



Патологія печені і захворювання серцево-судинної системи: патогенез коморбидності і можливі шляхи рішення проблеми

Коморбидність все чаще входит в круг повседневных проблем практикующих врачей. Это обусловлено неуклонным старением популяции, синдромом «накопления» заболеваний и желанием современных пациентов «измерять» жизнь не только ее длительностью, но и качеством. Патология сердечно-сосудистой системы является бесспорным лидером в структуре причин смерти и инвалидизации населения, на этом фоне заболевания печени не выглядят такими уж значимыми. Однако участвующие случаи коморбидности, общие звенья патогенеза и не до конца решенная проблема адекватной терапии привлекают все большее внимание к сочетанной патологии печени и сердечно-сосудистой системы.



Роль печени в развитии сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) рассмотрела в рамках состоявшейся 22-23 октября научно-практической конференции «Семейная медицина – фундамент здравоохранения Украины» член-корреспондент НАМН Украины, главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «Гастроэнтерология», заведующая кафедрой гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор **Наталья Вячеславовна Харченко.**

– Согласно заявлению Президента Украины, сделанному в апреле 2015 г., конечным индикатором реформы системы здравоохранения должно быть увеличение средней продолжительности жизни. К сожалению, на сегодня Украина не может похвастаться блестящими результатами в этой области. Так, согласно статистическому отчету ВОЗ о состоянии здоровья в 194 государствах мира (2015), средняя продолжительность жизни в нашей стране составляет 71 год, при этом аналогичный показатель здоровой жизни в 2013 г. – 63 года, что превышает таковой в РФ (61 год), но ниже, к примеру, чем в Гондурасе (64 года). Первое место в структуре причин смерти в Украине занимают ССЗ; а уровень смертности вследствие данных нарушений в нашей стране – самый высокий в Европе. Тесная связь между ССЗ и патологией печени обусловлена множеством факторов с разными механизмами, совместное действие которых приводит к ухудшению течения указанных нарушений.

В исследованиях, опубликованных в последние годы, отмечен высокий риск развития ССЗ у пациентов с жировой болезнью печени.

При этом отмечается, что ведущая роль в развитии атерогенной дислипидемии принадлежит не экзогенному (пищевому) холестерину, а эндогенному, т. е. синтезированному гепатоцитами. Так, при биодоступности пищевого холестерина около 60% его удельный вес составляет всего 20%, остальная часть синтезируется в организме. Источником эндогенного холестерина, как уже отмечалось, преимущественно является печень, и лишь небольшое его количество синтезируется клетками слизистой оболочки кишечника.

Основной холестеринного гомеостаза считается энтерогепатическая циркуляция желчных кислот. В среднем ежедневно с желчью выводится 1,5 г холестерина. Нарушение энтерогепатической циркуляции приводит к повышению концентрации холестерина в желчи. Липидный дисбаланс – важнейшее звено патогенеза атеросклероза.

Согласно результатам последних исследований, высокие показатели общей и кардиоваскулярной смертности были зарегистрированы у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП), в том числе у больных молодого и среднего возраста (максимальный уровень зафиксирован

в когорте больных неалкогольным стеатогепатитом – НАСГ).

По последним данным, распространенность НАЖБП в странах Западной Европы составляет 20-30%, в странах Азии – 15%. Среди пациентов с НАСГ около 30% имеют коморбидность с ССЗ. Экспертами Национального института здоровья США НАСГ официально отнесен к факторам риска ССЗ. Помимо прямой атерогенности, при НАЖБП повышается риск тромбообразования за счет увеличения пула провоспалительных цитокинов, атерогенной дислипидемии, гипофибринолиза. Таким образом, НАЖБП может выступать и в качестве единственного проявления нарушений липидного обмена, и как составляющая метаболического синдрома (МС). Абдоминальное ожирение и инсулинорезистентность являются общими патогенетическими механизмами для НАЖБП и МС.

Следует отметить, что четкие подходы к терапии НАЖБП на сегодня не определены. Поскольку она часто сочетается с ожирением, сахарным диабетом (СД), гиперлипидемией, необходимо проводить коррекцию перечисленных состояний. Во всех современных руководствах по воздействию на отдельные компоненты МС особо подчеркивается, что модификация образа жизни (снижение массы тела и увеличение физической активности) является основным способом коррекции метаболических факторов риска.

Правила первичной коррекции МС:

- при недоедании или голодании количество нейтрального жира в печени увеличивается в 7 раз, что необходимо учитывать, планируя резкое снижение веса с помощью жестких диет;
- дефицит белков, жиров, витаминов нарушает метаболизм лекарств в печени;
- высокий уровень простых углеводов уменьшает скорость гидроксирования ряда токсинов;
- недостаток поступления жиров с пищей приводит к снижению активности системы цитохрома P450.

Лицам с избыточной массой тела и ожирением рекомендуются постепенное снижение массы тела и минимальная физическая активность на регулярной основе. Пациентов важно ориентировать на соблюдение следующих правил в повседневном питании:

- четкое обеспечение режима питания (обязательно наличие желчегонного завтрака);
- употребление в пищу достаточного количества пищевых волокон;
- увеличение содержания в рационе липотропных веществ (лецитина, холина, фолиевой кислоты, витаминов группы В, карнитина);
- отказ от алкоголя;
- оптимальное потребление белка;
- ограничение содержания в рационе жира и легкоусвояемой пищи;
- лимитирование употребления химических раздражителей желудочной и панкреатической секреции;
- учет суточной калорийности пищи;
- ограничение потребления поваренной соли;
- правильные кулинарная обработка и способ приготовления пищи;
- употребление продуктов, улучшающих состояние микрофлоры кишечника.

Гиполипидемическая терапия при НАЖБП на фоне дислипидемии требует дифференцированного подхода. Теоретически эффективным является применение статинов, в отношении которых, однако, существует ряд противоречий. К настоящему времени выполнено ограниченное число исследований эффективности и безопасности этой группы лекарственных средств в терапии НАЖБП. Такая осторожность в отношении статинов вполне обоснованна, ведь перечень их вероятных побочных реакций достаточно широк и включает повышение уровня трансаминаз с возможностью развития статинного гепатита, нарушение когнитивных функций, инсулинорезистентность, нейропатию и др.; также обсуждается вероятное негативное влияние на сексуальную функцию и т. д. У пациентов с НАЖБП на стадии стеатогепатоза возможно использование статинов только в низких и средних дозах строго под контролем уровня печеночных ферментов и в сочетании с применением эффективных гепатотропных препаратов. При этом минимальная длительность терапии гепатопротекторами составляет 3 мес в первый год лечения статинами, затем при необходимости возможны повторные курсы.

Использование эссенциальных фосфолипидов (ЭФЛ) в качестве гепатопротекторов имеет многолетнюю историю. Помимо их основной функции – восстановления мембраны гепатоцита, – известны и механизмы гиполипидемического и антиатерогенного действия ЭФЛ, которые включают:

- усиление эмульсации жиров в просвете кишечника;
- стимуляцию обратного транспорта холестерина;
- модификацию транспортной роли циркулирующих липопротеинов;
- снижение агрегационной активности тромбоцитов;
- увеличение текучести фосфолипидного слоя мембран эритроцитов;
- улучшение функционирования инсулиновых рецепторов и др.

Эффективным препаратом ЭФЛ, хорошо зарекомендовавшим себя на протяжении многих лет, является Эссенциале® форте Н. В клинических исследованиях получены результаты применения ЭФЛ у больных с НАЖБП, ассоциированной с гиперхолестеринемией и гипертриглицеридемией. Среди основных фармакологических эффектов лекарственного средства – цитопротекторный, антиоксидантный, а также гиполипидемический, антиагрегантный, гипогликемический.

Клиническую эффективность оригинального препарата Эссенциале® форте Н подтверждают 255 клинических испытания, из которых 46 слепых, 21 двойное слепое и 18 исследований субстанции EPL® проведены с участием детей.

Показаниями к назначению ЭФЛ являются неалкогольный стеатогепатит, алкогольный стеатогепатит, гепатиты различного генеза, цирроз печени. Рекомендуются начало приема препарата при первых клинических проявлениях заболевания, изменении лабораторных или ультразвуковых показателей, сочетающихся с анамнестическими и субъективными данными. Кроме того, необходимо ежемесячно оценивать эффективность проводимой гепатопротекторной терапии по следующим критериям: интенсивность тяжести в правом подреберье, выраженность астении; уровень ферментов, липидов и белков в крови; ультразвуковые признаки.

Функциональное состояние печени во многом определяет особенности липидного обмена и риск развития/прогрессирования ССЗ. Таким образом, применение гепатопротекторов с доказанным патогенетическим воздействием на функциональную активность печени, а также липидный и углеводный профили является эффективным способом терапии заболеваний печени при патологиях сердечно-сосудистой системы.

Подготовила **Александра Меркулова**



