

АНОНС

Національна академія медичних наук України
ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України»
ГО «Молоді вчені та спеціалісти інститутів НАМН України м. Харкова»
ДУ «Інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України»

Науково-практична конференція Внесок молодих спеціалістів у розвиток медичної науки і практики

16 травня, м. Харків

До участі запрошуються молоді вчені та спеціалісти віком до 35 років, які беруть активну участь у фундаментальних і прикладних дослідженнях у таких галузях сучасної медицини, як терапія, акушерство та гінекологія, хірургія, онкологія, онкогінекологія, медична радіологія, неврологія та психіатрія, дерматовенерологія, ортопедія та травматологія, педіатрія, мікробіологія, ендокринологія, отоларингологія, стоматологія, клінічна фармакологія та фармакотерапія, патофізіологія, патоморфологія.

Оргкомітет

В.С. Сухін, к.м.н.; тел.: +38 (067) 573-37-84
Д.М. Калашник, к.м.н.; тел.: +38 (067) 959-72-65
Є.М. Крутько, к.м.н.; тел.: +38 (067) 931-43-14
В.С. Кулініч, тел.: +38 (066) 711-93-20

АНОНС

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
Національний інститут фтизіатрії і пульмонології України
ім. Ф.Г. Яновського НАМН України

V з'їзд фтизіатрів і пульмонологів України 6-8 листопада, м. Київ

Програмні питання

- Діагностика туберкульозу в умовах розповсюдження хіміорезистентних штамів мікобактерій туберкульозу і ВІЛ-інфекції
- Сучасні підходи до лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз і туберкульоз із розширеною резистентністю
- Коінфекція туберкульозу/ВІЛ: ведення нових і повторних випадків захворювання
- Хронічний бронхіт: розповсюдженість, етіологія загострень, лікування
- Актуальні питання виявлення і лікування хворих на ХОЗЛ
- Негоспітальна та нозокоміальна пневмонія: класифікація, діагностика і лікування
- Антибактеріальна терапія інфекцій нижніх дихальних шляхів
- Ідіопатичний легневий фіброз: діагностика і лікування
- Проблеми професійної патології легень
- Вроджені вади і спадково обумовлені захворювання легень
- Актуальні питання торакальної хірургії

VII національний астма-конгрес у рамках V з'їзду фтизіатрів і пульмонологів України

Програмні питання

- Епідеміологія бронхіальної астми (БА)
- Профілактика БА
- Фундаментальні основи БА
- Діагностика, моніторинг БА
- Фармакотерапія БА
- Нові терапевтичні стратегії у разі БА
- Астма та супутні захворювання
- Специфічна імунотерапія БА
- Лікування загострень БА спеціалістами швидкої допомоги
- Навчальні програми

Оргкомітет

Адреса: вул. М. Амосова 10, м. Київ, 03680, Україна.
Тел./факс: +38 (044) 270-35-59, +38 (044) 270-35-61, +38 (044) 275-05-68, +38 (044) 275-62-42
E-mail: gavrysyuk@inbox.ru oleksandr@pulmon.kiev.ua diagnost@ifp.kiev.ua

Неалкогольная жировая болезнь печени как самостоятельное проявление метаболического синдрома

Метаболический синдром (МС) и каждый из его компонентов достоверно ассоциируются с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП). Основываясь на этом факте, многие авторы предлагают рассматривать НАЖБП как самостоятельный компонент МС. Целью настоящего исследования было проверить эту гипотезу с помощью подтверждающего факторного анализа, который позволяет сравнивать различные модели с включением и без включения НАЖБП как компонента МС.

Методы. Проанализированы данные 3846 пациентов – участников исследования NHANES (1988-1994). Диагноз НАЖБП устанавливали по повышенному содержанию жира в печени по данным ультрасонографии.

Результаты. МС по критериям АТР III присутствовал у 20,5% обследованных, 30,2% пациентов имели НАЖБП (легкий, среднее выраженный или тяжелый стеатоз). Простая модель, в которой использовались стандартные компоненты МС (нарушение обмена глюкозы, окружность талии, соотношение триглицеридов и липопротеинов высокой плотности, среднее артериальное давление), показал очень высокую точность аппроксимации. Добавление в эту модель НАЖБП в качестве пятой независимой переменной свидетельствовало о том, что НАЖБП не является самостоятельным компонентом МС.

Выводы. МС достоверно ассоциируется с НАЖБП, однако отсутствуют доказательства того, что НАЖБП является независимым компонентом или проявлением МС.

Smits M.M., Ioannou G.N., Boyko E.J. et al. Non-alcoholic Fatty Liver Disease as an Independent Manifestation of the Metabolic Syndrome. Results of a US National Survey in Three Ethnic Group. J Gastroenterol Hepatol. 2013; 28 (4): 664-670.

У пациентов с НАЖБП краткосрочные физические нагрузки улучшают жировой состав печени

На сегодня установлено, что стеатоз печени, инсулинорезистентность, системное воспаление, низкие уровни полиненасыщенных липидов и адипонектин играют значимую роль в развитии и прогрессировании НАЖБП. Цель исследования – изучить влияние краткосрочных аэробных физических нагрузок на вышеуказанные факторы метаболического риска.

Методы. Пациентов с ожирением ($n=17$; индекс массы тела $34,3 \pm 1,0$ кг/м²) и клинически подтвержденной НАЖБП включали в программу аэробных нагрузок, состоящую из ходьбы на тредмиле при 85% от максимальной частоты сердечных сокращений на протяжении 60 мин в день 7 дней подряд. Перед включением и после завершения программы оценивали содержание триглицеридов в печени, а также индекс сатурации липидов и индекс полиненасыщенных липидов (ИПЛ) в печени, полученные с помощью ¹H-магнитно-резонансной спектроскопии ($n=14$). Чувствительность периферических тканей к инсулину рассчитывали на основании перорального теста на толерантность к глюкозе (ПТТГ). Кроме того, во время проведения ПТТГ получали и изолировали мононуклеарные клетки для оценки продукции активных форм кислорода. Также определяли плазменные уровни глюкозы, инсулина и адипонектина с высокой молекулярной массой (ВММ).

Результаты. Аэробные физические нагрузки вызвали повышение ИПЛ, чувствительности к инсулину, ВММ-а-дипонектина и VO_{2max} (во всех случаях $p < 0,05$). После тренировки снижалась продукция активных форм кислорода во время ПТТГ ($p < 0,05$). Повышение ВММ-адипонектина положительно коррелировало с повышением ИПЛ печени ($r=0,52$; $p=0,05$). Масса тела пациентов на протяжении исследования оставалась стабильной ($p > 0,05$).

Выводы. У пациентов с НАЖБП краткосрочная аэробная тренировка улучшает липидный состав печени и таким образом может снижать риск прогрессирования НАЖБП. Предполагаемым механизмом улучшения является повышение уровня адипонектина.

Haus J.M., Solomon T.P., Kelly K.R. et al. Improved Hepatic Lipid Composition Following Short-Term Exercise in Non-Alcoholic Fatty Liver Disease. J Clin Endocrinol Metab. Опубликовано онлайн 24 апреля 2013 г.

Функциональные нарушения у пациентов с алкогольной и неалкогольной жировой болезнью печени: результаты 3-летнего наблюдения

Алкогольная болезнь печени (АБП) и НАЖБП – широко распространенные заболевания, и частота их выявления в последние годы неуклонно увеличивается. Целью настоящего исследования было изучить распространенность и предикторы функциональных нарушений у пациентов с АБП и НАЖБП, верифицированными с помощью биопсии.

Методы. Больные, обратившиеся в Центр биомедицинских исследований NHR (Великобритания) в 2008 г., прошли валидированные функциональные, когнитивные и автономные тесты. Состояние здоровья участников отслеживали на протяжении 3 лет.

Результаты. Обследованы 224 больных НАЖБП и 107 пациентов с АБП. Группы с НАЖБП и АБП характеризовались одинаковыми функциональными нарушениями, значительно выраженными по сравнению с таковыми в контрольной группе ($p < 0,001$). Пациенты с прецирротической и цирротической стадией по функциональным нарушениям существенно не отличались. Независимыми предикторами функциональных ограничений при АБП были более выраженные автономные и когнитивные нарушения ($p < 0,0001$), возраст ($p = 0,001$), общая слабость ($p = 0,01$), более низкие уровни альбумина ($p = 0,02$) и билирубина ($p = 0,04$) в крови. За 3 года наблюдения оценка по опроснику PNAQ, характеризующая субъективное состояние здоровья, ухудшилась в среднем на 21%. Выраженность функциональных нарушений достоверно коррелировала с риском смерти ($p = 0,02$).

Выводы. У пациентов с АБП и НАЖБП наблюдаются значительные функциональные нарушения, негативно влияющие на повседневную активность и имеющие тенденцию к прогрессированию.

Elliott C., Frith J., Day C.P. et al. Functional Impairment in Alcoholic Liver Disease and Non-alcoholic Fatty Liver Disease Is Significant and Persists over 3 Years of Follow-Up. Dig Dis Sci. Опубликовано онлайн 23 апреля 2013 г.

Влияние первичного билиарного цирроза на качество жизни: национальное исследование UK-PBC

Первичный билиарный цирроз (ПБЦ) – комплексный клинический фенотип с разнообразными системными проявлениями, в частности такими, как общая слабость. Целью исследования было изучить влияние ПБЦ на качество жизни.

Методы. Участие приняли 2353 пациента с ПБЦ, наблюдавшихся в клинических центрах Великобритании. У больных анализировали клинические данные, терапевтический и биохимический статус. Кроме того, все пациенты прошли детальное фенотипирование симптомов с использованием валидированных инструментов, в частности опросника PBC-40.

Результаты. У больных ПБЦ низкое качество жизни и плохое состояние здоровья были характерными жалобами (35 и 46% соответственно) и встречались значительно чаще, чем у здоровых лиц аналогичного пола и возраста (6 и 15% соответственно; $p < 0,0001$ для обоих показателей). В многомерном анализе общая слабость и симптомы социальной дисфункции достоверно ассоциировались с низким качеством жизни, при этом наибольшее влияние оказывала общая слабость. Еще одним значимым фактором была депрессия, однако она, по всей видимости, представляла собой не первичное событие, а следствие комплексной симптоматики ПБЦ. В то же время качество жизни не зависело от тяжести заболевания и ответа на терапию урсодезоксихолевой кислотой.

Выводы. Симптомы социальной дисфункции и общая слабость значительно ухудшают качество жизни пациентов с ПБЦ. С учетом того, что качество жизни таких больных не зависит от тяжести заболевания и ответа на лечение, требуется разработка специфических подходов к ведению ПБЦ, направленных на биологию симптомов и социальную дисфункцию.

Mells G., Pells G., Newton J.L. et al. The impact of primary biliary cirrhosis on perceived quality of life: The UK-PBC national study. *Hepatology*. Опубликовано онлайн 7 марта 2013 г.

Антинуклеосомные антитела как маркеры аутоиммунного гепатита и их корреляция с активностью заболевания

Антинуклеосомные антитела, также известные как антиядерный фактор (ANF), – аутоантитела, связывающиеся с содержимым ядра клетки. ANF обнаруживается при многих заболеваниях, в частности при аутоиммунных нарушениях, онкопатологии и инфекциях. **Цель** исследования – оценить распространенность ANF у пациентов с аутоиммунным гепатитом (АИГ), изучить корреляцию между этими антителами и тяжестью заболевания и установить их предиктивную значимость в отношении риска рецидива.

Методы. У 38 пациентов с АИГ с помощью иммуноферментного анализа определены уровни ANF и их корреляция с клиническими характеристиками.

Результаты. По сравнению с контрольной группой (здоровые добровольцы; $n=15$) уровни ANF были значительно выше у пациентов с АИГ, но не у больных хроническим гепатитом В ($n=20$) или хроническим гепатитом С ($n=20$). У пациентов с АИГ уровни ANF были значительно ниже в период ремиссии по сравнению с таковыми во время обострения. Уровни общего билирубина были значительно выше у больных с ANF $>53,7$ ед/мл по сравнению с таковыми у пациентов с ANF $<53,7$ ед/мл на момент установления диагноза. Уровни ANF $>53,7$ ед/мл также коррелировали с более высокими уровнями IgG. Анализ снижения уровней ANF на фоне иммуносупрессивной терапии у 16 больных АИГ показал, что возраст начала заболевания был значительно меньше, а уровни IgG и частота рецидивов – значительно выше у пациентов, у которых уровни ANF снизились менее чем на 35% по сравнению с больными, достигшими

снижения $>35\%$. У пациентов с уменьшением ANF $<35\%$ также отмечались более высокие уровни γ -глобулина и оценки по шкале Международной группы по аутоиммунному гепатиту.

Выводы. ANF у пациентов с АИГ являются значимыми маркерами не только для диагностики заболевания, но и для оценки его активности и прогнозирования риска рецидива.

Yokokawa J., Kanno Y., Abe K. et al. Anti-nucleosome autoantibodies as markers for autoimmune hepatitis and their correlation with disease activity. *Hepatology Res*. Опубликовано онлайн 8 апреля 2013 г.

Флеботомия как метод лечения НАЖБП

В предыдущих работах было установлено, что пациенты с НАЖБП имеют

повышенные уровни железа. **Целью** настоящего исследования II фазы было оценить эффективность флеботомии (кровопускания) в лечении НАЖБП.

Методы. Пациентов с НАЖБП, верифицированной с помощью биопсии, подвергли комплексному обследованию для определения тяжести метаболических нарушений и поражения печени. Флеботомию повторяли до достижения показателей нагрузки железом, близких к нижней границе нормы (ферритин сыворотки ≤ 50 мкг/л или гемоглобин <100 г/л). Через 6 мес после лечения проводили повторную биопсию, антропометрические и биохимические исследования.


Результаты. Наблюдение завершил 31 пациент. Редукция железа привела

к значительному снижению оценки активности НАЖБП ($-0,74 \pm 1,83$; $p=0,019$). Уменьшение выраженности отдельных гистологических признаков: воспаления долек ($-0,29 \pm 1,07$; $p=0,182$), стеатоза ($-0,26 \pm 0,82$; $p=0,134$) и баллонирования гепатоцитов ($-0,19 \pm 0,70$; $p=0,213$), как и оценки фиброза ($-0,32 \pm 0,94$; $p=0,099$), – не достигло статистической значимости.

Выводы. У пациентов с НАЖБП снижение нагрузки железом, достигаемое путем флеботомии, может улучшать гистологию печени.

Beaton M.D., Chakrabarti S., Levstik M. et al. Phase II clinical trial of phlebotomy for non-alcoholic fatty liver disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2013; 37 (7): 720-729.

Подготовил **Алексей Терещенко**



ГЕПТРАЛ®

адеметионин

КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕПАРАТЕ

Регистрационное удостоверение: № UA/6993/01/01, № UA/6993/02/01

Состав. 1 флакон с лиофилизированным порошком или 1 таблетка содержат 760 мг адеметионина 1,4-бутандисульфата, что соответствует 400 мг катиона адеметионина;

Лекарственная форма. Порошок лиофилизированный для приготовления раствора для инъекций. Таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой.

Фармакотерапевтическая группа. Средства, влияющие на систему пищеварения и процессы метаболизма. Код АТС А16А А02.

Показания. Внутривенный холестаза у взрослых, в том числе у больных хроническим гепатитом различной этиологии и циррозом печени; внутривенный холестаза беременных; депрессивные синдромы.

Противопоказания. Генетические дефекты, которые влияют на метиониновый цикл и/или вызывают гомоцистинурию и/или гипергомоцистеинемию (например, недостаточность цистатионин бета-синтазы, дефект метаболизма витамина B12). Повышенная чувствительность к какому-либо компоненту препарата.

Способ применения и дозы. Лечение обычно начинают с парентерального введения препарата с последующим применением препарата в форме таблеток или сразу с применения таблеток. Суточную дозу таблеток можно распределять на 2-3 приема.

Таблетку препарата Гептрал® следует вынимать из блистера непосредственно перед приемом. Если таблетки имеют иной цвет, кроме от белого до желтоватого, необходимо отказаться от их применения.

Начальная терапия.
Парентерально: рекомендованная доза составляет 5-12 мг/кг массы тела в сутки.
 Обычная начальная доза составляет 400 мг/сутки, общая суточная доза не должна превышать 800 мг/сут.
Перорально: рекомендованная доза составляет 10-25 мг/кг массы тела в сутки.
 Длительность начальной парентеральной терапии составляет 2 недели при лечении заболеваний печени и 15-20 дней при лечении депрессивных синдромов.

Поддерживающая терапия.
 По 2-4 таблетки в сутки (800-1600 мг/сут). Длительность терапии зависит от тяжести и течения заболевания и определяется врачом индивидуально.

Побочные реакции. По данным 22-х проведенных клинических исследований лечения адеметионином побочные реакции наблюдались у 7,2% от общего числа пациентов. Наиболее часто сообщалось о тошноте, боли в животе, диарее. В клинических исследованиях сообщалось о развитии следующих побочных явлений, причинную связь которых с препаратом не всегда было возможным установить: инфекции мочевыводящих путей; спутанность сознания, бессонница; головокружение, головная боль, парестезии; приливы, поверхностный флебит; вздутие живота, боль в животе, диарея, сухость во рту, диспепсия, эзофагит, метеоризм, желудочно-кишечная боль, желудочно-кишечные расстройства, желудочно-кишечное кровотечение, тошнота, рвота; печеночная колика, цирроз печени; гипергидроз, зуд, кожная сыпь; артралгия, мышечные судороги; астения, озноб, реакции в месте введения, гриппоподобные симптомы, слабость, периферические отеки, гипертермия. При постмаркетинговом применении наблюдались анафилактические реакции, отек гортани, реакции в месте введения (очень редко с некрозом кожи), сыпь, ангионевротический отек.

Применение в период беременности или кормления грудью. Применение высоких доз адеметионина в III триместре беременности не вызывало каких-либо побочных реакций. Адеметионин в I и II триместре беременности следует применять только после тщательной оценки врачом соотношения польза для матери \ риск для плода. В период кормления грудью адеметионин применяют только тогда, когда польза от его применения превышает риск для младенца.

Дети. Безопасность и эффективность применения адеметионина у детей не установлены.

Взаимодействие. Было сообщено о развитии серотонинового синдрома у пациента, применявшего адеметионин на фоне приема клонидина. Хотя роль адеметионина в данном случае дискутируется, следует с осторожностью применять адеметионин одновременно с селективными ингибиторами обратного захвата серотонина, трициклическими антидепрессантами (такими как клонидин), препаратами и растительными средствами, содержащими триптофан.

Категория отпуска. По рецепту.

Полная информация представлена в инструкции по медицинскому применению препарата.

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ

Сообщить о нежелательном явлении или жалобе на качество препарата Вы можете в представительство компании.

PR-UA-HEP-56(02/13)

За дополнительной информацией обращайтесь в представительство компании «Абботт Лабораториз С.А.» в Украине: 01032, г. Киев, ул. Жиланская, 110, 2 этаж тел.: +38 044 498-60-80, факс: +38 044 498-60-81



Abbott
A Promise for Life