



ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БЕРЛИТИОНА У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ

*Тагаева М. Х. , Тургунова Д. Ш.
Ташкентская медицинская академия*

*Бахранова Д. Ф
Ташкентский Государственный стоматологический
институт*

Аннотация: В статье представлены результаты применения берлитиона в лечении больных стеатогепатитом. Выявлена положительная динамика лабораторных показателей, снижение степени выраженности синдромов цитолиза и холестаза.

Ключевые слова: стеатогепатит, берлитион, АЛАТ -аланинаминотрансфераза, АсАТ - аспартатаминотрансфераза, ГГТП - γ -глутамилтранспептидаза, ИМТ - индекс массы тела.

Материал и методы исследования. В исследование включили 36 больных стеатогепатитом, в том числе неалкогольным - 33, алкогольным - 1 и смешанным (неалкогольным и алкогольным) - 2 больных. Группу исследования составили 36 больных стеатогепатитом различного генеза. Проведен сравнительный анализ различных схем назначения препарата в зависимости от дозы и длительности приема. Исследования препарата берлитион проводились у больных со стеатогепатитом (36 наблюдений) находившихся на стационарном лечении и наблюдении в многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии за 2023-2024 гг.

В результате проведенного исследования наибольшая клиническая эффективность берлитиона установлена в группе больных неалкогольным стеатогепатитом: во всех наблюдениях отмечалось исчезновение или уменьшение астеновегетативного и диспепсического синдромов, в большинстве случаев установлено уменьшение размеров печени. Больные 1-й группы получали перорально берлитион в дозе 300 мг 3 раза в день в течение двух месяцев, 2-я группы - в дозе 300 мг 2 раза в день также в течение двух месяцев, третьей - в дозе 300 мг 2 раза в день в течение одного месяца. У всех больных с неалкогольным стеатогепатитом заболевание протекало на фоне метаболического синдрома: ожирения, артериальной гипертензии 2-й степени, инсулинорезистентности, дислипидемии, а также приема лекарств. Ожирение выявлено у 19 больных, при этом индекс массы тела превышал 30, избыточная масса тела (ИМТ>25) отмечена у 12 больных. У 7 больных ожирение сочеталось с сахарным диабетом 2-го типа, гиперлипидемия имела место у 17 больных.

В проведенном исследовании установлена эффективность использования берлитиона в лечении больных неалкогольным стеатогепатитом: во всех наблюдениях отмечалось исчезновение или уменьшение диспепсического синдромов, в большинстве случаев установлено уменьшение размеров печени. Выявлена положительная динамика лабораторных показателей - снижение степени выраженности синдромов цитолиза и холестаза. При сравнении различных схем



назначения препарата оптимальный эффект получен у больных с суточной дозой берлитиона 600 мг и 900 мг в течение двух месяцев. дает менее выраженную положительную динамику в отношении астеновегетативного синдрома и размеров печени. В этой же группе больных снижение активности ферментов цитолиза и холестаза выявлено в менее выраженной степени и у меньшего числа больных. При значительной давности заболевания целесообразно назначение двух месячных курсов лечения берлитионом. Снижение активности АлАТ в конце курса лечения наблюдалось у 9 больных, АсАТ - у 8.

Следует отметить, что у 7 больных с повышенной до лечения активностью АлАТ через 2 месяца терапии активность фермента снизилась до нормальных значений. Незначительное повышение активности АлАТ после лечения отмечено лишь у 1 больного. Повышенная до лечения активность АсАТ в целом снизилась в 2,6 раза, в 7 случаях - до нормальных цифр. Активность АсАТ незначительно повысилась лишь у 1 больных и была связана с приемом гипохолестеринемических препаратов. Обращал внимание тот факт, что снижение активности ферментов до нормы наблюдалось в случаях, где исходные значения до лечения были повышены не более чем в 1,5-4 раза. Щелочная фосфатаза была повышена у 4 больных, во всех случаях нормализовалась после месяца лечения. Снижение ГГТП выявлено во всех случаях, у 6 больных активность фермента снизилась до нормы.

При сравнении различных схем назначения препарата оптимальный эффект получен у больных с суточной дозой берлитиона 600 мг и 900 мг в течение двух месяцев. Оценивая результаты двухмесячного лечения берлитионом больных неалкогольным стеатогепатитом, следует отметить положительный клинический эффект лечения в обеих группах. Во 2-й группе, где доза берлитиона составила 600 мг, отмечалось, как и в 1-й группе, столь же четкое влияние на снятие или уменьшение таких клинических симптомов, как астеновегетативный, диспепсический, гепатомегалия. Кроме того, выявлено уменьшение или исчезновение кожного зуда. Отчетливый эффект наблюдался через 2 месяца лечения. Снижение активности ферментов цитолиза и холестаза сопоставимо в 1-й и во 2-й группах. Отличие состоит в том, что наибольшее снижение ферментов во 2-й группе отмечено только в конце 2-го месяца лечения. При уменьшении суточной дозы препарата наблюдалось уменьшение числа побочных эффектов.

Результаты настоящего исследования с оценкой результатов терапии берлитионом у 36 больных преимущественно неалкогольным стеатогепатитом показали высокую эффективность препарата: во всех наблюдениях отмечалось исчезновение или уменьшение астеновегетативного и диспепсического синдромов. У большинства больных выявили уменьшение размеров печени и положительную динамику лабораторных показателей, отражающих наличие цитолиза и холестаза. Лечение берлитионом в течение 2 месяцев дает более выраженный положительный эффект на клинические и лабораторные показатели, особенно при значительной давности заболевания. Существенной разницы при применении суточной дозы препарата, равной 600 и 900 мг в сутки, не выявлено. Однако увеличение дозы берлитиона до 900 мг позволило добиться положительных результатов у большего числа больных уже к окончанию первого месяца лечения. При сравнении различных схем назначения препарата оптимальный эффект получен у больных с дозой берлитиона 600 и 900 мг в течение двух месяцев. Использование препарата в дозе 600 мг в течение месяца дает менее выраженную положительную динамику в отношении астеновегетативного синдрома и размеров печени. В этой же группе больных снижение активности ферментов цитолиза и холестаза выявлено в менее выраженной степени и у меньшего числа больных.

Заключение. Таким образом, берлитион обладают выраженным антиоксидантным эффектом. В проведенном исследовании установлена эффективность использования берлитиона в лечении



больных неалкогольным стеатогепатитом. При значительной давности заболевания целесообразно назначение двухмесячных курсов лечения берлитионом.

Литература

1. Бращенко А.В. Неалкогольная жировая болезнь печени факторы прогрессирования и критерии выбора терапии больных сахарным диабетом 2 типа/А.В.Бращенко, С.Н.Мехтиев, В.Б.Гриневич, Ю.А.Кравчук // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии -2008 -№ - С. 3-10.
2. Стаховская, Л. В. а-липоевая кислота. Фармакологические свойства и клиническое применение (Обзор литературы)/Л. В. Стаховская, О. И. Гусева. — Москва 2003. — 63 с.
3. Мехтиев СН Современные подходы к лечению неалкогольного стеатогепатита формирование стандарта терапии / С Н Мехтиев, В.Б.Гриневич, Ю.Кравчук, А.В.Бращенко // Consihum-medicum Эндокринология -М,2007 - Т 9, №9 - С 79-83.
4. Lazo M, Hernaez R, Eberhardt MS 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;178:38. doi:10.1093/aje/kws448.
5. Noureddin M, Yates KP, Vaughn IA et al. Clinical and histological determinants of nonalcoholic steatohepatitis and advanced fibrosis in elderly patients. Hepatology. 2013;58:1644. doi:10.1002/hep.26465.
6. Диагностика и лечение неалкогольной жировой болезни печени. Методические рекомендации для врачей. Под ред. Ивашкина В.Т. 2015.
7. Pimentel CF, Jiang ZG, Otsubo T, Feldbrügge L, Challies TL, Nasser I, Robson S, Afdhal N, Lai M. Poor Inter-test Reliability Between CK18 Kits as a Biomarker of NASH. Dig Dis Sci. 2015 Oct 13. doi:10.1007/s10620-015-3916-1.
8. Food Drug Administration. Accessed July 29, 2015. Available et: http://www.accessdata.fda.gov/cdrh_docs/pdf12/K123806.pdf
9. Koplay M, Sivri M, Erdogan H, Nayman A. Importance of imaging and recent developments in diagnosis of nonalcoholic fatty liver disease. World J Hepatol. 2015;7(5):769-776. doi:10.4254/wjh.v7.i5.769
10. Safadi R, Konikoff FM, Mahamid M et al. The fatty acid-bile acid conjugate Aramchol reduces liver fat content in patients with nonalcoholic fatty liver disease. Clin Gastroenterol Hepatol. 2014;12:2085. doi:10.1016/j.cgh.2014.04.038
11. Neuschwander-Tetri BA, Loomba R, Sanyal AJ et al. Farnesoid X nuclear receptor ligand obeticholic acid for non-cirrhotic, nonalcoholic steatohepatitis (FLINT): a multicentre, randomised, placebo-controlled trial. Lancet. 2015;385:956. doi:10.1016/s0140-6736(14)61933-4
12. Mavin Macauley, Kieren G. Hollingsworth, Fiona E. Smith, Peter E. Thelwall, Ahmad Al-Mrabeh, Anja Schweizer, James E. Foley, Roy Taylor. Effect of Vildagliptin on Hepatic Steatosis. Jcem.endojournals.org. J Clin Endocrinol Metab. 2015;100(4): 1578-1585. doi:10.1210/jc.2014-3794