

Неалкогольна жирова хвороба печінки: порівняльна оцінка підходів до діагностики та терапії в РФ і Китайській Народній Республіці

М.Ч. Семеністая¹, Фан Цзяньгао², О.В. Величенко³,
Е.А. Кузнецова¹, Ч.С. Павлов¹

¹ФДАУ ВНЗ «Перший Московський державний медичний університет ім. І.М. Сеченова» (Університет Сеченова) Міністерства охорони здоров'я Росії, г. Москва, Російська Федерація

²Інститут раку печінки, Університет Фудань, г. Шанхай, Китайська Народна Республіка

³Компанія «BSC BIOSCIENCE», г. Москва, Російська Федерація

Неалкогольна жирова хвороба печінки: порівняльна оцінка діагностичних та лікувальних підходів у Російській Федерації та Китайській Народній Республіці

М.Сh. Семеністая¹, Цзянь-Гао Фан², О.В. Веліченко³, Є.А. Кузнецова¹, ч.с. Павлова¹

¹ Федеральний державний автономний навчальний заклад вищої освіти І.М. Сеченов Перший Московський державний медичний університет Міністерства охорони здоров'я Російської Федерації, Москва, Російська Федерація² ІНСТИТУТ раку печінки, Фуданський університет, Шанхай

³ Біонаука GMP, Москва, Росія

Кузнецова Катерина Алевтиновна — студентка 5-го курсу лікувального факультета ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова». Контактная информация: (hidden) 119991, ул. Погодинская, д. 1, стр. Кузнецова, 1 Катерина Анатоліївна — студент 5 курсу медичного факультету університету імені Сеченова. Контактна інформація: (hidden) вул.Погодинська, 119991, 1, корп. 1
Фан Цзяньгао – доктор медичних наук, професор, директор кафедри гастроентерології, Лікарня Сінхуа, Шанхайський (Цзяотун) медичний університет, президент Шанхайського товариства по изучению заболеваний печени. Контактная информация: (hidden) Шанхай, 200092, КНР. Цзянь-Гао Фан — доктор медичних наук, професор внутрішньої медицини; директор відділу гастроентерології лікарні Сінхуа Шанхайської школи університету Цзяотун; Президент Шанхайської медичної асоціації з вивчення захворювань печінки. Контактна інформація: (hidden) Шанхай 200092, ПП China Веліченко Ольга Владимировна — медицинский советник компании «Bio Science»
Веліченко Ольга Василівна — медичний радник компанії Bio Science
Семеністая Маріанна Чавдарівна – клінічний ординатор кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб Першого МДМУ. І.М. Сеченова"
Семеністая Маріанна Ч. — ординатор кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб медичного факультету університету імені Сеченова
Павлов Чавдар Савов – доктор медичних наук, професор кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб, керівник Науково-дослідного інституту інноваційної терапії Науково-технологічного парку біомедицини Федерального державного навчального закладу внутрішньої медицини
«Перший МСМУ ім. І.М. Сеченова»
Павлов Чавдар Сергійович — доктор медичних наук, професор кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб медичного факультету Університету Сеченова, завідувач науково-дослідної частини інноваційної терапії Університету Сеченова

Поступила: 25.08.2017 / Отримано: 25.08.2017

Мета огляду. Показати порівняльну оцінку підходів до діагностики та лікування *неалкогольної жирової хвороби печінки* (НАФЛКП) в Російській Федерації та Китайській Народній Республіці.

Основні моменти. НАЗК лідує серед інших нозологічних форм хронічних захворювань печінки в країнах різних регіонів світу, в даний час вона розглядається як одна з основних причин розвитку криптогенної цирозу. Патогенез НАЗК тісно пов'язаний як з ураженням печінки, так і з патологією серцево-судинної системи, що має виражений вплив на вибір підходів перед терапії та життя прогнозу пацієнта.

Згідно з міжнародними клінічними настановами, еластометрія та сіроаткові тести повинні використовуватися як методи скринінгу діагностики для виключення Могилу фіброзу ($F > 2$). Біопсія печінки проводиться, якщо результати Еластометрії і тест на наявність маркерів фіброзу не збігаються.

Лікування хворих на НАFLHP передбачає комплексний підхід, починаючи з корекції харчування і фізичних навантажень і закінчуючи лікарство терапією. Лікувальні терапії Рекомендуються пацієнтам при виявленні ознак прогресування *безалкогольні стеатогепатит* (НESH) (міст Фіброз $\geq F2$ і цироз), а також на більш ранніх стадіях Наш при наявності двох і більше факторів ризику прогресування фіброзу (вік більше 50 років, цукровий діабет, Метаболічний Синдром підвищена активність alaninaminotransferazi). Біцикллол - лікарський засіб, розроблений в Інституті Матерії Медика Китайської академії медичних Наук. У дослідженнях, проведених китайськими лікарями, доведена ефективність препарату при лікуванні пацієнтів з хронічними захворюваннями печінки різної етіології, а також його протизапальну і антифібротичний ефект. Реєстраційні дослідження, проведені в Росія, продемонстрували клінічну ефективність « Біцикллол ».

Висновок. Особливості етіології і патогенезу НАЗК зумовлюють необхідність проведення різних лікувальних заходів - від корекції харчування і фізичних навантажень перед медикаментозної терапії різними фармакологічна препа- ратами. Результати оцінки клінічної ефективності Новий російського препарату « Біцикллол », розробленого в КНР свідчать про зниження віраженості запалення, стеатоз, фіброзу і зниження показників активності захворювання при лікуванні НАЖХП з використанням даного препарату.

Ключові Слова: безалкогольна жирова хвороба печінки, Фіброз стеатогепатит, діагностика, лікування, біцикллол.

Мета огляду. Показати порівняльну оцінку діагностичних та лікувальних підходів при безалкогольні жировій хворобі печінки (НАФЛКП) в Російській Федерації та Китайській Народній Республіці.

Короткий зміст. НАЖХП є провідним суб'єктом захворювання серед інших хронічних захворювань печінки в країнах різних регіонів світу, в даний час він вважається одним з основних причини розвитку криптогенної цирозу печінки. Патогенез НАЗК тісно корелює як з ураженням печінки, так і з серцево-судинною системою, що суттєво впливає як на вибір лікування так і на прогноз життя.

Згідно з міжнародними клінічними настановами, Методи скринінгу НАЖХЛ повинні включати еластометрія та серологічний аналіз тести для виключення важкого фіброзу печінки ($F > 2$). Біопсія печінки Бути при суперечливих даних Еластометрія печінки і серологічний Маркери фіброзу.

Лікування НАЗК має об'єднувати комплекс заходів, включаючи корекцію харчових звичок пацієнтів та фізичної активності аж перед фармакологічного лікування. Фармакотерапія Рекомендуються в разі прогресування безалкогольні стеатогепатит (НАШ) (мостовий Фіброз $\geq F2$ і цироз), і також на більш ранніх стадіях Наш з двома і більше Факторів ризику прогресування фіброзу (вік Старше 50 років, цукровий діабет, Метаболічний Синдром підвищення рівня alanintransaminazi).

Біцикллол - це підготовка, розроблений в Інституті Матерія Медичний Академії медичних Наук Китаю. Дослідження, проведене китайськими лікарями, продемонструвало ефективність препарату для лікування хронічних дис- Легкістю печінки різної етіології, поряд з його protisapalnut засобами і антифібротичний властивості. Дослідження реєстрації препарату, проведені в Російській Федерації, виявили високі клінічні показники " Біцикллолу ".

Висновок. Етіологічні та патогенетичні особливості НАЗК вимагають різнопланових терапевтичних дій - від діти рекомендацій і корекції фізичної активності призначення різних фармакологічних засобів. Результати оцінки клінічної ефективності Новий препарат Біцикллол на російському ринку, розробленого в Китайській Народній Республіці, демонструють Скорочення тяжкості запалення, стеатоз, фіброзу та зниження показників активності НАЖХЛ.

Ключові Слова: безалкогольна жирова хвороба печінки Фіброз стеатогепатит, діагностика, лікування, біцикллол.

Для цитування: Семеністая М.С., Ікло Цзяньгао, Веліченко О.В., Кузнецова Є.А., Павлов Ч.С. Неалкогольна жирова хвороба печінки : порівняльна оцінка підходів до діагностики та терапії в Рф і Китайській Народній Республіці. Рос журн гастроентерол гепатол колопроктол 2017; 27(6):63-70
DOI: 10.22416/1382-4376-2017-27-6-63-70

Для цитування: Семеністая М.С., Цзянь-Гао Фан, Веліченко О.В., Кузнецова Є.А., Павлов Ч.С. Неалкогольна жирова хвороба печінки: порівняльна оцінка діагностичних і лікувальних підходів в Російській Федерації і Китайській Народній Республіці. Ross z gastroenterol gepatol koloproktol 2017; 27(6):63-70
DOI: 10.22416/1382-4376-2017-27-6-63-70

N *ealcoholic Жир Хвороби Печінка* (НАФЖД) є А широкий спектр *Форми Поразка Печінка* Починаючи від гепатоцелюлярного стеатозу, стеатогепатиту і фіброзу до *цирозу печінки* (ХП) і *гепатоцелюлярної карциноми* (ГКК).

В останні роки спостерігається зростання поширеності НАЖХП паралельно зі зростанням захворюваності ожирінням і *цукровим діабетом* (СД). НАЖХП займає лідируючі позиції серед інших етіологічних форм хронічних захворювань печінки в західних країнах, і в даний час вона розглядається як одна з основних причин розробка криптогенного ЦПУ [1]. *Rasprostranennos tNAFLD* варіюється від 20 до 30% і досягає 90% в області пацієнтів з ожирінням.

НАЖХП включає в себе дві умови, які відрізняються морфологічними характеристиками і прогнозом життя :

- неалкогольний стеатоз;
- *неалкогольний стеатогепатит* (NASH), який охоплює широкий спектр важких захворювань, таких як фіброз, ХП і ГКК.

У західних країнах НАЖХП діагностують у 17-46% дорослого населення. Поразка печінки часто розвивається при наявності *метаболічного синдрому* (РС) і його компонентів, які служать додатковими факторами ризику прогресування захворювання. НАЖХП виявляється приблизно у 7% людей з нормальною масою *тіла* (МТ) (НАЖХП худорлявий), частіше у жінок в молодому віці і при наявності нормальної активності печінкових ферментів [2].

За результатами російського епідемічного дослідження ДІРЕГ 2, проведеного в 2014 році, НАЖХД був діагностований у 37,3%, НАШ - у 24,4% представників російського населення. За 7 років , що минули з часу проведення дирег 1 (2007), поширеність НАЖХП зросла на 10,3% [3]. Поширеність НАЖХП в Китаї становить в середньому 24%, а в групах людей з наявністю факторів ризику - набагато вище: у хворих з ожирінням 70-80%, у хворих при цукровому діабеті 35%, у хворих на дисліпідемію 57%.

При наявності ураження печінки у вигляді НАЖХП існує ризик летального результату від *heart-no-s osu di suoux* і онкології при кі х захворюваннях. За допомогою розвитку захворювання печінки важливо визначити перебіг хвороб печінки. За останніми даними, приблизно у 11% пацієнтів з НАЖХП протягом 15 років ураження печінки прогресує до стадії ХП. У наступні 8 років у 31% з них спостерігається декомпенсація функції печінки, а приблизно у 7% розвивається ГКК. Китайські дослідники з гастроентерологічної клініки лікарні Ренджі на медичному факультеті університету в Шанхаї спостерігали за 132 пацієнтами

з НАЖХП на 18 років. Серед хворих на фіброз в початковій стадії (F0-1) прогресування захворювання в стадію фіброзу F3 діагностовано у 24,7%, до ХП (F4) - у 3,4% [2].

Патогенез НАЖХП тісно пов'язаний з *інсуліррезистентністю* (ІК) в печінці, м'язовій і жировій тканині, а також з РС. При наявності будь-яких 3 ознак, пов'язаних з ІК: підвищення глюкози натщесерце або діабет 2 типу, гіпертригліцеридемія, зниження вмісту *ліпопротеїдів* високої щільності (ЛПВЩ), збільшення окружності лінії талії і підвищений артеріальний тиск, значно підвищує ризик розвитку НАЖХП. Особливою групою ризику розвитку фіброзу і прогресування ураження печінки є пацієнти з НЕШ і наявністю одного з наступних ознак: вік більше 50 років, цукровий діабет 2 типу , РС, *артеріальна гіпертензія* (АГ) або тривале підвищення активності *аланінамінотрансферази* (АЛТ) [2].

Серцево-судинні захворювання часто пов'язані з НАЖХП. При наявності НАШ підвищується ризик прогресування захворювання і розвитку ускладнень з боку серцево-судинної системи. Пацієнти з НЕШ і фіброзом, які мають гіпертонічну хворобу, повинні перебувати під наглядом кардіолога через високий ризик прогресування ураження серця і судин [2].

В епідеміологічних дослідженнях для діагностики НАЖХП широко застосовується *ультразвукове дослідження* (УЗД), так як дає можливість виявити стеатоз печінки . При цьому необхідно враховувати , що УЗД має обмежену чутливість при виявленні стеатозу (менше 20%), особливо у осіб з високим *індексом МТ* (ІМТ >40 кг / м²). Оцінка ступеня тяжкості стеатозу печінки часто залежить від досвіду лікаря, який проводить дослідження, і більшість фахівців схиляється до того, що УЗД можна діагностувати помірно. важкий і важкий стеатоз печінки [2].

Комп'ютерна томографія (КТ) є високоточним методом діагностики середньотяжкого і важкого стеатозу, але через дорожнечу дослідження не знайшла широкого застосування в клінічній практиці.

Магнітно-резонансна томографія (МРТ) характеризується високою чутливістю при діагностиці НАЖХП. МРТ дозволяє кількісно діагностувати стеатоз від 0,5% від обсягу тканин печінки і більше, а також оцінити запалення і фіброз для кожного сегмента печінки, але знову ж таки у зв'язку з дорожнечою обладнання та технічними труднощами , дослідження не отримало широкого застосування в амбулаторній практиці [2].

Фіброскан (*elastog rafii*) - новий, недавно впроваджений в клінічну практику метод визначення ступеня тяжкості фіброзу

при хронічних захворюваннях печінки. Метод дозволяє виявити фіброз печінки на підставі результатів аналізу зміни швидкості поширення ультразвукових і вібраційних хвиль вглиб тканин печінки в залежності від зміни щільності тканин в результаті прогресування ф-іброгенезу. Рівна оцінка еластометрії з даними, отриманими при біопсії печінки, показала, що цей метод можна вважати альтернативою інвазивному методу пункційної біопсії. печінка і в деяких випадках еластометрія дозволяє знизити кількість інвазивних маніпуляцій [2].

Міжпопулярними клінічними рекомендаціями, пропонується використовувати еластометрію та неінвазивні сироваткові тести (FibroTest® та NAFLD fibrosis score) у поєднанні з TBE з Скринінг на діагноз стеатоз печінки. Спільне використання еластографії (фіброскану) і сироваткових тестів дає можливість підвищити діагностичну точність методів. Неінвазивні тести широко використовуються для виключення наявності важкого фіброзу (>F2) і CP у пацієнтів з НАЖХП [2].

Біопсія печінки є «золотим стандартом» діагнозу NAFLD. Діагноз НЕШ встановлюється при наявності стеатозу, балонної дистрофії гепатоцитів і запалення часточки. Морфологічний індекс активності НАШ - НАН (НАН), який враховує три показники - стеатоз, запалення і балонну дистрофію гепатоцитів, використовується для оцінки тяжкості стеатогепатиту. НАН часто корелюють з підвищенням активності амінотрансфераз, але необхідно пам'ятати, що нормальна активність АЛТ не виключає наявності стеатогепатиту [2].

Основними цілями НАЖХП терапії є підвищення продуктивності і поліпшення якості життя пацієнтів, а також запобігання прогресуванню фіброзу печінки, декомпенсації РС і проілактики. *serdechno-s osudisthoux zabo-levanii*. Лікування хворих на НАЖХП *neobho-dimo* починається з обговорення дієти і фізичної активності [2].

Пацієнтам з легкими формами НАЖХП (без НЕШ і фіброзу) необхідно коригувати фізичну активність і збалансувати харчування, фармакотерапія не потрібна. При надмірному МТ / інформації цілями корекції зображення ізні є зниження МТ на 7-10%, а також нормалізація рівня ферментів і гістологічної картини тканин печінки. Рекомендації з харчування повинні вирішувати питання про обмеження вживання продуктів і напоїв з високим вмістом фруктози, оскільки вони також сприяють розвитку НАФЖД. Раціон повинен бути цілеспрямовано скоригований відповідно до принципів середземноморської дієти. Кожному пацієнту необхідно підібрати індивідуальний

Доповнюються наступними аспектами: активність сприяє зниженню жирності печінки [4]. Баріатричні втручання можуть знизити ризик прогресування НАШ і жирність печінки. Результати їх клінічного застосування свідчать про поліпшення гістологічної картини, в тому числі стадії фіброзу печінки [2].

Пацієнтам рекомендується медикаментозна терапія - є ознаки прогресування НЕШ (мостовий фіброз F2 і ХП), а також на більш ранніх стадіях НЕШ при наявності двох і більше фактори ризику прогресування фіброзу (вік більше 50 років, цукровий діабет, РС, підвищена активність АЛТ). При виборі медикаментозного лікування необхідно оцінити профіль безпеки і переносимості препаратів [5].

Препарати, що знижують інсулінорезистентність

Наявність ІК і / або цукрового діабету є обов'язковою умовою призначення препаратів з цієї групи [2].

Сенсibilізатори тканинних рецепторів до інсуліну представлені двома препаратами - піоглітазоном (тіазолідоном) і метформіном. Піоглітазон підвищує чутливість периферичних тканин до інсуліну, знижує кількість вільних жирних кислот. У пацієнтів з піоглітазоном спостерігається поліпшення морфологічних показників ураження печінки, за винятком фіброзу, і регрес стеатогепатиту, на відміну від пацієнтів з групи плацебо. Серед побічних ефектів від застосування препарату слід зазначити збільшення МТ, переломи кісток у жінок, застійна серцева недостатність спостерігається рідко, обговорюється питання підвищеного ризику розвитку раку. сечовий міхур [6]. Метформін знижує гліюкогенез в печінці і гліюкогеноліз, підвищує чутливість тканин до інсуліну, незначно впливає на МТ і морфологічні показники стеато- для печінки [7].

Вітамін Е (α-токоферол, 800 МО / добу) рекомендується призначити хворим на НЕШ при відсутності цукрового діабету і ХП [2]. У дослідженнях, в яких застосовувався вітамін Е, було показано зниження вираженості стеатозу, запалення і балонної дистрофії гепатоцитів у хворих на НЕШ [8]. Ряд досліджень показав, що тривалий прийом вітаміну Е зопроводає мені зниження загальної смертності, захворюваності на геморагічний інсульт [9] і рак. передміхурової залози у чоловіків старше 50 років [10].

Ефективність урсодезоксихолевої кислоти в лікуванні пацієнтів з НАЖХП була вивчена в декількох рандомізованих дослідженнях. Його прийом в різних дозах протягом 2 років супроводжується

Порівняльна оцінка біохімічних показників сироватки крові в обох групах пацієнтів

Таблиця 1
Вимоги до
ресурсів за
компонентами

Індекс	Група	Кількість хворих	На початку дослідження (середнє ± СО)	Після лікування (пор. ± СО)	
				12 тижнів	24 тижні
АлАТ, ред./л	Біциклол	112	98,55±36,21	46,95±19,07	35,95±16,76*
	Вітамін Е	111	96,73±30,09	60,49±21,72	44,86±15,60*
АСАТ, од./л	Біциклол	112	62,49±27,02	37,13±11,93	29,96±9,55*
	Вітамін Е	111	59,83±26,98	41,77±15,96	34,01±12,22*
ГГТП, од./л	Біциклол	112	65,51±29,39	37,94±16,99	32,21±13,61*
	Вітамін Е	111	61,49±30,37	37,52±16,36	33,48±10,84*
ТГ, мкМО/мл	Біциклол	112	2,19±1,00	1,73±0,81	1,31±0,74*
	Вітамін Е	111	2,17±1,01	1,71±0,70 грн.	1,29±0,52*
ЛПВЩ-Х, мкМО/мл	Біциклол	112	1,17±0,37	1,25±0,48	1,36±0,52*
	Вітамін Е	111	1,15±0,52	1,27±0,54	1,37±0,57*

* р < 0,01 порівняно з показниками на початку дослідження.

Міф. АСАТ - аспартатамінотрансфераза, ГГТП - γ-глутамілтранспептидаза, ТГ - тригліцериди, ЛПВЩ-Х - холестерин ліпопротеїдів високої щільності, СО - стандартне відхилення.

очікувалося поліпшення біохімічних, але не гістологічних ознак ураження печінки [11, 12]. Статини можуть застосовуватися при лікуванні пацієнтів з НАЖХП для нормалізації рівня холестерину і профілактики розвитку серцевої патології, але їх застосування не супроводжується зниженням вираженості ознак ураження печінки.

Одним з показників, часто використовуваних для оцінки ефективності призначень лікарських засобів, що є непрямим свідченням тяжкості ураження печінки, є активність АЛТ, стійке підвищення якого традиційно розглядається як показник триваючого цитолізу і можливої некротико-запальної активності, що супроводжується прогресуванням фіброзу печінки.

У квітні 2016 року Біциклол® (диматил-4,4'-диметокси-5,6,5',6'-диметилендіоксибіфеніл-2, 2'-дикарбокси-лат) - оригінальний препарат, розроблений в Росії Інститут Матерія Медика Академія медицини наук Китаю. У Китаї препарат використовується при лікуванні гепатитів різної етіології вже близько 15 років. У дослідженнях, проведених китайськими лікарями, ефективність препарату при лікуванні пацієнтів з хронічними захворюваннями різної етіології, а також його протизапальні та антифібротичний ефект. Лікування Біциклолом супроводжувалося зниженням активності АЛТ вже протягом першого місяця і нормалізацією точки при тривалому застосуванні. Механізм дії Біциклолу пов'язаний з блокуванням секреції протизапальних цитокінів (пухлинний некротизуючий фактор альфа - ФНПа, інтерлейкінів - ІЛ-1,

ІЛ-6); захист клітинних мембран, зменшення пошкоджень клітин печінки; поліпшення функції мітохондрій; пригнічення апоптозу клітин печінки.

У рандомізованому багатоцентровому, паралельному, контрольованому дослідженні «Терапічна ефективність комбінованої терапії біциклолом, вітаміном Е та метформіном при НАЖХП у пацієнтів з порушеннями толерантності до глюкози », яка була проведена в п'яти спеціалізованих лікарнях Китаю, підтвердила ефективність і безпеку комбінації метформіну і Біциклолу при лікуванні хворих на НАЖХП [13].

У дослідженні взяли участь 248 пацієнтів, які приймали метформін (1400 мг/сут). Приблизно знизу половина хворих отримувала Біциклол (75 мг / добу), друга - вітамін Е (300 мг / добу). У групі пацієнтів, які отримували «Біциклол», спостерігалася рання тенденція до поліпшення біохімічних показників сироватки крові (р < 0,01), а нормалізація цих показників настала вже на 12-му тиждень (табл. 1).

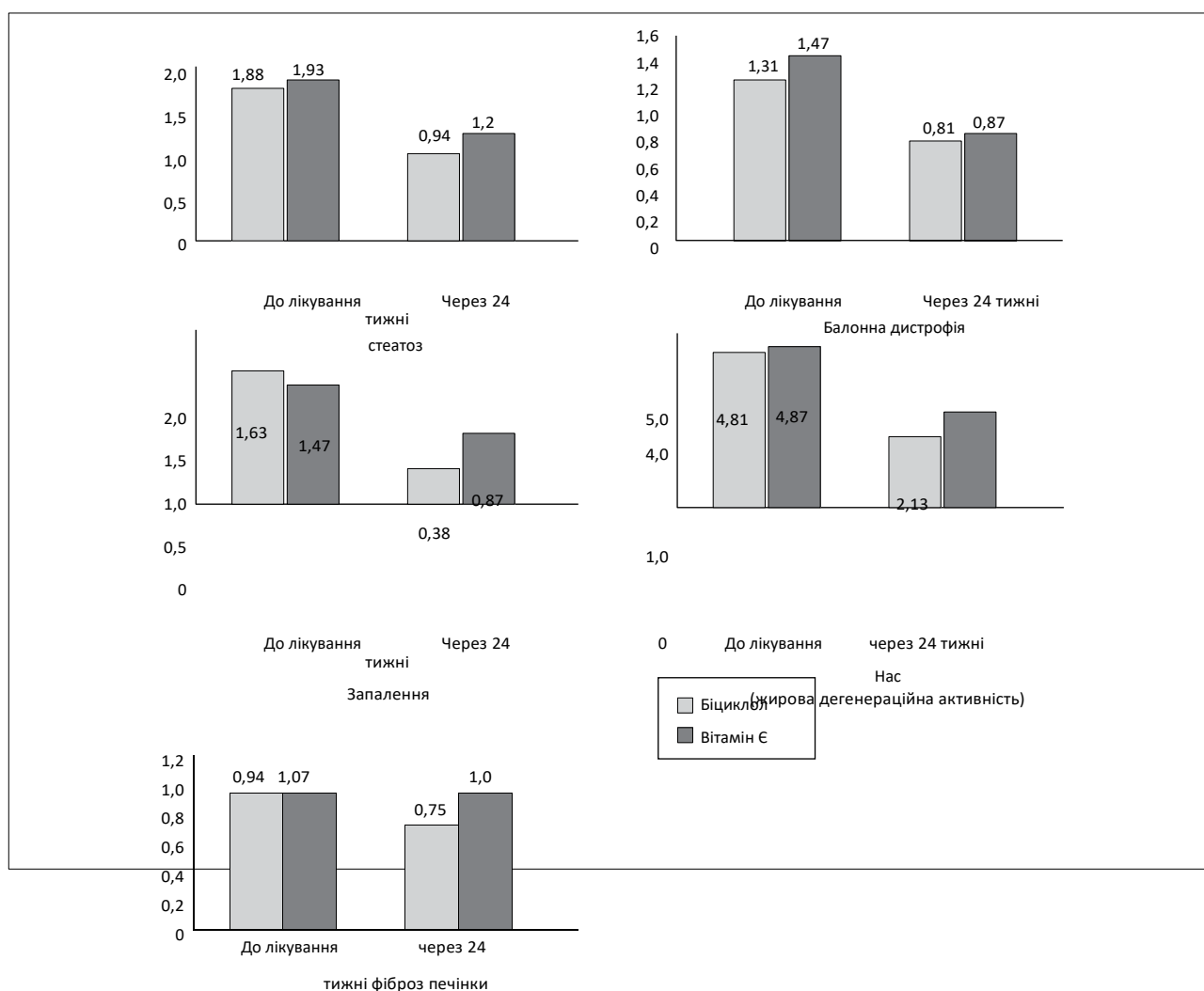
За результатами біопсії печінки (31 пацієнт), виконаної до і після лікування Біциклолом, показники активності за шкалою НАН: жирова дистрофія, запалення, балонна дистрофія, значно знизилися на тлі прийому Біциклол (всього НАН 2,3 рази, фіброз 1,3 рази; р<0,01) (Таблиця. 2; фігура).

Таким чином, зниження тяжкості запалення, стеатозу, фіброзу і зниження активності захворювання в групі Біциклол були більш значними, ніж в групі вітаміну Е.

В іншому клінічному випробуванні, проведеному в 2005 році в Китаї вивчали ефективність

Таблиця 2 Вимоги до ресурсів за компонентами
Зміни гістологічної картини тканин печінки в обох групах до і після лікування

Індекс	Група	Кількість хворих	Попереднє лікування	Після 24 тижнів лікування (пор.)
стеатоз	Біциклोल	16	1,88±0,72	0,94±0,57
	Вітамін Е	15	1,93±0,70	1,20±0,41
Запалення	Біциклोल	16	1,63±0,81	0,38±0,50
	Вітамін Е	15	1,47±0,52	0,87±0,35
Гепатоцелюлярний балонінг	Біциклोल	16	1,31±0,60	0,81±0,40
	Вітамін Е	15	1,47±0,52	0,87±0,52
Нас	Біциклोल	16	4,81±1,05	2,13±1,02
	Вітамін Е	15	4,87±1,06	2,93±0,59
Фіброз печінки	Біциклोल	16	0,94±0,85	0,75±0,68
	Вітамін Е	15	1,07±0,88	1,00±0,76



Гістологіческие изменения в ткани печени в обеих группах до и после лечения Fig.
Гістологія тканин печінки в обох групах до і після лікування

Біциклोल як компонент програми зниження МТ при лікуванні НАЖХП [14]. У дослідженні взяли участь 120 пацієнтів з НАЖХП (ІМТ >24 кг / м²), які були розділені на чотири групи по 30 пацієнтів в

кожній:

А - повільне зниження МТ (3-5 кг в місяць);

В - швидке зниження МТ (більше 5 кг в місяць);

С - група біциклолів (всередину по 25 мг 3 рази на день);

Д - повільне зниження МТ + Біциклол (всередину по 25 мг 3 рази на добу).

Тривалість лікування пацієнтів всіх груп становить 6 місяців. До і після лікування у них є контр-

Таблиця 3 Вимоги до ресурсів за компонентами
Динаміка антропометричних та біохімічних показників у хворих на НАЖХП

Група		Кількість	ІМТ, кг/м ²	Т/Б	АЛТ, ред/л	АСАТ, од/л	ІІР
А	перед терапією	30	32,53±3,89	0,92±0,05	70,86±33,78	46,40±19,55	0,59±0,23
	після терапії	30	28,47±3,54*	0,92±0,04*	59,20±24,61*	40,40±12,14*	0,32±0,16*
В	перед терапією	30	30,72±4,21	0,92±0,06	64,30±36,78	36,47±18,91	0,51±0,22
	після терапії	30	23,13±3,76*	0,88±0,04*	65,97±36,38	42,03±17,43	0,43±0,22*
С	перед терапією	30	32,72±5,01	0,94±0,05	80,30±50,11	46,77±28,60	0,60±0,22
	після терапії	30	32,40±4,64	0,93±0,04	38,27±12,65*	27,80±7,45*	0,58±0,21
D	перед терапією	30	32,08±4,83	0,94±0,07	74,83±42,94	51,63±25,18	0,57±0,22
	після терапії	30	27,95±4,30*	0,93±0,05*	31,33±8,20*	29,93±10,16*	0,25±0,11*

антропометричні показники (ІМТ), активність трансаміназ (АЛТ, АСАТ) і збільшення жирової інфільтрації печінки за допомогою цих КТ. Слід зазначити, що у всіх групах спостерігалось зниження ІМТ і зниження активності печінкових трансаміназ - АЛТ і АСАТ. Найвищий рівень інформації відзначався в групі Д, в якому поряд із заходами, спрямованими на повільне зниження ІМТ, застосовувався Біциклор (табл. 3). У цій групі зниження ІМТ у хворих супроводжувалося нормалізацією активності АЛТ і АСАТ, а також було виявлено найбільш значне зниження індексу інфільтрації жирів печінки (ІІР) за даними КТ.

Автори прийшли до висновку, що застосування Біциклолу призводить до нормалізації показників печінкової трансамінази, а комплексна терапія - повільне зниження ІМТ разом із застосуванням Біциклолу - до найбільш значне зниження ІМТ та тяжкості жирової інфільтрації печінки у пацієнтів з НАЖХП.

Таким чином, ще один препарат для

лікування НАЖХП - Біциклор. У дослідженнях, раніше проведених в Китаї і в реєстраційних дослідженнях, виконаних в РФ, препарат показав клінічну ефективність.

Висновок

НАЖХП як самостійне захворювання відносно відрізняється, але результати популяційних досліджень свідчать про його високу поширеність. Шляхгенезису НАЖХП пов'язаний з ІК і гіперліпідемією, причому ці фактори призводять до ураження не тільки печінки, але і інших органів і систем, зокрема судин і серця, що погіршує прогноз життя пацієнтів цієї групи. Біциклор нормалізує біохімічну активність АЛТ / АСАТ і покращує морфологічну карциному тканин печінки, що дозволяє рекомендувати його застосування в комплексній терапії НАЖХП.

Конфлікт інтересів. Стаття опублікована за підтримки ОСВІТНЬОГО гранту компанії «BSC BIOSCIENCE».

Конфлікт інтересів. Стаття опублікована за підтримки освітнього гранту компанії BSC BIOSCIENCE.

Посилання

1. Павлов Ч.С., Кузнецова Е.А., Арсланян М.Г., Семенов М.С., Глушков Д.В., Николенко В.Н. Неалкогольная жировая болезнь печени: современные концепции этиологии, патогенеза, диагностики и лечения. *Медвестн Северного Кавказа* 2017;12(2):230-4 [Павлов Ч.С., Кузнецова Е.А., Арсланян М.Г., Семенов М.С., Глушков Д.В., Николенко В.Н. Неалкогольная жировая болезнь печени: современные понятия этиологии, патогенеза, диагностики и лечения. *Медвест Північного Кавказу* 2017; 12(2):230-4].
2. Івашкін В.Т., Маєвська М.В., Павлов Ч.С., Тихонов І.М., Широкова Є.М., Буєверов А.О., Драпкіна О.М., Шульпекова Ю.О., Цуканов В.В., Маммаєв С.М., Маєв І.В., Раггова Л.К. Клінічні рекомендації з ДІАГНОСТИКИ та лікування неалкогольної жирової хвороби ПЕЧІНКИ Російського товариства з вивчення печінки і Російської гастроентерологічної асоціації. *Рос журн гастроентерол гепатол колопроктол* 2016; 26(2):24-42 [Івашкін В.Т., Маєвська М.В., Павлов Ч.С., Тихонов І.М., Широкова Є.М., Буєверов А.О., Драпкіна О.М., Шульпекова Ю.О., Цуканов В.В., Маммаєв С.М.,

- Маев І.В., Палгова Л.К. Діагностика та лікування неалкогольної жирової хвороби печінки: клінічні настанови Російського наукового товариства печінки і Російської гастроентерологічної асоціації. *Ross z gastroenterol gepatol koloproktol* 2016; 26(2):24-42].
3. *Ивашкин В.Т., Драпкина О.М., Маев И.В., Трухманов А.С., Блинов Д.В., Пальгова Л.К., Цуновка В.В., Ушакова Т.И.* Распространенность неалкогольной жировой болезни печени у пациентов амбулаторно-поликлинической практики в Российской Федерации: результаты исследования DIREG 2. *Ros журн гастроэнтерол гепатол колопроктол* 2015; 6: 31-41 [Ивашкин В.Т., Драпкина О.М., Маев И.В., Трухманов А.С., Блинов Д.В., Палгова Л.К., Цуканов В.В., Ушакова Т.И. Prevalence of неалкогольна жирова хвороба печінки у амбулаторних хворих Російської Федерації: РЕЗУЛЬТАТИ дослідження DIREG 2. *Ross z gastroenterol gepatol koloproktol* 2015; 6:31-41].
 4. *Тома С., Дей К.П., Тренелл М.І.* Втручання у спосіб життя для лікування неалкогольної жирової хвороби печінки у дорослих: систематичний огляд. *J Гепатол* 2012; 56: 255-66.
 5. NAFLD: Практична рекомендація. *J Гепатол* 2015; 63: 174-82.
 6. *Белфорт Р., Харрісон С.А., Браун К., Дарленд С., Фінч Дж., Хардіс Дж.* та ін. Плацебо-контрольоване дослідження піоглітазону у суб'єктів з неалкогольним стеатогепатитом. *N Engl J Med* 2006; 355: 2297-307.
 7. *Бугіанезі Е., Джентілкор Е., Маніні Р., Натале С., Ванні Е., Вілланова Н.* та ін. Рандомізоване контрольоване дослідження метформіну проти вітаміну Е або наказова дієта ПРИ неалкогольній жировій хворобі печінки. *Am J Gastroenterol* 2005; 100: 1082-90.
 8. *Hoofnagle J.H., Van Natta M.L., Kleiner D.E., Clark J.M., Kowdley K.V., Loomba R.* та ін. Вітамін Е та зміни рівня аланінамінотрансферази в сироватці крові у пацієнтів з неалкогольним стеатогепатитом. *Алімент Фармакол Тер* 2013; 38: 134-43.
 9. *Шуркс М., Глінн Р.Ж., Піст П.М., Цуріо К., Курт Т.* Вплив вітаміну Е на підтипи інсульту: мета-аналіз рандомізованих контрольованих досліджень. *Bг Med J* 2010; 341:5702.
 10. *Кляйн Е.А., Томпсон-молодший І.М., Танген К.М., Кроулі Дж.Дж., Люсія М.С., Гудман П.Дж.* та ін. Вітамін Е та ризик раку передміхурової залози: дослідження профілактики РАКУ селену Та вітаміну Е (SELECT). *JAMA* 2011; 306: 1549-56.
 11. *Lindor K.D., Kowdley K.V., Heathcote E. Ж., Garrison M.E., Йоргенсен Р., Ангуло П.* та ін. Урсодезоксихолева кислота для лікування неалкогольного стеатогепатиту: результати рандомізованого дослідження. *Гепатологія* 2004; 39: 770-8.
 12. *Леушнер У.Ф., Ліндентал Б., Геррманн Г., Арнольд Дж.К., Россле М., Кордес Х.Дж.* та ін. Терапія урсодезоксихолевою кислотою високих доз при неалкогольному стеатогепатиті: подвійне сліпе, рандомізоване, плацебо-контрольоване дослідження. *Гепатологія* 2010; 52: 472-9.
 13. *Ін Хань, Цзюнь-Пін Ши, Гао Фан* та ін. Рандомізоване контрольоване вітаміном Е дослідження бікциклолу плюс метформіну у неалкогольних жирових захворювань печінки пацієнтів з порушенням ГЛЮКОЗИ натщесерце. *Клін Наркотик Інвест* 2014; 34:1-7.
 14. *Сюй Юнь-Вень Сяогангз-Ван Чженью-Лі Цзічан.* Лікувальний ефект схуднення, що поєднує бікциклол при первинних неалкогольних жирових захворюваннях печінки. *Liver Int* 2005; 25(4): 872-9.

Десять. :+7 495 155 23 25

Www. біциклл.з