

Шановний колего!

Інформаційний лист є анотованим описом наукової (науково-технічної) продукції, що входить до Переліку наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я (Наказ МОЗ України та НАМН від 13.11.2013 №969/97 «Про удосконалення впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 05.12.2013 за № 2068/24600).

Інформаційний лист спрямований для використання керівниками структурних підрозділів (відповідного профілю) закладів охорони здоров'я України для моніторингу передових технологій діагностики та лікування з подальшим їх впровадженням у практику (Наказ МОЗ України від 14.03.2011 №142 «Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я»).

МОЗ УКРАЇНИ

УКРАЇНСЬКИЙ ЦЕНТР НАУКОВОЇ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ
ТА ПАТЕНТНО ЛІЦЕНЗІЙНОЇ РОБОТИ
(УКРМЕДПАТЕНТІНФОРМ)

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ

про наукову (науково-технічну) продукцію, отриману за результатами наукової, науково-технічної та науково-організаційної діяльності підприємств, установ, організацій Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Національної академії медичних наук України призначену для практичного застосування у сфері охорони здоров'я

м. Київ

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи
(Укрмедпатентінформ)

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ

ПРО НОВОВВЕДЕННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

№ 02 - 2021

Випуск з проблеми

«Терапія»

Підстава: рецензія
експерта МОЗ України

НАПРЯМ ВПРОВАДЖЕН
ТЕРАПІЯ

**СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ
ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ В ПОЄДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ
ХВОРОБОЮ І-ІІ СТАДІЇ**

УСТАНОВИ-РОЗРОБНИКИ:

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МОЗ УКРАЇНИ

УКРМЕДПАТЕНТІНФОРМ
МОЗ УКРАЇНИ

А В Т О Р И:

БАБАК О.Я.
ЖЕЛЕЗНЯКОВА Н.М.
ШАЛІМОВА А.С.
ЗАЙЧЕНКО О.Є.
КАРПЕНКО І.І.
ПРОСОЛЕНКО К.А.
АЛЕКСАНДРОВА Т.М.

м. Київ

Суть впровадження: ефективний спосіб лікування пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки в поєднанні з гіпертонічною хворобою I-II стадії.

Пропонується для впровадження в лікувально-профілактичних установах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних) терапевтичного профілю спосіб лікування пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки в поєднанні з гіпертонічною хворобою I-II стадії.

У всьому світі неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) залишається найпоширенішою патологією серед захворювань печінки та найбільш впливовим фактором ризику розвитку цирозу печінки та гепатоцелюлярної карциноми. Згідно сучасним епідеміологічним даним НАЖХП зустрічається у 20-30 % дорослого населення західних країн та у 15 % населення азійських країнах. Суттєву роль у погіршенні прогнозу для пацієнтів з НАЖХП відіграє супутня гіпертонічна хвороба (ГХ), розповсюдження якої також набуло глобальних масштабів. Поєднаний перебіг НАЖХП та ГХ I-II стадії може призводити до змін у патогенетичних ланках захворювань. Проблема коморбідності є однією з найбільш актуальних проблем сучасної медицини. Дуже часто лікарі спостерігають коморбідність цих захворювань. На сьогодні є спостереження, які свідчать про наявність взаємнообтяжуючого впливу даних патологій. Також є факти, що свідчать про несприятливий вплив коморбідного перебігу НАЖХП та ГХ I-II стадії на підвищення кардіоваскулярного ризику та ранній розвиток серцево-судинних катастроф.

Зазначені факти є переконливим підґрунтям для розробки нових ефективних способів лікування пацієнтів з НАЖХП в поєднанні з ГХ I-II стадії, що визначає актуальність даного інформаційного листа.

Нами розроблений спосіб лікування пацієнтів з НАЖХП в поєднанні з ГХ I-II стадії, який вклучає призначення адеметіоніну за схемою 800 мг внутрішньовенно струменево перші 15 днів з подальшим прийомом в таблетованій формі – 400 мг 2 рази на день тривалістю до двох місяців та периндоприлу у дозі 8 мг на добу тривалістю до двох місяців.

Ефективність способу доведена клінічними дослідженнями. У терапевтичному відділенні було обстежено 25 пацієнтів з НАЖХП та ГХ I-II стадії, 11 чоловіків (44%) та 14 жінок (56%), середній вік склав $(38,0 \pm 4,1)$ років. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб (9 чоловіків та 11 жінок, середній вік – $(39 \pm 2,9)$ років. Були проведені лабораторні методи обстеження (біохімічні, імуноферментні) за загальноприйнятою схемою. Під час огляду у кожного пацієнта були додатково оцінені основні антропометричні показники. Верифікацію діагнозу ГХ проводили з використанням критеріїв, рекомендованих Українським товариством кардіологів та експертами ВООЗ, та згідно з останніми рекомендаціями Європейського товариства гіпертензії та Європейського товариства кардіології 2013 року. Діагноз НАЖХП був встановлений у відповідності до критеріїв Європейської асоціації з вивчення печінки (EASL), Європейської асоціації з вивчення діабету (EASD) і Європейської асоціації з вивчення ожиріння (EASO). Крім загальноприйнятих методів обстеження проводили визначення рівнів петраксину-3 та С-реактивного білка (СРБ) у плазмі крові. Рівень петраксину-3 визначали за допомогою імуноферментного методу з використанням набору реагентів на імуноферментному аналізаторі. Кількість петраксину-3 визначали за калібрувальною кривою, яку будували паралельно з визначенням у пробах, використовуючи стандарти, що додаються до набору, і виражали в пг/мл.

Отримані показники були проаналізовані за допомогою непараметричних методів статистики з використанням тесту Манна-Уїтні та коефіцієнту рангової кореляції Спірмена.

Станом на початок лікування у пацієнтів з НАЖХП та ГХ I-II стадії рівень петраксину-3 складав $(453,9 \pm 35,86)$ пг/мл ($p < 0,05$), рівень СРБ – $(4,3 \pm 2,9)$ мг/л ($p < 0,05$) в порівнянні з групою контролю.

На 61 день з початку використання адеметіоніну та периндоприлу у пацієнтів з НАЖХП та ГХ I-II стадії відзначена статистично значуща позитивна динаміка концентрації запального біомаркера – петраксину-3 та СРБ. Так, після лікування у пацієнтів з НАЖХП та ГХ I-II стадії вміст петраксину-3 знизився з $(453,9 \pm 35,86)$ пг/мл до $(254,35 \pm 44,4)$ пг/мл ($p < 0,01$). Рівень СРБ знизився відповідно з $(4,3 \pm 2,9)$ мг/л

до $(2,1 \pm 3,1)$ мг/л ($p < 0,01$). Також після лікування запропонованим методом у пацієнтів з НАЖХП та ГХ I-II стадії спостерігалася позитивна динаміка щодо зниження показників цитолізу печінки (АСТ, АЛТ, ГГТ), та покращення стану ліпідного профілю (ЗХ, ТГ, ЛПНЩ).

Висновок. Отримані результати свідчать про участь адеметіоніну та периндоприлу у метаболічних процесах пацієнтів з коморбідним перебігом НАЖХП та ГХ I-II стадії. Таким чином, застосування адеметіоніну та периндоприлу у пацієнтів з коморбідним перебігом НАЖХП та ГХ I-II стадії демонструє достовірне зниження рівня пентраксину-3, СРБ в плазмі крові та покращення метаболічних показників. Призначення адеметіоніну та периндоприлу є доцільним методом лікування пацієнтів з НАЖХП та ГХ в якості патогенетичного лікарського засобу з вираженим цитопротекторним, протизапальним та гіполіпідемічним ефектом.

Інформаційний лист складено за матеріалами НДР «Клінічне значення маркерів запалення та метаболічних порушень у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки з урахуванням коморбідності», № держреєстрації 0118U000937, термін виконання 2018-2021 рр.

За додатковою інформацією слід звертатися до автора листа: Александрової Т. М., тел. 0500810405, кафедра внутрішньої медицини №1, Харківський національний медичний університет, проспект Науки, буд. 4, м. Харків, 61022.