

• Дайджест

Диагностика и лечение неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП): практические рекомендации

Американская ассоциация по изучению заболеваний печени (American Association for the Study of Liver Diseases), Американская коллегия гастроэнтерологов (American College of Gastroenterology) и Американская гастроэнтерологическая ассоциация (American Gastroenterological Association) представили обновленное руководство по диагностике и лечению НАЖБП, являющейся одной из наиболее распространенных патологий печени.

Диагностика

- Жировая дистрофия печени, обнаруженная у большого с помощью визуализирующих методик, должна рассматриваться как фактор риска метаболических нарушений (например, ожирения, нарушения толерантности к глюкозе) и, возможно, НАЖБП.

- НАЖБП является диагнозом исключения: при подозрении на наличие этой патологии у пациента следует исключить все другие причины поражения печени.

- Проведение рутинного скрининга на НАЖБП не рекомендовано в связи с низкой информативностью таких тестов и ограниченных возможностей лечения патологии.

- Биопсия печени может быть рекомендована больным НАЖБП, которые относятся к группе риска неалкогольного стеатогепатита (НАСГ) и фиброза (например, пациентам с метаболическим синдромом), однако этого вмешательства следует избегать при бессимптомном течении заболевания и нормальных биохимических показателях крови.

Лечение

- Снижение массы тела, по крайней мере, на 3-5% (в идеале – на 10%) способствует уменьшению жировой дистрофии и воспалительных процессов печени.

- Метформин и урсодезоксихолевая кислота не рекомендованы к применению у пациентов с НАЖБП.

- Несмотря на то что подтверждена безопасность использования статинов у больных НАЖБП, требуется проведение дополнительных контролируемых исследований с целью выявить, могут ли препараты этой группы рассматриваться в качестве специфической терапии НАЖБП.

- Данные по целесообразности применения ω_3 -жирных кислот у этой категории больных оказались преждевременными.

- Пиоглитазон может использоваться для лечения подтвержденного с помощью биопсии НАСГ, хотя в настоящее время отсутствуют данные по эффективности и безопасности длительного применения этого препарата. Необходимо помнить, что к часто встречающимся побочным эффектам такого лечения относится увеличение массы тела.

- Витамин Е в дозе 800 МЕ/сут способствует улучшению гистологических показателей печени у лиц с подтвержденной с помощью биопсии НАСГ без наличия сахарного диабета. Вместе с тем в литературе представлены данные, что прием высоких доз витамина Е может увеличивать риск смерти от всех причин и рака простаты.

- Предположения о пользе бариатрических операций у пациентов с НАЖБП оказались преждевременными; в настоящее время не рекомендуется проводить такие операции у данной категории больных, а также у пациентов с циррозом.

Am J Gastroenterol. 2012; 107: 811-826

Подробнее читайте на стр. 36

Роль колоноскопии у пациентов с колоректальным раком (КРР): данные популяционного исследования «случай-контроль»

Н. Венггер и соавт. выявили предикторы КРР у пациентов с аденоматозным полипом, обнаруженным с помощью колоноскопии. Риск рака повышался у пациентов с неполным удалением полипа (ОР 3,73), а также отсутствием колоноскопии в течение предыдущих 5 лет

(ОР 2,96). Неожиданным открытием оказалось то, что неполное выполнение колоноскопии, а также качество подготовки к манипуляции не оказывали влияние на риск КРР. Авторы также изучили влияние особенностей полипа на риск малигнизации (наличие 3 и более полипов, размер ≥ 1 см, признаки дисплазии высокой степени, наличие ≥ 1 проксимального полипов (≥ 3) ассоциировалось с повышением риска КРР (ОР 2,21). Исследование подчеркивает, что проведение регулярной колоноскопии является важным мероприятием в снижении риска развития КРР. Наличие всего лишь одного колоноскопического фактора в большей степени ассоциируется с риском рака, чем присутствие единичных полипов (41,4 против 21,7%). Поскольку качество и частоту проведения колоноскопии можно

успешно контролировать, данное исследование открывает дополнительные возможности снижения риска КРР.

Ann Intern Med. 2012;157: 225-232

Экономическая целесообразность дополнительного назначения боцепревира или теллапревира пациентам с 1 генотипом ранее не леченного гепатита С

Схема тройной терапии (комбинация пегинтерферон альфа + рибавирин + боцепре-вир/теллапревир) способствует значительному улучшению достижения устойчивого вирусологического ответа у пациентов с гепатитом С. Вместе с тем такое улучшение часто сопровождается дополнительным риском побочных эффектов, а также наличием взаимодействия

с ингибиторами протеаз первого поколения. Увеличение стоимости лечения – еще один аспект, который необходимо учитывать при назначении тройной терапии. С. Сампа и соавт. провели оценку экономической целесообразности такого лечения у пациентов с 1 генотипом ранее не леченного гепатита С и 2 стадией фиброза печени. Авторы выявили, что даже с учетом указанных ограничений тройной терапии ее проведение было эффективным относительно улучшения выживаемости больных: дополнительное назначение теллапревира способствовало увеличению выживаемости на 4,42 года, а боцепревира – на 4,04 года, что подтверждает как клиническую, так и экономическую выгоду такой терапии.

Hepatology. 2012; 56: 850-860

Подготовила Татьяна Спринья



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. Внутрипеченочный холестаз у взрослых, в том числе у больных хроническим гепатитом различной этиологии и циррозом печени; внутрипеченочный холестаз 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 В12). 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.

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

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 сообщение о развитии серотонинового синдрома у пациента, применявшего адеметионин на фоне приема кломипрамина. Хотя роль адеметионина в данном случае дискутируется, следует с осторожностью применять адеметионин одновременно с селективными ингибиторами обратного захвата серотонина, трициклическими антидепрессантами (такими как кломипрамин), 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)

 **Abbott**
A Promise for Life