz-Lach и соавт. считают лечение неалкогольного стеатогепатита с использованием мелатонина и L-триптофана патогенетически обоснованным и целесообразным.

Cichoz-Lach H. et al. J Physiol Pharmacol.; 2010 Oct 61(5): 577-580.

В США зафиксирован рост распространенности неалкогольной жировой болезни печени

Американские ученые под руководством Z. Younoss проанализировали базу данных Национального исследования

состояния здоровья и питания (National Health and Nutrition Examination Survey, NHANES) с 1988 по 2008 год для определения распространенности хронических заболеваний печени в США. Оказалось, что последняя на протяжении 1988-1994 гг. составила 11,78%, в течение 1999-2004 гг. возросла до 15,66%, а в 2005-2008 гг. снизилась до 14,78%. Распространенность таких хронических заболеваний печени, как вирусные гепатиты В и С, алкогольная болезнь печени, оставалась относительно стабильной. Так, в 1988-1994 гг. показатели распространенности вирусного гепатита В составили 0,36%, в 1999-2004 гг. – 0,33%, в 2005-2008 гг. – 0,34%; вирусного гепатита С – 1,95; 1,97 и 1,68% соответственно; алкогольной болезни печени – 1,38; 2,21 и 2,05% соответственно. В то же время распространенность неалкогольной жировой болезни печени значительно возросла за указанные периоды соответственно с 5,51%; затем 9,84% до 11,01%. В 1988-1994 гг. доля неалкогольной жировой болезни печени в структуре всех хронических заболеваний печени составила 46,8%, в 1994-2004 гг. – возросла до 62,84%, а в 2005-2008 гг. – увеличилась до 75,1%. В указанные временные промежутки ученые отметили стойкий рост распространенности ожирения (21,74; 30,02 и 33,22% соответственно), висцерального ожирения (35,18; 48,16 и 51,43% соответственно), сахарного диабета 2 типа (5,55; 7,88 и 9,11% соответственно), инсулинорезистентности (23,29; 32,50 и 35,0% соответственно), артериальной гипертензии (22,68; 33,11 и 34,08% соответственно). Независимым фактором риска развития неалкогольной жировой болезни печени было признано наличие избыточной массы тела /ожирения.

Younoss Z. et al. Clinical Gastroenterology and Hepatology. 2011. doi:10.1016/j.cgh.2011.03.020

Выявлена генетическая предрасположенность к лекарственно-индуцированному поражению печени

Известно, что лекарственно-индуцированное поражение печени в большинстве случаев развивается при применении антибактериальных препаратов. Группа ученых из Испании, Великобритании и США попытались выявить генетическую предрасположенность к развитию лекарственно-индуцированного поражения печени у пациентов, принимавших амоксициллин/клавуланат.

В ходе исследования было проведено полногеномное картирование образцов крови от 201 больного с токсическим поражением печени, которое было индуцировано приемом амоксициллина/клавуланата. М. Lucena и соавт. установили, что развитие лекарственно-индуцированного поражения печени ассоциировано с наличием определенных локусов комплекса гистосовместимости человека (HLA). Наиболее значимым оказалось носительство однонуклеотидного полиморфизма II класса HLA – rs9274407, а также rs3135388 – маркерного однонуклеотидного полиморфизма, идентифицирующего область генома (HLA-DRB1*1501-DQB1*0602), содержащую полиморфный маркер, ассоциированный с развитием лекарственного поражения печени. Носительство однонуклеотидного полиморфизма I класса HLA – rs2523822, локализованного в регионе HLA-A*0201, – также вызывало клинические проявления лекарственного поражения печени. Между наиболее значимыми однонуклеотидными полиморфизмами I и II класса была установлена тесная корреляционная взаимосвязь (p=0,0015). Метод высокопроизводительного HLA-генотипирования подтвердил наличие связи между HLA-A*0201 и HLA-DQB1*0602.

Таким образом, носительство HLA-генотипов I и II класса предрасполагает к развитию токсического поражения печени при приеме амоксициллина/клавуланата. Авторы исследования подчеркнули, что идентификация генотипов HLA целесообразна только при проведении широкомасштабных научных исследований, в которых изучается патогенез лекарственно-индуцированного поражения печени, в то время как использование генотипирования в практической деятельности будет ограничено низкой прогностической ценностью исследования.

Lucena M. et al. Clinical Gastroenterology and Hepatology. 2011. doi:10.1053/j.gastro.2011.04.001

Подготовила **Лада Матвеева**



Відновлює печінку клітина до клітини

- Ессенціале® форте Н надійно захищає печінку від негативного впливу шкідливих факторів (алкоголь, токсичні речовини, ліки та ін.), відновлює її структуру та функцію¹.
- Ессенціале® форте Н містить унікальну EPL®-субстанцію природного походження, яка відновлює структуру мембран клітин печінки².
- Ефективність Ессенціале® форте Н доведена клінічною практикою і базується на даних 239 клінічних досліджень за участі більше 14 000 пацієнтів (жовтень 2009)³.
- Ессенціале® форте Н — більше ніж 50 років досвіду застосування в практичній медицині³.

Спосіб застосування та дози²:

2 капсули 3 рази на добу (підтримуюча доза — 1 капсула 3 рази на добу), курс лікування — не менше 3 місяців.

¹За обсягом продажів (дослідження, проведені АйЕмЕс ХЕЛС, дані за останні 12 міс. станом на 3-й квартал 2010 р.).

²Ессенціальные фосфолипиды в лечении острых и хронических заболеваний печени // Здоров'я України. – 2009. – 20. – С. 58–59.

³Інструкція для медичного застосування препарату Ессенціале® форте Н, Ессенціале® Н.

⁴Corporate data, September 2008.

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

Перед застосуванням проконсультуйтеся з лікарем та уважно читайте інструкцію.

Зберігати в недоступному для дітей місці.

Реклама: лікарський засіб.

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

sanofi aventis
Здоров'я – це важливо