

- ров-гинекологов). - 2006. - № 4. - С. 20 - 21.
- Нарзуллаева Е.Н. Течение беременности, родов и перинатальные исходы при преэклампсии / Е.Н. Нарзуллаева, Н.С. Джаборова, А.А. Хусаинова // Материалы научно-практической конференции "Новые технологии и репродуктивное здоровье". - Душанбе, 2008. - С. 70 - 72.
- Стрижаков А.Н. Особенности системы гемостаза у беременных с гестозом и плацентарной недостаточностью / [Стрижаков А.Н., Макацария А.Д., Игнатко И.В. и др.] Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2007. - Т.6, № 3. - С. 5 - 12.
- Kahn S. Inherited thrombophilia and preeclampsia within a multicenter cohort: the Montreal Preeclampsia Study / S. Kahn, R. Platt, H. McNamara [et al.] // Am J. Obstet Gynecol. - 2009. - 200(2) - 151. - P. 1 - 9.
- Samburova N.V. Markers of intravascular coagulation and fibrinolysis in hypertensive disorders of pregnancy / N.V. Samburova, E.E. Kvaratcheliya // The 9th World Congress on controversies in obstetrics, gynaecology and infertility. - Barcelona, Spain, March 22-25, 2007. - p. 101.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ НА ФОНЕ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ В III ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Лобастова Т.В., Чечуга С.Б.

Резюме. Обследовано 58 беременных с преэклампсией (средней тяжести) в сочетании с гипергомоцистеинемией. Беременным с преэклампсией в III триместре необходимо исследование системы гемостаза, которое позволит прогнозировать возникновение геморрагических и тромботических осложнений. Использование в терапии сулодексида, аспирина, фолиевой кислоты и "Нейровитана" у пациенток, улучшило течение гестационного процесса и функциональное состояние плода.

Ключевые слова: беременность, преэклампсия, гипергомоцистеинемия, сулодексид.

CLINICAL COURSE OF PREECLAMPSIA AGAINST THE BACKGROUND OF HYPERHOMOCYSTEINEMIA IN THE 3RD TRIMESTER OF PREGNANCY

Lobastova T.V., Chechuga S.B.

Summary. A revision about the role of hyperhomocysteinemia in the development of medium-scale preeclampsia is presented, which summarises our experience in different biochemical points in relation to this possible association. Pregnant with medium-scale preeclampsia in the 3rd trimester need to study the system of hemostasis, which would predict the possibility of hemorrhagic and thrombotic complications. Use in therapy Vessel Due F, aspirin, folacin and "Neurovitane" with patients has improved during the gestational process and the state of health of the fetus.

Key words: pregnancy, preeclampsia, hyperhomocysteinemia, Vessel Due F.

© Чопей І.В., Михалко Я.О., Маді Ю.І., Великоклад Л.Ю., Чопей К.І., Фейса С.В., Ганко Н.О.

УДК: 616.36-002-003.826:616-008.9]-036.8-08

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕНЕРЛІВУ ТА ГЛУТАРГІНУ У ХВОРИХ НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ ПРИ МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ

Чопей І.В., Михалко Я.О., Маді Ю.І., Великоклад Л.Ю., Чопей К.І., Фейса С.В., Ганко Н.О.

Кафедра терапії та сімейної медицини, ДВНЗ "Ужгородський національний університет" (вул. Соборницька, 150, м. Ужгород, Україна, 88000)

Резюме. В статті наведено результати дослідження ефективності застосування енерліву та глютаргін у хворих з неалкогольним стеатогепатитом на фоні метаболічного синдрому. Доведено, що вказана терапія достовірно покращує функцію печінки.

Ключові слова: неалкогольний стеатогепатит, метаболічний синдром, енерлів, глютаргін.

Вступ

Неалкогольна жирова хвороба печінки (НЖХП) на сьогодні вважається основною причиною захворюваності та смертності від печінкової недостатності [Angulo, 2002; Neuschwander-Tetri, Caldwell, 2003; Sanyal, 2002]. У зв'язку з тим, що дана патологія може призвести до цирозу чи печінкової недостатності [Teli et al., 1995], інтерес до цієї хвороби постійно зростає як серед дослідників так і серед практичних лікарів. Неалкогольний стеатогепатит (НАСГ), який характеризується стеатозом печінки, пошкодженням гепатоцитів, розвитком запальних змін у печінці та фіброзом або цирозом вважається проміжним етапом розвитку неалкогольної жирової хвороби печінки. [Angulo, 2002]. У зв'язку з субклінічним,

в переважній кількості випадків, перебігом НАСГ його реальна поширеність в популяції невідома [Бращенко-ва и др., 2008; Ивашкин, 1997]. В перших повідомленнях про стеатогепатити вказувалося, що алкогольні стеатогепатити складають 80-85%, а неалкогольні - 15-20%. В останні 3 роки долю НАСГ частина дослідників збільшила до 30-40%, і навіть до 50% [Богомолов, Буверов, 2006]. НАСГ часто асоційований з ожирінням [Bellentani et al., 2000], цукровим діабетом 2-го типу [Akbar, Kawther, 2003; Gupte et al., 2004], дисліпідемією [Assy et al., 2000] та гіпертензією [Donati et al., 2004]. Крім того, було показано, що метаболічний синдром (МС) є важливим предиктором розвитку НАСГ та, як на-

слідок, НЖХП [Hamaguchi et al., 2005]. Враховуючи той факт, що печінка приймає активну участь у вуглеводному та жировому обміні, а також у метаболізмі інсуліну, які відіграють провідну роль у розвитку МС, стає очевидним той факт, що корекція уражень печінки при МС є важливою ланкою у комплексному лікуванні проявів МС.

Таким чином, метою дослідження було оцінити ефективність медикаментозного впливу на печінку у хворих з НАСГ та супутнім МС.

Матеріали та методи

В дослідження були включені 30 осіб переважно чоловічої статі (24 чоловіки та 6 жінок), які проходили стаціонарне лікування з приводу МС в яких був виявлений НАСГ. Середня тривалість лікування складала 30 днів стаціонарного та 30 днів амбулаторного прийому. На початку та в кінці лікування хворим проводилися наступні обстеження: загальний аналіз крові, біохімічне дослідження крові (визначення вмісту тригліцеридів та загального холестерину, аспартатамінотрансферази (АСТ), аланінамінотрансферази (АЛТ), ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ), ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), сечової кислоти, глікозильованого гемоглобіну, гамаглутамілтрансферази (ГГТ)), вимірювання артеріального тиску, електрокардіографія, вимірювання окружності талії, зросту та ваги тіла з подальшим визначенням індексу маси тіла, визначення рівня антигенів вірусу гепатиту В та антитіл до вірусу гепатиту С, ультразвукове обстеження черевної порожнини, опитування на предмет вживання алкогольних напоїв в середньому протягом тижня з наступним визначенням середньої кількості споживаного етанолу в день.

Всі хворі були поділені на 2 групи та 4 підгрупи по 15 осіб в кожній в залежності від отримуваної гепатопротекторної терапії. Учасники першої групи отримували в якості гепатотропної терапії енерлів, другої - глутаргін. Пацієнти обох груп були стандартизовані за отримуваним базисним лікуванням МС, яке включало

дієтичні рекомендації (дієта DASH), 6-ти місячну програму фізичних навантажень, що передбачала зниження маси тіла на 5-7%, інгібітор ангіотензинперетворюючого ферменту (диротон), ліпідзнижуючий препарат (аторвастатин по 20 мг), гіпоглікемічний препарат (метформін по 850 мг 2 рази в день). Діагноз МС встановлювався згідно критеріїв Міжнародної діабетичної федерації (2005) з урахуванням етнічної приналежності. Діагноз НАСГ встановлювався на основі лабораторного обстеження та ультразвукового обстеження печінки.

Критерії виключення були наступні: діагностований вірусний гепатит В або С, перенесене захворювання печінки, включаючи вірусне, аутоімунне чи медикаментозно-індуковане, споживання алкоголю більше 30 г/добу для чоловіків та 20 г/добу для жінок в перерахунку на етанол, рівень ГГТ більше 49 Од/л для чоловіків та 32 Од/л для жінок.

Статистична обробка даних проводилася з використанням пакету прикладної статистичної програми "STATISTICA 8.0" (Statsoft. Inc. USA). Перевірка на нормальність розподілу даних проведена з використанням критерію Шапіро-Уїлкі. Оскільки було встановлено, що характер розподілу даних є відмінним від нормального, в подальшому ми використовували непараметричні методи статистики. Порівняння груп здійснювалося за методикою Мана-Уїтні. Порівняння показників до та після лікування всередині груп проводилося з використанням критерія Вілкоксона для непараметричних даних у зв'язаних групах.

Результати. Обговорення

На початку дослідження достовірної різниці в досліджуваних показниках між обстежуваними групами виявлено не було. При обстеженні пацієнтів в кінці дослідження, було виявлене достовірне покращення стану печінки в обох групах, що проявлялося у зниженні рівня загального холестерину з $8,04 \pm 0,74$ до $5,38 \pm 0,43$ ммоль/л у групі енерлів та з $7,9 \pm 1,50$ до $5,53 \pm 0,63$ ммоль/л у групі глутаргін.

Таблиця 1. Порівняння показників до та після лікування в досліджуваних групах.

Показник, М±m	Енерлів		Глутаргін		P ₁₋₃	P ₁₋₂	P ₃₋₄	P ₂₋₄
	до лікування (підгрупа 1)	після лікування (підгрупа 2)	до лікування (підгрупа 3)	після лікування (підгрупа 4)				
холестерин, ммоль/л,	8,04±0,74	5,38±0,43	7,9±1,50	5,53±0,63	p>0,05	p<0,05	p<0,05	p>0,05
Тригліцериди, ммоль/л	1,92±0,46	1,42±0,23	2,09±0,94	1,13±0,34	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05
білірубін загальний, мкмоль/л	11,65±3,86	10,40±2,81	10,55±2,29	10,26±1,98	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05
білірубін прямий, мкмоль/л	1,45±0,46	1,32±0,11	1,53±0,27	1,36±0,32	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05
білірубін непряний, мкмоль/л	10,20±3,75	9,08±2,32	9,02±2,03	8,91±1,86	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Сечова к-та, мкмоль/л	234,45±33,86	201,65±24,54	230,23±37,12	203,65±23,34	p>0,05	p<0,05	p<0,05	p>0,05
ЛПВЩ, ммоль/л	0,75±0,12	1,15±0,14	0,71±0,17	1,17±0,20	p>0,05	p<0,05	p<0,05	p>0,05
ЛПНЩ, ммоль/л	3,74±0,82	2,23±0,74	3,68±0,88	2,30±0,56	p>0,05	p<0,05	p<0,05	p>0,05
АСТ, Од/л	68,26±10,96	34,98±5,86	73,3±18,29	36,03±5,67	p>0,05	p<0,05	p<0,05	p>0,05
АЛТ, Од/л	109,50±11,97	41,80±7,31	104,49±15,17	43,31±4,49	p>0,05	p<0,05	p<0,05	p>0,05

групі глутаргіну; Рівень сечової кислоти знизився з $234,45 \pm 33,86$ до $201,65 \pm 24,54$ ммоль/л в групі енерліву та з $230,23 \pm 37,12$ до $203,65 \pm 23,34$ ммоль/л в групі глутаргіну. Рівень ЛПВЩ підвищився з $0,75 \pm 0,12$ до $1,15 \pm 0,14$ ммоль/л в групі енерліву та з $0,71 \pm 0,17$ до $1,17 \pm 0,20$ ммоль/л в групі глутаргіну. Рівень ЛПНЩ знизився з $3,74 \pm 0,82$ до $2,23 \pm 0,74$ ммоль/л в групі енерліву та з $3,68 \pm 0,88$ до $2,30 \pm 0,56$ ммоль/л в групі глутаргіну. Відбулося достовірне зниження рівня АСТ з $68,26 \pm 10,96$ до $34,98 \pm 5,86$ Од/л в групі енерліву та з $73,3 \pm 18,29$ до $36,03 \pm 5,67$ Од/л у групі глутаргіну; зниження рівня АЛТ з $109,50 \pm 11,97$ до $41,80 \pm 7,31$ Од/л в групі енерліву та з $104,49 \pm 15,17$ до $43,31 \pm 4,49$ Од/л в групі глутаргіну (табл. 1). Це дозволяє зробити висновок про те, що запропонована гепатотропна терапія НАСГ є ефективною в обох випадках. Для визначення можливих переваг одного препарату над іншим ми порівняли

досліджувані показники після проведеного курсу лікування в обох групах. Як виявилось, достовірної різниці між ними не було (табл. 1).

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Гепатотропна терапія як з використанням енерліву так і з використанням глутаргіну є ефективною і чинить позитивний вплив на динаміку показників загального холестерину, АСТ та АЛТ.

2. По вираженості лікувального ефекту досліджувані препарати не мають переваг один перед одним і їх клінічний ефект в умовах стаціонарного лікування співставимий.

3. При виборі гепатотропної терапії у хворих з метаболічним синдромом слід керуватися фармако-економічним аспектом та комплаєнсом хворих.

Література

- Богомолов П.О. Многофакторный генез жировой болезни печени / П.О. Богомолов, А.О. Буеверов // Гепатологический форум. - 2006. - № 3. - С. 4 - 10.
- Ивашкин В.Т. Современные аспекты мембранной терапии печени: Материалы симпозиума "Эссенциальные фосфолипиды в лечении поражений печени". - М.: 1997. - С. 41 - 45.
- Неалкогольная жировая болезнь печени: факторы прогрессирования и критерии выбора терапии больных сахарным диабетом 2-го типа / А.В. Бращенкова, С.Н. Мехтиев, В.Б. Гриневич [и др.] // Клинические перспективы в гастроэнтерологии, гепатологии. - 2008. - № 1. - С. 3 - 10.
- Akbar D.H. Nonalcoholic fatty liver disease in Saudi type 2 diabetic subjects attending a medical outpatient clinic: prevalence and general characteristics / D.H. Akbar, A.H. Kawther // Diabetes Care. - 2003. - Vol. 26, № 12. - P. 3351 - 3352.
- Angulo P. Nonalcoholic fatty liver disease / P. Angulo // New English Journal of Medicine. - 2002. - Vol. 346, № 16. - P. 1221 - 1231.
- Fatty infiltration of liver in hyperlipidemic patients/ N. Assy, K. Kaita, D. Mymin [et al.] // Digestive Diseases Science. - 2000. - Vol. 45, № 10. - P. 1929 - 1934.
- Increased prevalence of fatty liver in arterial hypertensive patients with normal liver enzymes: role of insulin resistance / G. Donati, B. Stagni, F. Piscaglia [et al.] // Gut. - 2004. - № 53 - P. 1020 - 1023.
- Neuschwander-Tetri B.A Nonalcoholic steatohepatitis: summary of an AASLD Single Topic Conference / B.A. Neuschwander-Tetri, S.H. Caldwell // Hepatology. - 2003. - Vol 37, № 5 - P.1202 - 1219.
- Non-alcoholic steatohepatitis in type 2 diabetes mellitus / P. Gupte, D. Amarapurkar, S. Agal [et al.] // Journal of Gastroenterology and Hepatology. - 2004. - Vol. 19, №8. - P. 854 - 858.
- Prevalence of and risk factors for hepatic steatosis in Northern Italy / S. Bellentani, G. Saccoccio, F. Masutti [et al.] // Annals of Internal Medicine - 2000. - Vol. 132, Issue 2. - P. 112 - 117.
- Sanyal A.J. AGA technical review on nonalcoholic fatty liver disease / A.J. Sanyal // Gastroenterology. - 2002. - Vol. 123, № 5. - P. 1705-1725.
- The Metabolic Syndrome as a Predictor of Nonalcoholic Fatty Liver Disease / Masahide Hamaguchi, Takao Kojima, Noriyuki Takeda [et al.] // Annals of Internal medicine - 2005. - Vol 143, Issue 10. - P. 722 - 728.
- The natural history of nonalcoholic fatty liver: a follow-up study / M.R. Teli, O.F. James, A.D. Burt [et al.] // Hepatology - 1995. - Vol 22, № 6. - P. 1714 - 1719.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНЕРЛИВА И ГЛУТАРГИНА У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Чопей И.В., Михалко Я.Е., Маді Ю.И., Великклад Л.Ю., Чопей К.И., Фейса С.В., Ганко Н.О.

Резюме. В статье приведены результаты исследования эффективности применения енерлива и глутаргина у больных с неалкогольным стеатогепатитом на фоне метаболического синдрома. Доказано, что указанная терапия достоверно улучшает функцию печени.

Ключевые слова: неалкогольный стеатогепатит, метаболический синдром, енерлив, глутаргин.

EFFICIENCY OF ENERLIV AND GLUTARGIN FOR PATIENTS WITH NONALCOHOLIC STEATOHEPATITIS AND METABOLIC SYNDROME

Chopey I.V., Mykhalko Y.O., Madi Y.I., Velykoklad L.Yu., Chopey K.I., Feysa S.V., Hanko N.O.

Summary. The research results of comparison of efficiency of the therapy by enerliv and glutargin for patients with nonalcoholic steatohepatitis on a background a metabolic syndrome are given in the article. It is well-proven that the indicated therapy improves the function of liver for certain.

Key words: nonalcoholic steatohepatitis, metabolic syndrome, enerliv, glutargin.