

1 супп. 2 раза в день.; мужчины – по 1 супп. 1 млн. МЕ 2 раза в день. Группу контроля составили 30 пациентов, которые получали аналогичную терапию, но без Генферона®.

Результаты исследования показали стойкий клиничко-бактериологический эффект у больных, применявших комплексное лечение с Генфероном®. Нормализация клинических проявлений (исчезновение гиперемии слизистых оболочек, изменение характера и количества выделений и др.) наступила, в среднем, в 1,5 раза быстрее в основной группе, чем в группе контроля.

Выводы: Применение на первом этапе лечения Генферон® вместе со стандартной терапией позволяет преодолеть антибиотикорезистентность, повысить процент элиминации вируса, и, соответственно, снизить количество рецидивов более, чем в 3,25 раза, повышая частоту клиничко-микробиологической санации.



УДК 616.36: 616-003.826

КОМПЛЕКС КАРНИТИНА В ЛЕЧЕНИИ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОЗА И СТЕАТОГЕПАТИТА

Ж. А. Алдашева, Б. А. Салханов, Е. В. Белых, Г. П. Жансеитова, Г. С. Алдонгарова

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей ЦГКБ

г. Алматы

АННОТАЦИЯ

Установлено, что применение в комплексной терапии карнитина (препарат «Годекс») по 2 капс. 3 раза в день в течении 8 недель улучшает динамику клинических симптомов, биохимических и сонографических параметров у больных с неалкогольным стеатозом и стеатогепатитом. Переносимость препарата была хорошей, побочных эффектов не отмечено.

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП), в которой рассматриваются стеатозы и стеатогепатиты (СГ), относится к наиболее частому метаболическому поражению печени [1]. Патологический процесс при стеатозе обусловлен нарушением обмена жирных кислот и избыточным их накоплением в печени. На фоне стеатоза печень становится чувствительной к воздействию оксидативного стресса, при котором усиливается процесс перекисного окисления липидов, образуется еще больше реактивных форм кислорода, повышается инсулинорезистентность. Все это в комплексе приводит к гибели гепатоцитов и сопутствующему воспалению и фиброзу с развитием СГ и цирроза печени (ЦП) [2, 3].

При НАЖБП любого генеза оправдано применение лекарственных средств метаболического действия, тем более, что накоплен клинический опыт доказательства роли этих препаратов в регрессе патологических изменений (4, 5). Большой интерес в связи с этим представляет комплексный препарат Годекс, основным компонентом которого является карнитин. Механизм действия его заключается в активном транспорте жирных кислот в митохондрии и усилении их окисления, что снижает синтез триглицеридов (ТГ). Кроме того, он обладает дезинтоксикационным и антиоксидантным действием.

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность препарата Годекс в составе комплексной терапии у больных с НАС и НАСГ.

Материал и методы: Всего обследовано 32 пациента (мужчин – 11, женщин – 21), средний возраст составлял $52,5 \pm 2,2$ лет. Всем больным было проведено клиничко-лабораторное исследование, а также УЗИ с определением признаков жировой инфильтрации печени. Диагноз НАС был установлен у 19 человек (1-я группа), НАСГ – у 13 (2-я

группа). Факторами риска НАЖБП были: сахарный диабет 2-го типа – у 18 человек; нарушение толерантности к глюкозе – у 14; артериальная гипертония – у 12; избыточная масса тела и ожирение встречались в 32 случаях. Комплексная терапия, помимо низкокалорийной диеты, гипотензивных и сахароснижающих препаратов, включала назначение всем больным препарата Годакс в дозе 2 капс. 3 раза в день в течении 8 недель. Для оценки эффективности лечения использовались следующие критерии:

1. Клинический ответ (динамика болевого, астенического и диспептического синдрома, снижение массы тела);
2. биохимический ответ (нормализация показателей трансаминаз, билирубина, щелочной фосфатазы, липидного обмена и др.);
3. УЗ параметры (структура ткани печени, уменьшение размеров печени, динамика показателя индекса затухания эхосигналов (ИЗЭС));
4. Частота и выраженность побочных эффектов.

Результаты исследования: Все 32 пациента завершили исследование.

При первичном осмотре в обеих группах клинические проявления заболевания были представлены болью и тяжестью в правом подреберье, общей слабостью, диспептическими проявлениями (тошнотой, горечью и сухостью во рту, запором и послаблением стула). После окончания лечения у большинства больных в обеих группах отмечалась положительная динамика.

Лабораторно-биохимические показатели крови до и после лечения в обеих группах представлены в табл. 1.

Таблица 1

Динамика лабораторно-биохимических показателей крови до и после лечения в группах НАС и НАСГ

| Показатели | Группа 1 (НАС) (n=19) | | Группа 2 (НАСГ)(n=13) | |
|---------------------|-----------------------|------------|-----------------------|---------------|
| | до | после | До | после |
| 1. АЛТ (мккат/л) | 33,3±3,36 | 27,2±2,14 | 139,3±20,5 | 56,2±4,5*** |
| 2. АСТ (мккат/л) | 29,8±2,2 | 31,5±3,56 | 85,4±14,47 | 43,0±1,8*** |
| 3. Общ.билирубин | 18,1±1,29 | 19,2±0,5 | 24,3±2,21 | 17,1±0,5*** |
| 4. Сахар (ммоль/л) | 6,9±0,8 | 6,1±0,48 | 7,15±0,2 | 5,5±0,52*** |
| 5. Гликолиз. Нв (%) | 6,5±0,39 | 6,27±0,56 | 6,54±0,42 | 5,72±0,17* |
| 6. ИРИ (мк МЕ/мл) | 31,3±6,9 | 25,6±5,26 | 23,2±3,35 | 10,4±2,3*** |
| 7. ХС (ммоль/л) | 5,1±0,37 | 4,9±0,29 | 5,1±0,37 | 4,39±0,27* |
| 8. ТГ (ммоль/л) | 2,43±0,45 | 1,73±0,34* | 2,0±0,3 | 1,5±0,1* |
| 9. ЩФ (Ед/л) | 106,1±13,4 | 96,9±5,8 | 202,3±2,84 | 106,7±21,4*** |
| 10. ГГТП (Ед/л) | 48,3±9,2 | 50,9±9,36 | 97,24±22,4 | 51,02±4,6** |

p* <0,1 статистически значимое различие по сравнению с исходн. уровнем

p** <0,05 статистически значимое различие по сравнению с исходн. уровнем

p*** <0,01 статистически значимое различие по сравнению с исходн. уровнем

При первичном УЗИ печени у всех больных в обеих группах обнаруживалась различной степени выраженности гепатомегалия в сочетании со значительным повышением эхогенности паренхимы и затрудненной визуализацией сосудистого рисунка. При этом умеренное увеличение обеих долей (III степени) имело место в 21% случаев в группе НАС и в 15,4% в группе НАСГ, причем, в группе НАСГ еще у 15,4% больных увеличение печени было значительным (IV степень) за счет обеих долей. После лечения в группе НАС размеры печени нормализовались у 21% больных, у стольких же они не изменились, в остальных случаях уменьшились. В группе НАСГ уменьшение гепатомегалии было отмечено в 84,6% случаев. У большинства больных в обеих группах уменьшилась гиперэхогенность паренхимы и лучше стал визуализироваться диафрагмальный контур. Значительное

увеличение дистального затухания эхосигналов к задним сегментам в группе НАС до лечения отмечалось у 26,3% больных, после лечения оно сохранялось у 15,7%; в группе НАСГ до лечения этот показатель был в 38,5%, после – в 23% случаев. У остальных пациентов показатель дистального затухания эхосигналов уменьшался в обеих группах. Препарат хорошо переносился всеми больными. Побочных эффектов зарегистрировано не было.

Обсуждение результатов: Анализ литературных данных позволяет констатировать, что НАЖБП в подавляющем большинстве случаев является проявлением метаболического синдрома. Т.к. ведущим метаболическим нарушением, обуславливающим НАС и НАСГ, является инсулинорезистентность, то основу лечения этого заболевания составляют препараты, повышающие чувствительность клеток к инсулину (метформин, глитазоны). (6, 7, 8). Под влиянием этих препаратов в крови уменьшается концентрация глюкозы, свободных жирных кислот, инсулина и ТГ и подавляется синтез липидов в гепатоците (9).

Большинство рекомендаций по лечению НАЖБП сводятся к медленному снижению массы тела, низкокалорийному питанию, медикаментозной и диетической нормализации показателей углеводного и липидного обмена. Но эффективность указанных мероприятий отмечается не всегда (10, 11). В связи с чем, в комплексном лечении НАЖБП любого генеза оправдано применение препаратов метаболического действия. В проведенном исследовании препаратом выбора был комбинированный препарат Годекс, механизм действия которого заключается в усилении окисления жирных кислот в гепатоцитах, а также в мощном дезинтоксикационном и антиоксидантном эффекте. В состав Годекса входят: карнитин оротат, карнитин гидрохлорид, антиоксическая фракция экстракта печени, витамины группы В и дифенил-диметил-дикарбоксилат (DDD). Компонент DDD – синтетический аналог схизадрина С, выделенного из плодов Лимонника китайского. Известно, что DDD наряду с антиоксическими свойствами подавляют перекисное окисление микросомальных липидов печени, а также стимулируют печеночные микросомальные цитохромы системы Р-450.

8-недельный курс применения Годекса в дозе по 2 табл. 3 раза в день в составе комплексной терапии показал эффективность его у больных с НАС и НАСГ. У большинства больных отмечалась положительная динамика клинических симптомов: боль, тяжесть в правом подреберье и явления диспепсии полностью купировались у нескольких больных; у остальных значительно уменьшилась интенсивность их проявлений. Почти все показатели биохимических проб до лечения в группе НАС были в пределах нормы. В то же время уровни сахара крови натощак, ИРИ и гликолизированного Hb до лечения были повышены. После лечения они снизились, но различия их с исходными данными не были статистически значимыми. В этой группе статистически значимое различие было только между уровнем ТГ ($p < 0,1$). В группе НАСГ все показатели биохимических проб до лечения были повышенными и различия их с показателями после лечения были статистически значимыми ($p < 0,05$; $p < 0,01$).

Динамическое наблюдение за УЗ параметрами печени в обеих группах также выявило положительный эффект от лечения, который заключался в уменьшении гепатомегалии, а у ряда больных в нормализации размеров печени. Кроме того улучшалась структура печеночной паренхимы, лучше стал визуализироваться сосудистый рисунок, уменьшился ИЗЭС.

Полученные данные совпадают с данными литературы, свидетельствующие об эффективности препарата на основе карнитина (Годекса) в комплексной терапии больных с НАЖБП. ChaeYoungLim и др. (12) в рандомизированном контролируемом исследовании изучали влияние метформина и Годекса на число копий митохондриальной ДНК периферической крови у 69 больных с НАЖБП. Было показано, что в группе больных, получающих Годекс в течении 3-х мес. число копий ДНК возросло, в то время как, в группе пациентов, получавших только метформин, оно снизилось. Итальянскими учеными (University of Catania) было проведено двойное слепое, плацебо-контролируемое исследование, в

котором основной группе назначался L-карнитин по 1 г. 2 раза в день в течении 24 дней. Все пациенты придерживались диеты 1600 калорий в день, которая отвечала требованиям «NationalCholesterolEducationProgram». В конце исследования были отмечены сравнительно лучшие результаты лечения в опытной группе. Это выразалось лучшими результатами динамики лабораторно-биохимических показателей (АЛТ, АСТ, ГГТП, общ. ХС, сахара). В опытной группы в 97% был гистологический ответ в виде снижения активности (по шкале из 12 пунктов, оценивающей стеатоз), по крайней мере, на 2 пункта. Фиброз в опытной группе уменьшился больше, чем в контрольной(среднее изменение 1,31 против 0,85). Наконец, уровни С-реактивного белка ФНО-α уменьшились значительно больше в группе карнитина. Препарат хорошо переносился. Авторы заключают, что «лечение L-карнитином и изменение образа жизни, включая потерю веса и упражнения, могут представлять собой терапевтические варианты при НАЖБП» [13]. Следует также отметить, что в настоящем исследовании при 8-нед. приеме препарата Годекс ни у одного больного не отмечалось побочных эффектов, что свидетельствует о высоком уровне его безопасности.

Таким образом, все перечисленное позволяет рекомендовать препарат Годекс в комплексном лечении НАС и НАСГ.

Выводы:

1. В комплексном лечении НАЖБП обоснованно назначение препаратов, улучшающих метаболические процессы в печени;
2. Применение препарата Годекс по 2 капсулы 3 раза в день улучшало динамику клинических симптомов, биохимических и УЗ-показателей к 8 неделе лечения;
3. Хорошая переносимость и безопасность препарата Годекс позволяет использовать его в комплексном лечении НАЖБП.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Burt A.D., Mutton A., Day C.P.* Diagnosis and interpretation of steatosis and steatohepatitis // *Sem. Diagn. – Pathol.* –1998. – V. 15. – P. 246-258.
2. *Gardranel J.F., Rufat S.F.* Practices of liver biopsy in France: Results of a Prospective Nationwide Survey // *Hepatology.* 2000. – Vol. – 32. – № 3. – P. 477-481.
3. *Зилов А.В.* Печень при метаболическом синдроме и ИР: взгляд эндокринолога // *Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии.* – 2005. № 5. – С. 14-19.
4. *Буверов А.О., Маевская М.В.* Некоторые клинические и патогенетические аспекты неалкогольного стеатогепатита // *Клин. персп. гастроэнтер., гепатологии.* – 2003. – № 3. – С. 4-8.
5. *Ивских В.Т., Буверов А.О., Маевская М.В.* Дифференцированный подход к лечению алкогольной болезни печени // *Клин. персп. гастроэнтер., гепатологии.* – 2005. – № 5. – С. 8-13.
6. *Буверов А.О., Богомолов П.О., Маевская М.В.* Патогенетическое лечение неалкогольного стеатогепатита: обоснование, эффективность, безопасность // *Тер. архив.* – 2007. – Т. 79. № 8. – С. 88-92.
7. *Deihs A.M. et al.* Nonalcoholic steatosis and steatohepatitis *Am. J. Physiol.* – 2002. – Vol. 282. – P. 1-5.
8. *Cadwell S.H., Agro C.K.* Therapy of NAFLD insulin sensitizing agents *J.Clin.Gastroenterology.* – 2006. Vol. 40. – P. 61-66.
9. *Angulo P.* Treatment of nonalcoholic fatty liver disease // *Ann. Hepatol.* – 2002. – V. 1 – P. 12-19.
10. *Kuntz E.* Fatty liver – a morphological and clinical review // *Med. Welt.* – 1999. – V. 50. – P. 406-413.

11. *Lumeng L., Crabb D.W.* Alcoholic liver disease // *curr. Opin.Gastroenterol.* – 2000. – V. 16. – P. 208-218.

12. *Chae Young Lim., Won Jun., Sung Su Jang et al.* Изучение влияния метформина и комплекса карнитина на число копий митохондриальной ДНК периферической крови при неалкогольной жировой инфильтрации печени // *Корейский журнал гастроэнтерологии.* – 2008. – Т. 152. – С. 172.

13. *Mariano Malaguarnera., Maria Pia Gargante M.F., Cristina Russo M.D. et al.* L-carnitine Supplemental to Diet a new Tool in treatment of NASH – A randomized and controlled Clinical Trial. *Am. J. of Gastroenterol. Advance on line publication* 14. – 2010; doi: 10.1038/ajg.719.

ТҮЙІН

Алкогольсіз стеатозбен және стеатогепатитпен науқас адамдарды кешенді емдеу үшін құрамында 8 апта бойы карнитинді (Годекс препаратын)

2 капсуладан тәулігіне 3 рет пайдалану нәтижесінде аурудың клиникалық көрінісінде оңтайлы динамика байқалып, биохимиялық және сонографиялық параметрлері жақсара түсетіндігі анықталды. Аталмыш препаратты қолданудың ешқандай жағымсыз әсері байқалмады.

SUMMARY

It was determined that application of Carnitine ("Godex" preparation) in dosage 2 capsules 3 times at day within complex therapy of patients with nonalcoholic steatosis and steatohepatitis, improves dynamics of clinical symptoms, biochemical and sonographic indices. It was good drug tolerance, without side effects.



УДК:617.75.4 – 07 – 05 : 616.832 – 004.2

ГЛАЗНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Т. С. Телеуова, М. М. Ленесова, А. Л. Ким

Алматынский государственный институт усовершенствования врачей

АННОТАЦИЯ

В статье кратко представлены этиология и патогенез, классификация рассеянного склероза, более подробно изменения со стороны органа зрения при данном заболевании (оптический неврит, изменения зрительных функций, патология глазодвигательного аппарата и др.), их клиническая картина, диагностика. Статья рассчитана на врачей офтальмологов и неврологов.

Ключевые слова: рассеянный склероз, поражения органа зрения (ретробульбарный неврит, патология глазодвигательного аппарата, изменения со стороны глазного дна), клиника, диагностика.

В настоящее время практические врачи-офтальмологи часто выставляют диагноз неврит или ретробульбарный неврит зрительного нерва невыясненной этиологии. Нередкой причиной оптического неврита, тем более у лиц молодого возраста, может быть рассеянный склероз. Кроме неврита зрительного нерва при рассеянном склерозе встречаются и другие изменения со стороны органа зрения, которые помогли бы правильно поставить диагноз или заподозрить рассеянный склероз. В связи с этим мы решили более подробно представить клиническую картину изменений со стороны глаза для практических врачей-офтальмологов и неврологов.

Рассеянный склероз или болезнь Шарко-Вьюльпиана – это хроническая мультифакторная патология, характеризующаяся прогрессирующим течением, на фоне которого наблюдаются ремиссии. В отличие от других неврологических заболеваний, которые чаще