

Новый критерий дифференциальной диагностики фиброза и стеатогепатита

Алкогольная болезнь печени (АБП) является одной из наиболее распространенных причин цирроза. В настоящее время золотым стандартом для оценки фиброза и цирроза печени у этих больных считается биопсия печени. Однако эта инвазивная процедура сопряжена с редкими, но потенциально опасными для жизни осложнениями, а ее точность ограничена из-за ошибки выборки биоптата.

Транзиентная эластография является новым быстрым и неинвазивным методом оценки уровня фиброза посредством измерения плотности печени. Хотя этот показатель тесно коррелирует со стадией фиброза, он также увеличивается у пациентов с воспалением печени (стеатогепатитом), что усложняет дифференциальную диагностику фиброза при АБП.

В связи с этим появилась необходимость в новом критерии, на основании которого можно будет определить, является ли повышение плотности печени последствием фиброза или воспаления печени. В статье, опубликованной 28 февраля в журнале *World Journal of Gastroenterology*, представлены результаты исследования, проведенного немецкими учеными под руководством д-ра Себастьяна Мюллера (Sebastian Mueller) из Гейдельбергского университета. Согласно полученным результатам, критерием, позволяющим провести дифференциальную диагностику между циррозом и воспалением печени у больных с АБП, является уровень глутамино-щавелевоуксусных трансаминаз.

Авторы исследования утверждают, что активное воспаление печени (стеатогепатит) можно исключить простым анализом крови, который следует провести до назначения транзиентной эластографии. Уровень глутамино-щавелевоуксусных трансаминаз <100 ЕД/л свидетельствует о фиброзе печени.

www.wjgnet.com

Консервативное лечение острого холецистита: клинические и рентгенографические предикторы успешной терапии

В настоящее время в лечении острого калькулезного холецистита применяются две основные стратегии: ранняя холецистэктомия и консервативная терапия. Пациентам, у которых консервативное лечение оказалось неэффективным, а также у больных высокого риска в большинстве случаев проводят чрескожную холецистостомию.

Израильские ученые из отделения общей хирургии медицинского центра Hadassah-Hebrew University (г. Иерусалим) провели исследование с целью определения клинических и рентгенологических признаков, ассоциирующихся с неэффективностью консервативного лечения. Для этого был проведен анализ данных больных, поступивших в стационар с диагнозом острого холецистита, которые были успешно вылечены консервативным путем, и тех, которые нуждались в проведении чрескожной холецистостомии.

Всего в исследовании приняли участие 103 больных, средний возраст которых составил 60 лет. Из них 27 пациентов (26,2%) нуждались в проведении чрескожной холецистостомии. Было показано, что возраст старше 70 лет, наличие сахарного диабета, повышенное количество лейкоцитов в крови, тахикардия (>100 уд/мин) в момент госпитализации больного в стационар, а также растянутый желчный пузырь (поперечный диаметр >5 см), значительно чаще отмечались в группе пациентов, нуждающихся в проведении чрескожной холецистостомии (p<0,001). Повышенный уровень лейкоцитов в крови чаще регистрировался в группе пациентов, которым проводили чрескожную холецистостомию в течение первых 48 ч лечения.

Результаты статистического анализа показали, что возраст старше 70 лет (ОР 3,6), диагноз сахарного диабета (ОР 9,4), тахикардия на момент госпитализации больного (ОР 5,6) и растянутый желчный пузырь (ОР 8,5) значительно чаще выявлялись в группе пациентов, которым проводили холецистостомию (p<0,001). После 24 ч терапии возраст старше 70 лет (ОР 5,2) и уровень лейкоцитов в крови выше $15 \times 10^9/\text{л}$ (ОР 13,7) служили прогностическими факторами неэффективности консервативного лечения (p<0,001).

Таким образом, предикторами неэффективности консервативного лечения являются:

- возраст старше 70 лет;
- наличие у пациента сахарного диабета;
- растянутый желчный пузырь.

У пациентов, отвечающих данным критериям, следует рассмотреть вопрос о проведении ранней холецистостомии. Кроме того, повышение лейкоцитов в крови ($>15 \times 10^9/\text{л}$), существующее длительное время, свидетельствует о резистентности к медикаментозной терапии и должно учитываться в принятии решения о тактике терапии острого холецистита, особенно среди пожилых пациентов.

Barak O. et al.

[Isr Med Assoc J. 2009 Dec; 11\(12\): 739-743](http://Isr Med Assoc J. 2009 Dec; 11(12): 739-743)

Новая модель терапии заболеваний печени

Группа американских ученых из Института биологических исследований Солка (г. Сан-Диего, Калифорния) вывела мышей, печень которых практически полностью состояла из человеческих клеток. Такие «очеловеченные» мыши чувствительны к инфекционным заболеваниям печени, поражающим человека, отвечают на терапию применяемыми у людей препаратами. Это создает новые возможности для тестирования терапевтических средств перед их исследованием на человеке. Итоги своей работы авторы опубликовали в журнале *Journal of Clinical Investigation* 22 февраля этого года.

Для получения мышей с человеческой печенью исследователи вывели животных с изначально больным органом. Жизнедеятельность печени поддерживалась постоянным введением препарата NBTC. После того как в печень мышей ввели человеческие клетки и

прекратили назначение препарата NBTC, произошло замещение собственных клеток на введенные человеческие.

Важное клиническое значение это открытие имеет в исследовании препаратов для лечения различных вирусных заболеваний, в частности гепатита С. Мыши с человеческой печенью так же отвечают на терапию пегилированным интерфероном, как и человек. В недалеком будущем, вероятно, такие модели животных будут служить стандартом для проведения экспериментальных и доклинических исследований.

K.-D. Bissig et al.

Journal of Clinical Investigation. Published February 22, 2010 DOI: 10.1172/JCI40094

Терапевтическое действие белка червей при воспалительных заболеваниях кишечника

Интересные результаты получили ученые из университета г. Антверпена (Бельгия) под руководством профессора Пелкманса (Pelckmans), которые изучали терапевтическое действие белка червей в эксперименте на модели мышей с индуцированным колитом. В статье, опубликованной 14 февраля этого года в журнале *World Journal of Gastroenterology*, указано, что белки, полученные из червей, уменьшали воспаление и улучшали моторику ЖКТ у животных с колитом. Ранее были получены экспериментальные данные о полезных свойствах червей при бронхиальной астме и сахарном диабете 1 типа.

При введении белков червей происходит нормализация времени кишечного транзита и улучшение перистальтической активности у мышей с колитом, тогда как в контрольной группе здоровых животных белки червей не оказывали никакого влияния на моторику ЖКТ. Кроме того, одновременно с улучшением моторики наблюдалось снижение степени воспаления кишечника. В связи с этим возникает вопрос, является ли положительный эффект белков червя на моторику ЖКТ прямо или косвенно связанным с улучшением степени воспаления. Ученые сообщают о сдвиге в баланс между различными подтипами Т-лимфоцитов (Th1, Th2, Th17 и Treg) после лечения белками червей. Дополнительные исследования смогут дать ответы на многие пока еще нерешенные вопросы.

www.wjgnet.com

Новые критерии для определения очередности на проведение трансплантации печени

Представители более 130 центров трансплантации США, 180 ведущих лидеров в области трансплантации печени стали участниками конференции, посвященной ведению пациентов с гепатоцеллюлярной карциномой. В рамках конференции были разработаны новые рекомендации по раку печени, полная версия которых была опубликована в мартовском номере журнала Американской ассоциации по изучению заболеваний печени (AASLD) *Liver Transplantation*.

Согласно данным Национального института рака, свыше 16 тыс. мужчин и более 6 тыс. женщин в США имеют рак печени; ежегодно диагностируют это заболевание более чем у 18 тыс. пациентов. Из них около 15 тыс. больных ждут своей очереди для проведения пересадки печени.

Согласно последним рекомендациям дополнительный приоритет при проведении трансплантации печени у больных с гепатоцеллюлярной карциномой должен быть сохранен для кандидатов, у которых опухоль соответствует Миланским критериям. Напомним, что Миланские критерии в качестве показаний рассматривали единичную опухоль до 5 см в диаметре или максимум 3 очага диаметром не более 3 см.

Кроме того, расчет приоритета должен включать оценку по шкале MELD (Модели для оценки жизненного прогноза больных с терминальной стадией заболевания печени), уровень альфа-фетопротеина, размер опухоли и темп ее роста. Пациенты, имеющие опухоль стадии T2 и выше, должны получать дополнительные баллы. Если размеры новообразования у кандидата на пересадку печени находятся в пределах, определенных Миланскими критериями, в течение как минимум 3 мес, ему также необходимо присвоить дополнительные баллы.

Переоценка по шкале MELD должна проводиться каждые 3 мес и на основании результатов, то есть в зависимости от изменения характеристик опухоли, может либо увеличиваться, либо уменьшаться. www.aasld.org/journals/livertransplantation

Антигипертензивные препараты могут усиливать сокращение пищевода

Как показала группа исследователей из Японии, нифедипин – блокатор кальциевых каналов – уменьшает давление нижнего пищевода сфинктера и увеличивает время экспозиции кислоты в пищеводе, в то время как бета-блокатор атенолол препятствует релаксации гладкой мускулатуры пищевода.

Результаты изучения сокращения тела пищевода под влиянием антигипертензивных препаратов с использованием высокоразрешающего манометра были опубликованы 28 февраля в *World Journal of Gastroenterology*. Исследование показало, что атенолол увеличивает давление в нижнем пищеводном сфинктере и амплитуду перистальтических сокращений в среднем и нижнем сегментах тела пищевода. В то же время нифедипин снижает давление в нижнем сфинктере пищевода и амплитуду перистальтических сокращений в теле пищевода.

Результаты данного исследования имеют важное клиническое значение, поскольку регулярный прием нифедипина для лечения артериальной гипертензии может быть фактором риска развития гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, а атенололиндуцированные изменения двигательной активности пищевода могут предотвратить развитие этого заболевания.

www.wjgnet.com

Подготовила **Ольга Татаренко**



* СПАЗМИ ГЛАДКОЇ МУСКУЛАТУРИ ШЛУНКОВО–КИШКОВОГО ТРАКТУ

* СПАЗМИ ГЛАДКОЇ МУСКУЛАТУРИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ СЕЧОВОГО ТРАКТУ

* ГІНЕКОЛОГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ (ДИСМЕНОРЕЯ)



ШВИДКО ТА НАДІЙНО усуває першопричину болю* в животі — СПАЗМ

НО-ШПА® Є — СПАЗМУ НЕМАЄ

Р.П. МОЗ України № UA/0391/01/02 від 08.10.07.
Перед застосуванням уважно читайте інструкцію.
Зберігати в недоступному для дітей місці.
Реклама: лікарський засіб. ТОВ «Санofi-Авентіс Україна».
Київ, 01033, вул. Жилианська, 48–50а,
тел.: +38 (044) 354 20 00, факс: +38 (044) 354 20 01.

sanofi aventis

UA.DRT.10.02.01

Здоров'я — це важливо