

were studied. All patients filled out SF-36 and specially worked out questionnaire. It was proved that quality of life improved in these patients after treatment.

УДК 616.36-002-003.826-036.82

Аналіз клініко-біохімічних показників у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки під впливом консервативної терапії

*Ю.І. Решетілов, Л.П. Кузнєцова, Т.В. Богослав, О.Ю. Васильченко,
Н.М. Проценко, О.Г. Вайнтруб, О.М. Козиряцька*
Кафедра терапії і гастроентерології ДЗ «ЗМАПО МОЗ України»
(Запоріжжя)

Останнім часом неепідемічна хронічна патологія вабить зростання економічних витрат для всього суспільства та розглядається як важкий тягар для системи охорони здоров'я. Серед цієї групи захворювань вагоме місце посідають невірусні дифузні ураження печінки, які значно погіршують якість життя великої кількості людей, оскільки є причиною їх тривалих страждань. До цих захворювань відноситься й неалкогольна жирова хвороба печінки (НЖХП) [1]. В сучасних умовах все частіше клініка внутрішніх хвороб характеризується сполученістю захворювань, які охоплюють водночас різні органи та системи. До цього можна віднести сполучення НЖХП та метаболічних розладів, насамперед у вигляді ожиріння [2, 3], які обумовлюють актуальність проблеми у клінічній практиці та необхідність пошуку ефективних шляхів усунення цих розладів [3, 4].

НЖХП – це сукупність послідовних патологічних змін печінки, що розвиваються на тлі жирової дистрофії (стеатоз, стеатогепатит). НЖХП сьогодні розглядається як найбільш розповсюджене ураження печінки, яке у розвинутих країнах

зустрічається майже у кожній третій дорослій людині, а НЖХП чітко асоційована з ожирінням, інсулінорезистентністю, артеріальною гіпертензією (АГ) та дисліпідемією – розглядається як печінкова маніфестація метаболічного синдрому (МС) [3, 5]. В останнє десятиріччя НЖХП стала однією з самих обговорюваних тем не тільки гастроентерологічної, а й терапевтичної практики. На цей час термін НЖХП широко використовують для визначення феномену при якому в печінці відбувається накопичення жиру переважно тригліцеридів (ТГ) і ліпопротеїдів дуже низької щільності (ЛПДНЩ). Сьогодні не викликає сумнівів тісний взаємозв'язок між цукровим діабетом (ЦД) 2-го типу і захворюванням печінки. Відмічено, що наявність ЦД підвищує ризик розвитку НЖХП. Порушення толерантності до глюкози і ЦД 2-го типу в 57% випадків сполучаються із НЖХП, тяжкість перебігу якої прямо пропорційна компенсації діабету.

Метою роботи було вивчення динаміки клініко-біохімічних показників у хворих на НАСГ та ожиріння на тлі консервативного лікування з включенням фітопрепарату хофітол.

Матеріал та методи дослідження. Під наглядом знаходились 41 хворий на НАСГ і ожиріння, які проходили обстеження та лікування у терапевтичному відділенні ЦЛ Комунарського району м. Запоріжжя. Вік пацієнтів складав від 22 до 65 років, чоловіків серед обстежених було 14 (34,4%), жінок – 27 (65,6%). Діагноз НАСГ був встановлений у відповідності до стандартизованих протоколів діагностики та лікування хвороб органів травлення [6]. Діагноз ожиріння встановлювали за даними клінічного обстеження та індексу маси тіла (ІМТ), запропонованого Міжнародною групою по дослідженню ожиріння [3, 4]. Серед обстежених хворих було 67,7% з ожирінням I ступеня, 22,2% з ожирінням II ступеня та 10,1% з ожирінням III ступеня.

Загальноприйняті лабораторні методи дослідження включали клінічний аналіз крові і сечі, вивчення вмісту глюкози у крові.

Для оцінки функціонального стану печінки вивчалися відповідні біохімічні показники з використанням уніфікованих методів, які включали визначення у крові рівня загального білірубину і його фракцій (прямої та непрямої), активності сироваткових амінотрансфераз – аланінамінотрансферази

(АлАТ) і аспаратамінотрансферази (АсАТ); ліпідограму; рівня альбуміну, активності екскреторних ферментів – лужної фосфатази (ЛФ) та гамаглутамілтранспептидази (ГГТП); тимолової проби. Функціональні проби печінки визначалися в динаміці лікування та оцінювалися в комплексі з клінічними даними.

Хворі були розподілені на дві групи, що рандомізовані за статтю, віком, тяжкістю перебігу НАСГ та ступенем ожиріння – основну (24 пацієнта) і зіставлення (17 хворих). Хворі отримували загальноприйняті засоби лікування згідно протоколу[6].

Нааявність ожиріння була підставою для рекомендацій модифікації способу життя та призначення відповідної дієтотерапії [2, 4, 6]. Пацієнтам основної групи додатково призначали препарат хофітол усередину по 2 таблетки 3 рази на добу протягом чотирьох тижнів. Відомі основні клінічні ефекти хофітолу: препарат володіє значною антиоксидантною та гепатопротекторною дією; поліпшує дезінтоксикаційну функцію печінки; знижує рівень холестерину, нормалізуючи внутрішньоклітинний обмін фосфоліпідів, та посилює холерез.

Статистичну обробку одержаних результатів досліджень здійснювали на персональному комп'ютері методом дисперсійного аналізу з використанням пакетів ліцензійних програм Microsoft Office 2003, Microsoft Excel Stadia 6.1/prof і Statistica, при цьому враховували основні принципи використання статистичних методів у медико-біологічних дослідженнях [7].

Результати та їх обговорення. До початку проведення курсу консервативної терапії хворим на НАСГ, сполучений з ожирінням, в обох групах з однотиповою клінічною симптоматикою було проведено ретельне лабораторне та інструментальне обстеження. Клінічні прояви захворювання характеризувалися загальною слабкістю, нездужанням, субіктеричністю склер, зниженням апетиту й працездатності, тяжкістю в правому підребер'ї, обкладеністю язика білим або жовтуватим брудним нальотом, гіркотою в роті, гепатомегалією, чутливістю печінкового краю при пальпації, підвищенням стомлюваності. Функціональні проби печінки у хворих в обох групах обстежених на початку лікування мали відхилення від нормальних показників. Так, рівень загального білірубину крові був підвищеним в середньому в 1,3 рази стосовно норми, вміст фракції прямого білірубину був підвищений в

середньому в 2,0 рази, активність АЛАТ – в 3,1 рази, АсАТ – в 4,3 рази, ЛФ – в 1,8 рази, ГГТП – в 2,0 рази, показник тимолової проби – в 2,5 рази, вміст загального холестерину в сироватці крові – в 1,5 рази, тригліцеридів – в 2,0 рази, рівень сироваткового альбуміну у хворих був знижений у середньому в 1,1 рази.

Клінічне обстеження в динаміці проведення консервативної терапії дозволило встановити, що у хворих основної групи мало місце вірогідне прискорення ліквідації патологічної симптоматики загострення НАСГ й досягнення клінічної ремісії захворювання (табл. 1).

Таблиця 1 - Динаміка клінічних показників на тлі лікування хворих.

Клінічний показник	Група обстеження		р
	основна (n=24)	зіставлення (n=17)	
тривалість прояву (доба):			
гіркота в роті	6,4±0,28	10,1±0,33	<0,05
тяжкість в правому підребер'ї	4,5±0,3	9,1±0,32	<0,01
гепатомегалія	12,1±0,41	21,4±0,44	<0,01
чутливість печінкового краю	4,8±0,19	9,5±0,22	<0,05
субіктеричність склер	5,1±0,24	11,3±0,27	<0,01
нездужання	4,1±0,16	10,2±0,25	<0,05
зниження апетиту	3,0±0,12	8,1±0,31	<0,05

З таблиці 1 видно, що в основній групі хворих, відмічено достовірне скорочення тривалості всіх клінічних проявів захворювання в стадії загострення: збереження гіркоти в роті відповідно до групи зіставлення в середньому на (4,7±0,2) дні, тяжкості в правому підребер'ї – на (5,5±0,2) дні, гепатомегалії – на (9,6±0,3) дні, чутливості печінкового краю при пальпації – на (5,2±0,3) дні, субіктеричності склер – на (6,3±0,2) дні, нездужання – на (5,3±0,2) дні, зниження апетиту – на (5,2±0,2) дні.

Водночас з поліпшенням клінічного стану хворих основної групи відмічалася позитивна динаміка біохімічних показників крові (табл. 2): нормалізувався рівень загального та зв'язаного білірубіну, вірогідно зменшилися показники тимолової проби,

активність сироваткових амінотрансфераз (АлАТ та АсАТ) та ексреторних ферментів (ЛФ, ГГТП). Відмічена тенденція до зниження рівня тригліцеридів у цієї групи хворих ($p=0,1$). Побічних реакцій у хворих виявлено не було.

Таблиця 2 - Динаміка біохімічних показників до і після лікування хворих.

Показник	Група обстежених				р
	основна (n=24)		зіставлення (n=17)		
	до	після	до	після	
Загальний білірубін, мкмоль\л	24,1±0,2	14,3±0,98	24,4±0,28	20,1±0,1	<0,05
Тимолова проба, од.	5,1±0,2	1,8±0,16	4,9±0,3	4,1±0,32	<0,05
АлАТ, ммоль/(л·год)	2,7±0,19	0,7±0,1	2,8±0,2	1,2±0,23	<0,05
АсАТ, ммоль/(л·год)	2,4±0,12	0,8±0,11	2,3±0,19	1,3±0,18	<0,05
ГГТП, ммоль/(л·год)	5,9±0,22	1,7±0,19	5,3±0,24	3,1±0,17	<0,05
ЛФ, ммоль/(л·год)	3,8±0,14	1,8±0,11	3,9±0,16	2,2±0,15	=0,1
Тригліцериди, ммоль\л	2,3±0,12	1,93±0,2	2,2±0,13	1,82±0,2	=0,1

Примітка. р – вірогідність відмінностей при зіставленні результатів лікування між групами.

В клінічному плані в групі зіставлення суттєво частіше мали місце залишкові явища загострення НАСГ. У 3 хворих при об'єктивному огляді відмічалось помірне збільшення розмірів печінки, у 3 осіб (17,6%) зберігалось вірогідне підвищення фракції

прямого білірубіну, у 5 хворих (29,4%) – активності АлАТ в межах 0,8-1,2 ммоль/(л·год), у 2 пацієнтів (11,8%) – АсАТ в межах 0,6-1,0 ммоль/(л·год) та також у 4 хворих (23,5%) – показника тимолової проби в межах 5,0 од.

Таким чином, у групі зіставлення майже у третини хворих зберігалися клініко-біохімічні ознаки незавершеності загострення патологічного процесу у печінці, що потребує проведення подальшого лікування.

Висновки.

1. Застосування у комплексному лікуванні хворих на НАСГ, сполучений з ожирінням, фітопрепарату хофітол обумовлює прискорення ліквідації клінічних симптомів і нормалізацію функціональних проб печінки, що свідчить про досягнення клінічної ремісії.

2. Препарат хофітол володіє різноманітними властивостями не тільки відносно НАСГ, але і позитивним впливом на ліпідний профіль (зменшує рівень тригліцеридів сироватки крові) у хворих з ожирінням. Добре переноситься хворими.

1. *Звягинцева Т.Д.* Современные подходы к лечению неалкогольного стеатогепатита / *Т.Д. Звягинцева, А.И. Чернобай* // Сучасна гастроентерологія. – 2009. – № 3 (47). – С. 35–42.
2. *Степанов Ю.М.* Стеатоз печени и неалкогольный стеатогепатит: современный взгляд на патогенез, диагностику и лечение / *Ю.М. Степанов, А.Ю. Филиппова* // Здоров'я України. – 2004. – № 18 (103). – С. 20–21.
3. *Фадеенко Г.Д.* Роль ожирения как компонента метаболического синдрома в возникновении и прогрессировании неалкогольной жировой болезни печени / *Г.Д. Фадеенко, К.А. Просоленко, Е.В. Колесникова* // Сучасна гастроентерологія. – 2008. – № 2. – С. 4–10.
4. *Ожирение / под. ред. А.Ю. Барановского.* – Диетология. – М. ; С.-Пб : Питер, 2006. – С. 678–701.
5. *Hainer V.* Ожиріння: у чому причина? / *V. Hainer* // Внутрішня медицина. – 2007. – № 6. – С. 86–92.
6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України №1051 від 28.12.09 «Про надання медичної допомоги хворим гастроентерологічного профілю». – К., 2009.

7. Юнкеров В.И. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований / В.И. Юнкеров, С.Г. Григорьев. – [2-е изд., доп.]. – СПб. : ВМедА, 2005. – 292 с.

THE ANALYSIS OF CLINICAL AND BIOCHEMICAL
INDEXES IN PATIENTS WITH NONALCOHOLIC FATTY
DISEASE OF LIVER UNDER CONSERVATIVE THERAPY
INFLUENCE

J.I. Reshetilov, L.P. Kuznetsova, T.V. Bogoslav, O.JU.
Vasilchenko, N.M. Protsenko, O.G. Vajntrub, O.M. Kozyrjatsky
Zaporozhye medical academy of postgraduate education

Influence of chophytol on clinical-biochemical indexes at the patients with nonalcoholic steatohepatitis combined with obesity was studied. It is set that application of chophytol in the combined therapy is instrumental in the improvement of clinical symptoms, biochemical indexes which characterize the functional state of liver and on the whole instrumental in achievement of remission of illness.

УДК 616.36-004-085.225.1-06:616-056.5

Антагоністи ангіотензинових рецепторів II у
комплексній терапії цирозу печінки в осіб з
надлишковою вагою

О.Є. Самогальська, Т.Б. Лазарчук, Н.М. Олійник
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені
І.Я. Горбачевського»

За даними вітчизняних вчених у період 1997-2006 років відбулося зростання поширеності й захворюваності на цироз печінки (ЦП), яке склало 39,0 і 92,9% відповідно. Поряд із цим смертність від ЦП у 2005-2006 рр. сягнула майже 15,0% [1]. Дослідження останніх років довели, що печінка є органом-мішенню