

Жировая болезнь печени, инсулинорезистентность и возникновение СД 2 типа: последовательность событий или независимые факторы риска?

Недавнее исследование, опубликованное в Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, свидетельствует о том, что у лиц с жировой болезнью печени (ЖБП) риск развития сахарного диабета (СД) 2 типа в 5 раз выше, чем в общей популяции. При этом указанный риск не зависит от значений концентрации инсулина натощак – показателя, который используется для ранней диагностики инсулинорезистентности (ИР).

На протяжении последних двух десятилетий ИР служит предметом пристального изучения гепатологов. Доказано, что данное состояние играет ключевую роль в патогенезе ЖБП.

Ранее считали, что взаимосвязь между ИР и ЖБП, одним из наиболее часто встречающихся заболеваний печени в странах Западной Европы, объясняет, почему в большинстве случаев за хронической патологией печени почти неизменно следует СД. Однако ученые Ki-Chul Sung и Sun H. Kim в исследовании, в котором приняли участие более 11 тыс. корейцев, показали, что ЖБП может играть самостоятельную роль в развитии СД 2 типа независимо от наличия у пациента ИР. Участникам на момент включения и через 5 лет проводили медицинское обследование, в том числе определяли уровень инсулина натощак и выполняли УЗИ брюшной полости для выявления признаков ЖБП. В начале исследования у 27% пациентов была обнаружена ЖБП. Оказалось, что независимо от исходной концентрации инсулина в крови больные ЖБП имели значительно более выраженные метаболические нарушения, в том числе более высокий уровень глюкозы и триглицеридов в крови, а также более низкое содержание холестерина липопротеинов высокой плотности (во всех случаях $p < 0,001$). Относительный риск развития СД 2 типа у пациентов с ЖБП был значительно выше по сравнению с таковым у лиц без данного заболевания в анамнезе и составлял 5,05 и 6,34 среди подгрупп пациентов с самой низкой и самой высокой концентрацией инсулина натощак соответственно.

Sung K.-C., Kim S.H.

Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 2011; DOI: 10.1210/jc.2010-2190

Сравнение эффективности и безопасности стандартной тройной терапии и квадротерапии в эрадикации H. pylori

Helicobacter pylori – одна из самых распространенных инфекций в мире, поражающая 20-50% жителей промышленно развитых стран и до 80% населения развивающихся государств. Эта бактерия играет ключевую роль в развитии некоторых заболеваний желудочно-кишечного тракта – от хронического гастрита и язвенной болезни до рака желудка. Для эрадикации H. pylori в настоящее время используются различные схемы терапии с применением антибактериальных препаратов и ингибиторов протонной помпы (ИПП). Резистентность к антибиотикам – ведущий фактор неудачи терапии первой и второй линий, при этом в разных странах устойчивость к различным антибиотикам варьирует, поэтому невозможно предложить стандартизированную терапию.

Специалисты из университета Отто фон Герике (г. Магдебург, Германия) провели исследование, в котором сравнили эффективность и безопасность терапии, считающейся золотым стандартом в эрадикации H. pylori (7-дневная тройная терапия с применением кларитромицина), с таковыми 10-дневной квадротерапии. Стандартная 7-дневная тройная терапия в последние годы становится все менее эффективной, в основном из-за повышенной устойчивости бактерий к кларитромицину, обусловленной широким использованием препарата для лечения различных заболеваний, преимущественно инфекций дыхательных путей.

В исследовании III фазы приняли участие 440 пациентов из 39 европейских центров, которые были рандомизированы в группы тройной терапии (кларитромицин + омепразол + амоксициллин) и четырехкомпонентной схемы с применением омепразола и препарата, содержащего в 1 таблетке висмута трикалия дицитрат, метронидазол и тетрациклин. Основным показателем эффективности терапии служил уровень эрадикации H. pylori, оцениваемый неинвазивно через 28 и 56 дней после окончания терапии. Анализ проводили с использованием двух методов: с учетом количества пациентов, завершивших протокол исследования (per protocol – PP), и всех больных, включенных в исследование (intention-to-treat – ITT).

Результаты ITT-анализа показали, что эффективность квадротерапии превышает таковую тройной схемы терапии (80 против 55% соответственно; $p < 0,0001$). По результатам PP-анализа, в котором учитывались данные 339 пациентов, уровень эрадикации H. pylori в группе квадротерапии составил 93%, тогда как в группе тройной терапии – 70%. Обе схемы хорошо переносились пациентами. Профили безопасности двух режимов терапии были сопоставимыми. Наиболее часто встречались побочные реакции со стороны желудочно-кишечного тракта и центральной нервной системы, такие как диспепсия и извращение вкуса. Негативное влияние висмута проявлялось только в виде обесцвечивания стула.

Таким образом, 10-дневная комбинированная терапия с применением четырех препаратов не менее эффективна, чем стандартный режим эрадикации H. pylori, и может помочь преодолеть растущую проблему антибиотикорезистентности. Полученные результаты позволяют авторам исследования прийти к выводу, что в регионах с высоким уровнем резистентности к кларитромицину четырехкомпонентную схему эрадикации следует рассматривать как терапию первой линии.

Malfertheiner P. et al.

Lancet 2011 DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60020-2.

Препараты для лечения остеопороза снижают риск колоректального рака

По данным крупного когортного исследования, длительный прием пероральных бисфосфонатов для лечения остеопороза у женщин в постменопаузе позволяет на 50% сократить риск возникновения колоректального рака (КРР). В исследовании по типу «случай-контроль» приняли участие более 1800 женщин. Ученые обнаружили, что снижение риска КРР коррелирует с увеличением продолжительности антирезорбтивной терапии, достигая максимума при использовании бисфосфонатов на протяжении 3 лет и дольше. Результаты исследования впервые были представлены на ежегодном симпозиуме Американского общества клинической онкологии по раку мочевого пузыря (ASCO-GU), который проходил с 5 по 7 марта в г. Сан-Франциско (США).

Чтобы изучить связь между приемом бисфосфонатов и риском КРР, авторы проанализировали данные MECC (Molecular Epidemiology of Colorectal Cancer) – эпидемиологического исследования, в котором с 1998 по 2004 год регистрировались случаи КРР у женщин, проживающих в северной части Израиля. В анализ включили данные 933 женщин в постменопаузе, у которых за период наблюдения развился КРР. Группу сравнения составили сопоставимые по основным исходным характеристикам 933 женщины без КРР. Анализ определил несколько факторов, связанных с уменьшением риска развития КРР у женщин в постменопаузе, в том числе:

- прием аспирина более 3 лет;
- прием статинов более 1 года;
- использование постменопаузальной заместительной гормональной терапии;
- прием бисфосфонатов более 1 года (во всех случаях $p < 0,0001$).

Любое использование бисфосфонатов было связано со снижением риска КРР на 33% (ОР 0,67). Польза от приема препаратов этой группы в течение менее 1 года доказана не была, тогда как при более длительном применении бисфосфонатов уменьшение риска КРР становилось более выраженным и достигло 61% в случае терапии более 3 лет.

В многофакторном анализе после рассмотрения других аспектов, в том числе семейного положения, образа жизни, применения аспирина, статинов и гормональной терапии, которые могут влиять на риск развития КРР, было показано, что использование бисфосфонатов в течение года и больше связано с сокращением риска КРР на 59% (ОР 0,41). Одновременное применение бисфосфонатов и статинов не способствовало дополнительному снижению риска.

Исследование добавило доказательной информации к растущему числу литературных данных о химиопрофилактических свойствах бисфосфонатов. Та же группа исследователей сообщила ранее о снижении риска рака молочной железы среди женщин, принимающих эти препараты для лечения остеопороза. Влияние бисфосфонатов на риск развития рака молочной железы было связано с торможением мевалонатного пути синтеза изопреноидов, который играет ключевую роль в малигнизации клеток.

Важность настоящего исследования состоит в том, что оно показало химиопрофилактическое действие бисфосфонатов в отношении рака толстого кишечника, который менее зависит от гормональных нарушений (по сравнению с раком молочной железы), и, следовательно, подчеркивает глобальный эффект препаратов на риск развития рака.

Rennett G. et al.

ASCO GI 2011 Abstract 371.

Неудовлетворительная динамика заболеваемости вирусным гепатитом С в последние десятилетия

Исследование, проведенное в г. Балтиморе (США) с участием около 3 тыс. пациентов, свидетельствует о том, что резкое снижение распространенности ВИЧ-инфекции среди инъекционных наркоманов, наблюдаемое в течение последних двух десятилетий, сопровождается менее значительным снижением заболеваемости вирусным гепатитом С (ВГС).

Для оценки динамики заболеваемости ВИЧ-инфекцией и ВГС ученые из США определили частоту инфицирования лиц, применяющих инъекционные наркотики, за такие периоды: 1988-1989, 1994-1995 гг., 1998 г. и 2005-2008 гг. В когорте инъекционных наркоманов распространенность ВИЧ-инфекции снизилась с 5,5 случая на 100 человеко-лет (1988-1989 гг.) до 0 случаев на 100 человеко-лет (2005-2008 гг.).

В противоположность этому заболеваемость гепатитом С снизилась с 22 случаев на 100 человеко-лет (1988-1989 гг.) до 17,2 случая на 100 человеко-лет в 1994-1995 гг., затем несколько возросла – до 17,9 случая на 100 человеко-лет (1998 г.) и снизилась до 7,8 случая на 100 человеко-лет в 2005-2008 гг.

В настоящее время около 10 млн людей во всем мире, употребляющих инъекционные наркотики, имеют ВГС; из них примерно у 8 млн – хроническая инфекция. Авторы исследования призывают активизировать деятельность, направленную на разработку и реализацию национальных стратегий по профилактике ВГС и улучшение выявляемости данной инфекции среди лиц, относящихся к группам риска.

Mehta S. et al.

JID 2011 20 3: 587-594.

Подготовила **Ольга Татаренко**



Відновлює печінку клітина до клітини

- **Ессенціалє® форте Н** надійно захищає печінку від негативного впливу шкідливих факторів (алкоголь, токсичні речовини, ліки та ін.), відновлює її структуру та функцію¹.

- **Ессенціалє® форте Н** містить унікальну EPL®-субстанцію природного походження, яка відновлює структуру мембран клітин печінки².

- Ефективність **Ессенціалє® форте Н** доведена клінічною практикою і базується на даних 239 клінічних досліджень за участі більше 14 000 пацієнтів (жовтень 2009)¹.

- **Ессенціалє® 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.

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

² Ессенціальні фосфоліпіди в ліцензії острого і хронічного захворювання печінки // Здоров'я України. — 2009. — 20. — С. 58–59.

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

Corporate 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. Жилианська, 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