



Є. П. Вакулєнко, А. О. Кармазіна, Т. М. Будько, Т. Є. Лобода,
М. В. Обремський, М. В. Метєнко, О. Г. Луценко
КЗКОР «Київська обласна клінічна лікарня»

Ефективність лікування неалкогольної жирової хвороби печінки гепатопротекторами рослинного походження на прикладі препарату «Гепаназе»

Мета — дослідити ефективність застосування рослинного гепатопротекторного препарату «Гепаназе» у складі комплексної терапії пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП).

Матеріали та методи. В дослідження залучено 84 хворих з діагнозом НАЖХП, з них 52 (62 %) чоловіків та 32 (38 %) жінки віком від 24 до 65 років. Пацієнтів розподілили на дві групи: перша (n = 46) отримували лікування згідно з протоколами, включаючи дієтотерапію, і додатково отримувала препарат «Гепаназе» у дозі 290 мг по 1 капсулі тричі на добу під час їди, друга (n = 38) — лікування згідно з протоколами, включаючи дієтотерапію. Діагноз НАЖХП верифіковано за результатами загальноклінічного дослідження з оцінкою комплексу скарг, даних анамнезу, а також лабораторних (біохімічний аналіз крові) та інструментальних (ультразвукова діагностика) методів.

Результати. У пацієнтів першої групи виявлено вираженішу динаміку зникнення або зменшення гіпербілірубінемії та гіперферментемії, що свідчить про інтенсивність процесу регенерації гепатоцитів та поліпшення стану жовчовивідної системи. Застосування препарату «Гепаназе» сприяло зниженню рівня загального холестерину і тригліцеридів до нормальних значень.

Висновки. Результати дослідження підтвердили ефективність застосування препарату «Гепаназе» в складі комплексної терапії НАЖХП. Поеднання трьох рослинних складових препарату зумовлює його комбіновану дію: гепатопротекторну, імуномодулювальну, жовчогінну, спазмолітичну та холестеринознижувальну.

Ключові слова: неалкогольна жирова хвороба печінки, холестаза, гепатопротектори, силімарин.

Основними причинами неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) є переїдання, вживання жирної їжі, шкідливі звички, гіподинамія тощо. Ця патологія — найпоширеніше захворювання печінки. В середньому в світі на неї страждає приблизно 20 % населення [6, 8, 9].

Пацієнти з НАЖХП зазвичай мають надлишкову масу тіла, дисліпідемію, гіперхолестеринемію, а також захворювання серцево-судинної системи. Такі хворі мають високий ризик розвитку поширеного фіброзу та цирозу печінки [3, 5]. Також НАЖХП є чинником ризику розвитку захворювань серцево-судинної системи і визна-

чає їх наслідок більшою мірою, ніж наслідок захворювань печінки [4]. За даними World Health Report (2002), третина смертей від серцево-судинних подій асоційована з 10 чинниками ризику. Перші три місця посідають гіперхолестеринемія, надлишкова маса тіла та шкідливі звички. Таким чином, НАЖХП потребує комплексного лікування та дотримання здорового способу життя.

Основною групою препаратів для лікування НАЖХП є гепатопротектори. З численних гепатопротекторів, представлених в Україні, популярними є препарати рослинного походження через низьку вартість та високий рівень безпечності. Так, у США захворювання печінки лікують гепатопротекторами рослинного походжен-

ня в середньому у 41 % пацієнтів, а в країнах Азії цей показник ще вищий [7].

Одним з представників рослинних гепатопротекторів є препарат «Гепаназе», який містить три рослинних компоненти: екстракт плодів розторопші плямистої, кукурудзяні рильця і квітки календули лікарської. Цей препарат має комбіновану дію: гепатопротекторну, жовчогінну, спазмолітичну, холестеринознижувальну та імуномодельовальну.

Розторопшу плямисту використовують як гепатопротектор у Європі з XVI ст. Тогочасні лікарі використовували плоди цієї рослини при захворюваннях печінки і селезінки, вважаючи його ефективним засобом при печінковій кольці, жовтяниці, жовчнокам'яній хворобі, кривавій блювоті, хронічному кашлі та ішіасі [2]. У сучасну медичну практику розторопшу введено в 1960-х, коли екстракт з насіння — силімарин — стали отримувати промисловим способом. Основними діючими речовинами розторопші плямистої є флавоноїди та флавонолігнали, алкалоїди (таксифолін) і сапоніни. Силімарин містить також до 25 % олії, деяку кількість білка, вітамін D, смоли та дубильні речовини.

Екстракт кукурудзяних рилець є рослинним холеретиком, який поліпшує властивості жовчі і сприяє її відходженню, робить її менш в'язкою, усуває застій. Компоненти екстракту чинять м'яку сечогінну дію, відновлюють водно-сольовий баланс, зменшують надмірний апетит.

Квітки календули є протизапальним та імуномодельовальним засобом, мають заспокійливі, протимікробні та жовчогінні властивості, стимулюють процеси регенерації і місцеві захисні механізми [1].

Матеріали та методи

Дослідження ефективності препарату «Гепаназе» проведено на базі гастроентерологічного відділення КЗКОР «Київська обласна клінічна лікарня» протягом першого півріччя 2014 р. У дослідження було залучено 84 хворих з діагнозом НАЖХП, з них 52 (62 %) чоловіки та 32 (38 %) жінки віком від 24 до 65 років.

Діагноз НАЖХП верифіковано за даними загальноклінічного дослідження з оцінкою комплексу скарг, даних анамнезу, лабораторних методів (біохімічний аналіз крові), інструментальних методів (ультразвукова діагностика). Оцінювали розмір печінки, її структуру, стан жовчовивідної системи. Досліджували рівень показників печінкових проб (білірубін, аланінамінотрансфераза, аспартатамінотрансфераза, γ -глутаміл-транспептидаза, лужна фосфатаза). Також усім хворим проводили ліпідограму.

У всіх хворих відзначено надлишкову масу тіла з індексом маси тіла від 27 до 42 кг/м². Результати УЗД підтвердили наявність дискінезії жовчовивідних шляхів. За результатами ліпідограми у майже 97 % хворих виявлено гіперхолестеринемію, рівень холестерину в середньому становив $(7,2 \pm 2,5)$ ммоль/л.

Хворих розподілили на дві групи: пацієнти другої групи (n = 38) отримували лікування згідно з протоколами, включаючи дієтотерапію, пацієнти першої групи (n = 46) — додатково отримували препарат «Гепаназе» у дозі 290 мг по 1 капсулі тричі на добу під час їди. Через 10 днів лікування в стаціонарі всі пацієнти були виписані додому з рекомендаціями щодо подальшого лікування. Пацієнти першої групи продовжували приймати препарат «Гепаназе» у дозі 290 мг по 1 капсулі тричі на добу під час їди протягом місяця.

Пацієнтам обох груп назначено контрольний візит через 30 днів після виписки зі стаціонару, під час якого було проведено обстеження: оцінка комплексу скарг, результатів лабораторних (біохімічний аналіз крові) та інструментальних (ультразвукова діагностика) методів дослідження.

На підставі аналізу результатів досліджень оцінено ефективність застосування «Гепаназе» при НАЖХП, а також при дискінезії жовчовивідних шляхів та гіперхолестеринемії.

Результати та обговорення

Під час контрольного візиту пацієнти обох груп відзначили значне поліпшення свого стану, більшість — поліпшення самопочуття, зменшення маси тіла, бадьорість, хороший настрій.

Пацієнти першої групи не мали скарг, пов'язаних з холестазом, у них зник гіркий присмак у роті, нудота, дискомфортні відчуття в правому підбер'ї. Жоден пацієнт, який приймав препарат «Гепаназе», не відчув біль, що часто виникає при дії жовчогінних препаратів у хворих з дискінезією жовчовивідних шляхів. Цей факт можна пояснити спазмолітичною дією двох з трьох компонентів препарату (квітки календули та екстракт кукурудзяних рилець), що відрізняє його від аналогів. У більшості хворих при об'єктивному обстеженні встановлено нормалізацію артеріального тиску, зменшення або зникнення симптомів захворювань серцево-судинної системи, підвищення життєвого тону. При лабораторному обстеженні крові у пацієнтів обох груп виявлено поліпшення (табл. 1, 2).

У пацієнтів першої групи встановлено вираженішу динаміку зникнення або зменшення гіпербілірубінемії та гіперферментемії, що свідчить про значну регенерацію гепатоцитів та

Таблиця 1. Біохімічні показники крові (М ± m)

Показник	1-ша група		2-га група	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Білірубін, мкмоль/л	27,3 ± 7,6	18,1 ± 4,3	26,0 ± 8,2	21,4 ± 3,8
Аланінамінотрансфераза, мкмоль/л	0,9 ± 0,21	0,55 ± 0,14	0,87 ± 0,19	0,65 ± 0,11
Аспаратамінотрансфераза, мкмоль/л	0,76 ± 0,15	0,49 ± 0,17	0,73 ± 0,12	0,55 ± 0,15
γ-Глутамілтранспептидаза, МО	92,3 ± 4,2	54,6 ± 4,4	94,1 ± 8,7	59,5 ± 4,7
Лужна фосфатаза, МО	345,5 ± 28,3	207,4 ± 21,6	317,0 ± 23,5	256,9 ± 16,8

Таблиця 2. Індекс маси тіла, кг/м²

Показник	1-ша група		2-га група	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Максимальний	42	36	41	39
Мінімальний	27	24	29	26

поліпшення функціонального стану жовчовивідної системи. При порівнянні даних ліпідогам обох груп до і після лікування виявлено зменшення рівня загального холестерину і тригліцеридів в усіх обстежених. У першій групі наприкінці лікування загальні показники ліпідогам в усіх пацієнтів дорівнювали нормі, тоді як у пацієнтів контрольної групи цього не спостерігали.

За рахунок дієтотерапії в усіх обстежених спостерігали зменшення маси тіла. У пацієнтів першої групи максимальний показник індексу маси тіла зменшився в середньому на 14 % порівняно з показником на початку лікування, у пацієнтів другої групи – на 10 %.

При дослідженні стану гепатобіліарної системи за допомогою ультразвукової діагностики в усіх пацієнтів виявлено зменшення розмірів печінки, але лише в першій групі в усіх осіб повністю були відсутні ознаки застійних явищ у жовчному міхурі та його протоках, що підтверджується відсутністю скарг, пов'язаних з холестазом.

Висновки

Результати дослідження підтвердили ефективність застосування препарату «Гепаназе» в

складі комплексної терапії неалкогольної жирової хвороби печінки. Поєднання трьох рослинних компонентів препарату зумовлює його комбіновану дію: гепатопротекторну, імуномодулювальну, жовчогінну, спазмолітичну та холестеринознижувальну.

Спазмолітичні та жовчогінні властивості препарату «Гепаназе» сприяють швидкому усуненню холестаза з одночасним зникненням болювого синдрому.

У хворих, які отримували препарат «Гепаназе», відзначено зникнення або суттєве зменшення гіпербілірубінемії та гіперферментемії, що свідчить про інтенсивність процесу регенерації гепатоцитів та поліпшення стану жовчовивідної системи.

Застосування препарату «Гепаназе» сприяло зниженню рівня загального холестерину і тригліцеридів до нормальних значень.

Використання препарату «Гепаназе» сприяє зменшенню маси тіла хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (максимальний індекс маси тіла знизився на 10 % більше, ніж у контрольній групі), нормалізації артеріального тиску та зникненню симптомів захворювань серцево-судинної системи.

Список літератури

1. Блинова К.Ф. Ботанико-фармакогностический словарь: Справ. пособие / Под ред. К.Ф. Блиновой, Г.П. Яковлева. — М.: Высш. шк., 1990. — С. 192—193.
2. Вавилова Н.М. Гомеопатическая фармакодинамика. — М.: Эверест, 1994.
3. Angulo P. Nonalcoholic fatty liver disease // *N. Engl. J. Med.* — 2002. — Vol. 346. — P. 1221—1231.
4. Dunn W., Xu R., Wingard D.L. et al. Suspected nonalcoholic fatty liver disease and mortality risk in a population-based cohort study // *Am. J. Gastroenterol.* — 2008. — Vol. 103. — P. 2263—2271.
5. Kotronen A., Uki-Jarvinen H. Fatty liver: a novel component of the metabolic syndrome // *Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol.* — 2008. — Vol. 28. — P. 27—38.
6. Lazo M., Hernaez R., Eberhardt M.S. et al. Prevalence of nonalcoholic Fatty liver disease in the United States: the third national health and nutrition examination survey, 1988—1994 // *Am. J. Epidemiol.* — 2013. — Vol. 178. — P. 38.
7. Pradhan S.C., Girish C. Hepatoprotective herbal drug, silymarin: from experimental pharmacology to clinical medicine // *Indian. J. Med. Res.* — 2006. — Vol. 124. — P. 491—504.
8. Vernon G., Baranova A., Younossi Z.M. Systematic review: the epidemiology and natural history of non-alcoholic fatty liver disease and non-alcoholic steatohepatitis in adults // *Aliment. Pharmacol. Ther.* — 2011. — Vol. 34. — P. 274.
9. Williams C.D., Stengel J., Asike M.I. et al. Prevalence of non-alcoholic fatty liver disease and nonalcoholic steatohepatitis among a largely middle-aged population utilizing ultrasound and liver biopsy: a prospective study // *Gastroenterology.* — 2011. — Vol. 140. — P. 124.

Е. П. Вакуленко, А. А. Кармазина, Т. Н. Будько, Т. Е. Лобода,
Н. В. Обремский, М. В. Метенько, А. Г. Луценко
КУКОС «Киевская областная клиническая больница»

Эффективность лечения неалкогольной жировой болезни печени гепатопротекторами растительного происхождения на примере препарата «Гепаназе»

Цель — исследовать эффективность применения растительного гепатопротекторного препарата «Гепаназе» в составе комплексной терапии пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 84 больные с диагнозом НАЖБП, из них 52 (62%) мужчины и 32 (38%) женщины в возрасте от 24 до 65 лет. Пациентов распределили на две группы: первая (n=46) получала лечение согласно протоколам, включая диетотерапию, и дополнительно препарат «Гепаназе» в дозе 290 мг по 1 капсуле трижды в сутки во время еды, вторая (n=38) — лечение согласно протоколам, включая диетотерапию. Диагноз НАЖБП верифицирован по результатам общеклинического исследования с оценкой комплекса жалоб, данных анамнеза, а также лабораторных (биохимический анализ крови) и инструментальных (ультразвуковая диагностика) методов.

Результаты. У пациентов первой группы выявлена более выраженная динамика исчезновения или уменьшения гипербилирубинемии и гиперферментемии, что свидетельствует об интенсивности процесса регенерации гепатоцитов и улучшении состояния желчевыводящей системы. Использование препарата «Гепаназе» способствовало снижению уровня общего холестерина и триглицеридов до нормальных значений.

Выводы. Результаты исследования подтвердили эффективность применения препарата «Гепаназе» в составе комплексной терапии НАЖБП. Сочетание трех растительных компонентов препарата обуславливает его комбинированное действие: гепатопротекторное, иммуномодулирующее, желчегонное, спазмолитическое и холестеринснижающее.

Ключевые слова: неалкогольная жировая болезнь печени, холестаза, гепатопротекторы, силимарин.

E. P. Vakulenko, A. O. Karmazina, T. M. Budko, T. Ye. Loboda,
M. B. Obremskiy, M. V. Metenko, O. G. Lutsenko

Kiev Regional Clinical Hospital

Objective — to study the effectiveness of herbal hepatoprotective drug Hepanaze in the complex therapy of patients with non-alcoholic fatty liver disease.

Materials and methods. The study involved 84 patients with NAFLD diagnosis, 52 (62%) men and 32 (38%) women aged from 24 to 65 years. All patients were divided into two groups: 46 patients in the first group and 38 in the second group. Patients of the first group were treated according to protocols including diet therapy, and additionally received the drug Hepanaze 290 mg, 1 capsule three times a day during meals. The second group of patients was treated according to the protocols including diet therapy. NAFLD diagnosis was verified in the process of clinical assessment study of the complex of complaints, anamnesis, laboratory methods (blood biochemistry), instrumental methods (ultrasound diagnosis).

Results and discussion. Patients from the first group showed more pronounced dynamics of the disappearance or reduction of hyperbilirubinemia and hyperfermentemia. In patients receiving the drug Hepanaze, the disappearance or significant reduction of bilirubinemia and hyperfermentemia was observed, that indicates the intensity of hepatocytes' regeneration and improvement of the biliary system condition. The use of the drug Hepanaze led to intensive reduction of total cholesterol and triglycerides, which after treatment acquired normal values. It has been shown that the combination of three herbal components of the drug Hepanaze resulted in its combined action: hepatoprotective, immunomodulatory, diuretic, antispasmodic. The results of this study confirm the efficacy of the drug Hepanaze in the complex therapy of NAFLD.

Conclusions. The results of this study confirm the efficacy of the drug Hepanaze in the complex therapy of NAFLD. The combination of the three herbal components of the drug Hepanaze accounts for its combined action: hepatoprotective, immunomodulatory, diuretic and antispasmodic.

Key words: nonalcoholic fatty liver disease, cholestasis, liver, silymarin. □

Контактна інформація

Будько Тетяна Миколаївна, лікар вищої категорії, зав. відділення
04107, м. Київ, вул. Багговутівська, 1

Стаття надійшла до редакції 17 червня 2015 р.