

## Употребление в пищу полиненасыщенных жирных кислот и риск развития полипов толстого кишечника и прямой кишки

Murff H.J., Shrubsole M.J., Cai Q. Dietary intake of PUFAs and colorectal polyp risk // Am. J. Clin Nutr. — 2012. — Vol. 95 (3). — P. 703—712.

Омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты ( $\omega$ -3-ПНЖК) в составе морских продуктов могут снижать риск развития рака толстого кишечника и прямой кишки. Однако влияние потребления  $\omega$ -3-ПНЖК на риск развития полипов толстого кишечника и прямой кишки изучено недостаточно.

Цель исследования — изучить связь между потреблением в пищу  $\omega$ -3-ПНЖК и риском развития аденоматозных и гиперпластических полипов толстого кишечника и прямой кишки.

**Дизайн исследования.** Исследование типа случай-контроль предусматривало проведение колоноскопии и включало 3166 больных группы контроля, не имеющих полипов, 1597 больных с аденоматозными полипами и 544 — с гиперпластическими полипами. Потребление  $\omega$ -3-ПНЖК рассчитывали по пищевым опросникам, наличие связи устанавливали методом безусловной логистической регрессии. У 896 участников исследования методом жидкостной хроматографии и масс-спектрометрии измеряли уровень метаболита простагландина  $E_2$  в моче, являющийся биомаркером синтеза простагландина  $E_2$ .

**Результаты.** Не выявлено связи между потреблением  $\omega$ -3-ПНЖК и риском развития аденоматозных и гиперпластических полипов ни у мужчин, ни у женщин. Употребление  $\omega$ -3-ПНЖК в составе морских продуктов сопровождалось снижением риска аденоматозных полипов прямой и толстой кишки только у женщин: скорректированное отношение рисков при сравнении верхнего и нижнего квартилей потребления составило 0,67 (95 % доверительный интервал — 0,47—0,97;  $p = 0,01$ ). Потребление в пищу  $\alpha$ -линоленовой кислоты ассоциировалось с повышением риска развития гиперпластических полипов только у мужчин ( $p = 0,03$ ). У женщин в отличие от мужчин выявлена обратная зависимость между потреблением  $\omega$ -3-ПНЖК в составе морских продуктов и уровнем простагландина  $E_2$  в моче ( $r = -0,18$ ;  $p = 0,002$ ).

**Выводы.** Более высокое потребление  $\omega$ -3-ПНЖК в составе морских продуктов сопровождается снижением риска развития аденоматозных полипов у женщин, что может быть обусловлено в какой-то мере снижением синтеза простагландина  $E_2$ .

## Аторвастатин уменьшает активность неалкогольного стеатогепатита, механизм этого действия частично обусловлен его способностью снижать уровень фактора некроза опухоли- $\alpha$

Hyogo H., Yamagishi S., Maeda S., Kimura Y., Ishitobi T., Chayama K. Atorvastatin improves disease activity of nonalcoholic steatohepatitis partly through its tumour necrosis factor- $\alpha$ -lowering property // Dig. Liver Dis. — 2012.

Результаты проведенных нами ранее исследований свидетельствуют о способности аторвастатина снижать уровень маркеров повреждения печени у больных неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ), но остается неизвестным, каким именно образом аторвастатин уменьшает степень активности НАСГ.

Цель исследования — установить, какие антропометрические, метаболические и воспалительные параметры улучшаются на фоне приема аторвастатина и какие из них связаны с уменьшением активности процесса у больных НАСГ.

**Методы.** В исследование включили 42 больных со стеатогепатитом, верифицированным по результатам биопсии печени, и дислипидемией. Больные принимали аторвастатин в дозе 10 мг/сут на протяжении 12 мес.

**Результаты.** Прием аторвастатина сопровождался достоверным снижением активности печеночных трансаминаз,  $\gamma$ -глутамилтранспептидазы и уровня холестерина липопротеидов низкой плотности, триглицеридов, коллагена IV типа, фактора некроза опухоли- $\alpha$  (ФНО- $\alpha$ ) при одновременном повышении содержания адипонектина и холестерина липопротеидов высокой плотности. Прием аторвастатина улучшал индекс активности НАСГ и повышал величину соотношения плотности печени и селезенки. Методом многофакторной шаговой регрессии установлено, что уровень  $\gamma$ -глутамилтранспептидазы, ФНО- $\alpha$  и соотношение плотности печени к плотности селезенки (последнее — отрицательно) коррелировали с индексом активности НАСГ. Уровень аспартатаминотрансферазы, холес-

терина липопротеидов низкой плотности и индекс активности НАСГ обратно пропорционально коррелировали с соотношением плотности печени к плотности селезенки.

**Выводы.** Проведенное исследование подтвердило положительное влияние аторвастатина на активность НАСГ, которое частично обусловлено его способностью снижать уровень ФНО- $\alpha$ .

## Влияние различных видов лечения на клиническое течение заболевания печени, обмен глюкозы и сердечно-сосудистый риск у больных неалкогольной жировой болезнью печени: систематизированный обзор и метаанализ рандомизированных исследований

Musso G., Cassader M., Rosina E., Gambino R. Impact of current treatments on liver disease, glucose metabolism and cardiovascular risk in non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD): a systematic review and meta-analysis of randomised trials // *Diabetologia*.— 2012.— Vol. 55, N 4.— P. 885—904, DOI: 10.1007/s00125-011-2446-4.

Понятие «неалкогольная жировая болезнь печени» (НАЖБП) включает в себя широкий спектр заболеваний — от стеатоза до неалкогольного стеатогепатита (НАСГ). В то же время НАЖБП не только сопровождается высокой частотой осложнений со стороны печени (это касается в первую очередь НАСГ), но и значительно повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета. Влияние существующих методов лечения на течение заболевания печени, обмен глюкозы и сердечно-сосудистый риск при НАЖБП изучено недостаточно. В данной работе представлен обзор доказательств эффективности лечения и его влияние на кардиометаболический профиль риска у больных НАЖБП.

**Методы.** Отбор публикаций проводили два исследователя по состоянию на ноябрь 2011 г. По стандартным методикам оценивали следующие исходы: гистологические/радиологические/биохимические признаки НАЖБП, показатели обмена глюкозы и факторы сердечно-сосудистого риска. Отобрано 78 рандомизированных исследований (38 исследований включали больных НАСГ, 40 — больных с НАЖБП): в 41 % исследований проводили гистологическое исследование после окончания лечения, в 71 % исследований изучали обмен глюкозы и в 88 % — факторы сердечно-сосудистого риска. Наиболее часто изучали следующие методы лечения НАЖБП: модификацию образа жизни, тиазолидинеидоны, метформин и антиоксиданты.

**Результаты.** Снижение массы тела в результате модификации образа жизни отличалось безопасностью и способствовало улучшению кардиометаболического профиля риска; снижение массы тела на 7 % и более улучшало гистологические показате-

ли активности заболеваний печени, но такое снижение массы тела было достигнуто менее чем у 50 % больных.

Прием статинов и полиненасыщенных жирных кислот оказывал положительное влияние на стеатоз, но их влияние на гистологические изменения печени остается невыясненным. Тиазолидинеидоны способствовали улучшению гистологических показателей активности заболевания печени, а также улучшали показатели углеводного и липидного обмена, уменьшали воспалительные проявления и замедляли прогрессирование фиброза печени. Прием пиоглитазона также способствовал нормализации артериального давления, но при этом в 4,8 % случаев отмечен прирост массы тела. Применение антиоксидантов вызывало различные изменения гистологических параметров: витамин Е улучшал гистологические показатели активности болезни, но только в том случае, если применялся на протяжении 2 лет, в то же время прием витамина Е повышал инсулинорезистентность и уровень триглицеридов в плазме крови.

**Выводы.** Снижение массы тела является безопасным методом лечения, положительно влияющим на гистологические параметры и кардиометаболический профиль риска. У пациентов, у которых модификация образа жизни не эффективна, прием пиоглитазона способствует улучшению гистологических показателей активности, замедляет прогрессирование фиброза и значительно снижает кардиометаболический риск. Для оценки безопасности и эффективности более длительных сроков лечения необходимо проведение рандомизированных контролируемых исследований соответствующего размера и длительности.

## Сахарный диабет — независимый фактор риска развития рака толстого кишечника и прямой кишки

Sun L., Yu S. Diabetes mellitus is an independent risk factor for colorectal cancer // Dig. Dis. Sci.— 2012.— Feb 1 DOI: 10.1007/s10620-012-2059-x.

Результаты эпидемиологических исследований показывают наличие положительной связи между сахарным диабетом и раком толстого кишечника. Однако эти результаты малоубедительны, поскольку не учитывают гендерные различия и локус рака.

Цель исследования — проведение систематизированного обзора на основании метаанализа для изучения связи между сахарным диабетом и риском развития рака толстого кишечника и прямой кишки, а также влияния на эту связь пола, локуса рака, расовой/этнической принадлежности, длительности заболевания сахарным диабетом.

**Методы.** Соответствующие исследования были отобраны из поисковой системы Pubmed по состоянию на 12 мая 2011 года. Также просматривали список литературных ссылок в выбранных статьях. Отбор исследований и выбор соответствующих данных осуществляли два независимых исследователя. Проведена оценка качества отобранного исследования.

**Результаты.** Для завершающего анализа отобрано 39 исследований (28 когортных и 11 типа случай-контроль). При сравнении с лицами, не болеющими сахарным диабетом, объединенный риск развития рака толстого кишечника и прямой кишки у больных сахарным диабетом составил 1,29 (95 % ДИ — 1,23–1,35). При анализе данных подгрупп установлено, что риск развития рака был достоверно выше у больных сахарным диабетом лиц обоего пола, для любой локализации рака и для любой длительности диабета. Наличие сахарного диабета повышало риск развития рака у лиц белой и азиатской расы, в отличие от лиц негритянской расы и коренных жителей Гавайских островов.

**Выводы.** Результаты исследования подтвердили умеренное повышение риска развития рака толстого кишечника и прямой кишки у больных сахарным диабетом.

## Связь между симптомами гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и хроническим обструктивным заболеванием легких

Liang B.-M., Feng Y.-L. Association of gastroesophageal reflux disease symptoms with stable chronic obstructive pulmonary disease // Lung.— DOI: 10.1007/s00408-011-9365-5.

У больных различными хроническими заболеваниями органов дыхания чаще встречаются симптомы, характерные для гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), но механизмы такой связи остаются неустановленными.

Цель исследования — изучить связь между симптомами ГЭРБ и нарушением функции легких и другими факторами у больных хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ).

**Методы.** В исследование включили 1486 больных со стабильным клиническим течением ХОЗЛ. Определяли функцию внешнего дыхания, проводили оценку по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), анализировали данные опросника по диагностике рефлюкса (ОДР). По результатам ОДР больные были распределены на группы с и без ГЭРБ. Оценка значимости факторов, влияющих на частоту симптомов ГЭРБ у больных ХОЗЛ, проводили методами одномерного и многомерного анализа.

**Результаты.** Между группами с и без ГЭРБ не выявлено различий в среднем возрасте, соотношении полов, индексе массы тела, количестве курительных сигарет и частоте применения лекарственных средств для лечения заболеваний органов дыхания. Обе группы достоверно отличались по таким показателям, как объем форсированного выдоха за 1 с, объем максимального вдоха, количество баллов по ВАШ (во всех случаях  $p < 0,05$ ). Многомерный логистический регрессионный анализ показал, что снижение объема максимального вдоха (отношение шансов (ОШ) — 1,56; 95 % доверительный интервал (ДИ) — 1,32–2,27;  $p < 0,001$ ) и увеличение количества баллов по ВАШ (ОШ — 1,38; 95 % ДИ — 1,19–1,68;  $p = 0,011$ ) являются независимыми факторами риска развития симптомов ГЭРБ у больных ХОЗЛ.

**Выводы.** У больных со стабильным клиническим течением ХОЗЛ факторами риска развития симптомов ГЭРБ являются степень гиперинфляции легких и выраженность одышки.

Подготовила Л.В. Богун, к. мед. н.  
Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины