

Биорегуляционный подход – дополнительные возможности в лечении заболеваний печени

В.И. Смирнова, к. мед. н.

Харьковский национальный медицинский университет

Заболевания печени наиболее активно изучаются в последние 30–35 лет благодаря внедрению в клинику морфологических методов исследования. После того как в 1957 году Калк (H. Kalk) предложил метод лапароскопии и впервые описал внешний вид печени (ее увидели, как обратную сторону луны), определилось новое направление в медицине – клиническая гепатология (от греческого «гепато» (hepato) – печень). Хотя русское название этого органа наиболее четко определяет его функцию и роль в организме. «Печень» – от слова печка, главный элемент в каждом доме. Она обогревает, в ней можно жечь мусор и испечь вкусные пирожки.

Фактически в организме нет путей обмена веществ, которые прямо или косвенно не контролировались бы печенью. По некоторым оценкам, печень выполняет до 500 различных метаболических функций. Все обменные процессы, протекающие в печени, крайне энергозатратны. Основным источником энергии для них является аэробное окисление углеводов, жиров и белков, поступающих с пищей. Свободная энергия, освобождающаяся в результате окисления этих веществ, используется для поддержания многочисленных тканеспецифических функций печени. Метаболическая нагрузка печени за 60 лет жизни (экзонагрузка) составляет: 25 000 кг продуктов, 33 000 л

жидкости, 1420 л алкоголя, 45 000 таблеток (возьмите постинфарктного больного и посмотрите по протоколу, сколько всего лекарственных препаратов ему нужно назначить, а если учесть, что инфаркт миокарда – результат артериальной гипертензии, сочетается с сахарным диабетом и другой патологией, то к этому списку можно добавить еще множество препаратов). Однако известно, что печень имеет десятикратный запас прочности, которая обеспечивается высокими регенераторными возможностями органа. Именно поэтому при наличии дистрофии и даже небольших участков некроза печеночная недостаточность совместима с жизнью, а иногда и с трудоспособностью. Болезни

печени проявляють себе уже на поздних етапах (в самой печени отсутствуют болевые рецепторы и боль возникает только тогда, когда она увеличивается в объеме и растягивает глиссонову капсулу). Алкоголь, вирусы, лекарственные препараты, экзо- и эндотоксины, неблагоприятная экология – факторы, повреждающие клетки печени. Факторов много – повреждающий механизм один. В результате активизируются процессы перекисного окисления липидов, нарушается целостность мембраны и энергетический баланс печеночной клетки.

В наше время во всем мире широко распространена неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП). Одна из последних тенденций – ее связь находят абсолютно со всеми заболеваниями. Особенно часто развитие заболевания печени связано с сердечно-сосудистой патологией, прежде всего – с гипертонической болезнью. Ведущие европейские ученые, в частности К. Sligte, считают, что НАЖБП должна рассматриваться как новый компонент метаболического синдрома. У больных с НАЖБП в 16,8% случаев был диагностирован неалкогольный стеатогепатит (НАСГ), а доля больных сахарным диабетом (СД) 2-го типа составила 22,8%, у 57% – абдоминальное ожирение и у 25,7% – метаболический синдром (DIREG; 2007). По словам И.Г. Никитина печень является своеобразной ареной сражения, где на ранних стадиях метаболического синдрома действуют основные патогенетические механизмы формирования его компонентов. НАСГ широко

признается печеночным выражением метаболического синдрома – патологии, связанной с сахарным диабетом 2-го типа, инсулинорезистентностью, центральным ожирением, гиперлипидемией (холестерин липопротеинов низкой плотности, гипертриглицеридемия), и гипертонией. НАСГ становится все более общей проблемой и в богатых, и в бедных странах, увеличивая количество заболеваний печени и нагрузку на здравоохранение и затраты на него по всему миру. Посчитано, что НАЖБП/НАСГ в течение 5 лет повысят прямую и непрямую стоимость медицинских услуг на 26%. (World Gastroenterology Organisation, 2012). Медикаментозная терапия НАЖБП сегодня, как и 35 лет назад, когда впервые было сделано официальное описание данного заболевания, несмотря на 15-летние активные поиски, до сих пор не найден препарат, который бы доказано лечил НАЖБП.

Чем же лечить? Известна большая группа препаратов под общим названием гепатопротекторы – защищающие печень. Хотя если вы зайдете в любую западноевропейскую аптеку и попросите гепатопротекторы, вам ответят, что таких препаратов у них нет, их не существует. Всемирная гастроэнтерологическая организация создала целую систему диагностики и лечения патологии этого жизненно-важного органа с учетом локально доступных ресурсов – обширных, средних и ограниченных. Мы, к сожалению, в большинстве случаев относимся к последней группе. В первой группе стран с развитой медициной часто практикуют пересадку пече-

ни. Мы себе этого позволить не можем. Однако существует достаточное количество препаратов для терапии заболеваний печени. Если говорить о НАЖБП, то это бигуаниды (метформин) – у пациентов с гистологически подтвержденным НАСГ независимо от наличия СД 2-го типа; инсулиновые сенситайзеры второго поколения (пиоглитазон, росиглитазон), антиоксиданты (адemetионин, селен, бетаин, токоферол и др.), витамин Е у пациентов с гистологически подтвержденным НАСГ, которые не имеют СД 2-го типа. Может применяться урсодезоксихолевая кислота и препараты, нормализующие обмен липидов, обладающие прямым цитопротективным действием (эссенциальные фосфолипиды). Хотя согласно последним данным эффективность применения урсодезоксихолевой кислоты, адметионина, омега-3 жирных кислот не подтверждена. Крупных исследований по доказательству эффективности лекарственных препаратов в нашей стране, да и за рубежом нет. Есть достаточно краткие, проведенные в течение 6,8–12 месяцев с небольшим количеством пациентов – 10, 30, 40 человек. Это связано с тем, что больным необходимо, прежде всего, проводить биопсию печени до и после лечения с целью подтверждения его эффективности. А пациентов, согласных на столь сложную и дорогую процедуру, у нас мало.

В настоящее время все большее развитие получает концепция биорегуляционной коррекции состояния организма, вполне согласующаяся со старым терапевтическим принципом – «лечить

не болезнь, а больного». Биорегуляция улучшает микроциркуляцию, дренаж, обеспечивает иммунную защиту, метаболизм, контроль и снижение степени воспаления, энергетический метаболизм. В результате биорегуляционной терапии происходит восстановление механизмов системной и локальной регуляции, детоксикации, иммунной защиты, полное завершение воспаления в тканях, восстановление структуры и функции различных органов, компенсация побочных эффектов аллопатических препаратов. Плюсом такой терапии является отсутствие возрастных ограничений и побочных эффектов, возможность длительного применения и, исходя из этого, экономическая целесообразность.

Препараты биорегуляционной патогенетической терапии достаточно известны. На рисунке 1 представлены наиболее известные комплексные биорегуляционные препараты (КБП) ТМ Heel. На украинском рынке они присутствуют давно. Раньше использование подобных препаратов носило название антигомеотоксическая терапия. Можно спорить до бесконечности о том, приносят ли гомеопатические дозы эффект. Однако стоит различать комплексные биорегуляционные препараты и классические гомеопатические. Классический гомеопатический препарат, как правило, содержит один компонент, в практически исчезающей концентрации. А препараты ТМ Heel, чаще всего, имеют 5–15 и более составляющих. Причем они содержат и растительные, и минеральные, и биологические

компоненты в сверхмалых, но реальных концентрациях действующего вещества. Вторым значительным отличием является то, что КБП может назначать врач любой специальности ориентируясь на диагноз, а классические гомеопатические препараты – только гомеопат.

Какие же комплексные биорегуляционные препараты можно использовать для лечения заболеваний печени, особенно при сочетанной патологии. Важным направлением является **базовая дренажно-регуляционная терапия**. Представлена на нашем рынке тремя препаратами: «Лимфомиозот», «Нукс вомика-Гомаккорд», «Берберис-Гомаккорд».

«Лимфомиозот» нормализует лимфоток из пораженных тканей, улучшает иммуннойроэндокринную регуляцию на уровне межклеточного пространства (внеклеточного матрикса), повышает биодоступность лекарственных препаратов.

«Нукс вомика-Гомаккорд» осуществляет индукцию дезинтоксикационной

функции желудочно-кишечного тракта, нормализует перистальтику и улучшает переваривание пищи.

«Берберис-Гомаккорд» улучшает дренажную функцию почек, а также регулирует работу надпочечников. Эти три препарата применяются для лечения всех заболеваний с проявлением хронического эндотоксикоза.

Актуальное направление биорегуляционного подхода – **контроль и завершение воспаления** (обратите внимание – не подавление!). Здесь хотелось бы остановиться на универсальном противовоспалительном препарате «Траумель С», хорошо известном и терапевтам и невропатологам, и травматологам. Он действует на все фазы воспалительного процесса, позитивно влияет на все пять признаков воспаления, оптимизирует течение воспалительного процесса, оказывает иммуномодулирующий эффект, имеет выраженное регенерирующее действие, нормализует проницаемость сосудистой стенки (антиэкссудативное действие), снижает риск развития хронизации воспаления и воспалительных осложнений (спаечного процесса, рубцов) (рис. 2).

После завершения стадии воспаления необходимо добиться активации метаболизма. С этой целью применяется препарат «Гепар комп. Хеель», имеющий такие системные показания, как прерывание патогенетических цепочек «гиперхолестеринемия – атеросклероз – инфаркт/инсульт», «инсулинорезистентность – сахарный диабет 2-го типа – метаболический синдром» за счет таких его свойств как компенсация гепатотоксических воздей-

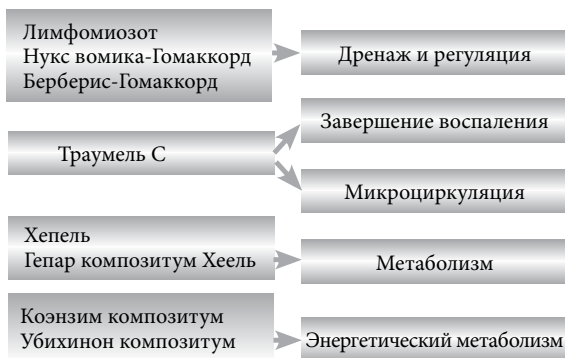


Рис. 1. Препараты биорегуляционной патогенетической терапии



Рис. 2. Траумель С – комплексный контроль и завершение воспаления

ствий; антигистаминное действие и разблокирование рецепторов после фармацевтической нагрузки. На этом же этапе лечения применяется препарат «Хепель», который способствует стабилизации клеточных мембран и обладает более выраженным, по сравнению с другими аллопатическими гепатопротекторами, антиоксидантным действием. Также преимуществом препарата «Хепель» является то, что назначаемый в острый период, он не вызывает холестаза и не оказывает дополнительную нагрузку на печень, так как не метаболизируется в ней. Препарат

в целом и его отдельные компоненты оказывают также противовоспалительное, гепатопротекторное, ветрогонное, дезинтоксикационное действие; обладает как желчегонным, так и спазмолитическим действием; способствует ликвидации застойных явлений в системе воротной вены и венах малого таза.

Нельзя обойти такой аспект как нормализация энергетического метаболизма, поскольку мы уже упоминали о том, что все процессы в печени крайне энергозатратны. Поэтому особое внимание стоит обратить на энерготропные метаболические препараты «Коэнзим композитум» и «Убихинон композитум». Такой КБП как «Убихинон композитум» обладает способностью восстанавливать работу заблокированных внутриклеточных ферментных систем (на уровне дыхательной цепи митохондрий), повышать функциональную активность дезинтоксикационных ферментных систем, повышать функциональную активность и переваривающую способность иммунных клеток, а также устранять гипоксию клеток и ощелачивать рН матрикса (ткани). «Коэнзим композитум» реактивирует энзимные системы цикла Кребса и восстанавливает функциональную активность ферментных систем в клетках.

В целом, биорегуляционная коррекция при сочетанной патологии дает возможность комплексного лечения больных с воздействием на все патогенетические звенья всех органов и тканей на разных стадиях, как в виде монотерапии, так и сочетанной терапии, в стационарной и амбу-

латорной практике (см. рис. 1). Это ведет к снижению риска развития неблагоприятных побочных реакций (медикаментозной болезни), повышает эффективность терапии основного, а также ассоциированных с ним заболеваний, предотвращает прогрессирование патологического процесса и улучшает качество жизни.

Литература

1. Вайзер М., Борнер М. Биологическая терапия заболеваний печени препаратом Гепар композитум // Биологическая медицина. – 1997. – №1. – С. 36–40.
2. Ratziu V. // Journal of Hepatology. – 2016. – Т. 62. – P. 65–75.
3. Sanyal A.J., Brunt E.M., Kleiner D.E., Kowdley K.V. et al. Endpoints and clinical trial design for nonalcoholic steatohepatitis // Hepatology. – 2011. – Vol. 54. – P. 344–353. –doi: 10.1002/hep.24376. PMID: 21520200.
4. Vernon G., Baranova A., Younossi Z.M. Systematic review: the epidemiology and natural history of non-alcoholic fatty liver disease and non-alcoholic steatohepatitis in adults // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2011. – Vol. 24. – P. 274–285. – doi: 10.1111/j.1365-2036.2011.04724.x. Epub 2011 May 30. PMID: 2162852.
5. Ткач С.М., Марусанич Б.Н. Застосування антигомотоксичних препаратів у гастроентерології. Методичні рекомендації МОЗ України. – 2006. – 36 с.
6. Катеренчук И.П. Антигомотоксичні засоби у терапії захворювань травного тракту. Методичні рекомендації МОЗ України – 2005. – 28 с.
7. Targher G., Day C.P., Bonora E. Risk of cardiovascular disease in patients with nonalcoholic fatty liver disease // N. Engl. J. Med. – 2010. – Vol. 363. – P. 1341–1350. – PMID: 20879883.
8. Powell E.E., Jonsson J.R., Clouston A.D. Metabolic factors and non-alcoholic fatty liver disease as cofactors in other liver diseases // Dig. Dis. – 2010. – Vol. 28. – P. 186–191. – Epub 2010 May 7. PMID: 20460909.
9. Zein C.O., Unalp A., Colvin R., Liu Y.C., McCullough A.J. Nonalcoholic Steatohepatitis Clinical Research Network. Smoking and severity of hepatic fibrosis in nonalcoholic fatty liver disease // J. Hepatol. – 2011. – Vol. 54. – P. 753–759. – Epub 2010 Sep 22. PMID: 21126792.
10. Brunt E.M., Kleiner D.E., Wilson L.A., Belt P., Neuschwander-Tetri B.A. NASH Clinical Research Network (CRN). Nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) activity score and the histopathologic diagnosis in NAFLD: distinct clinicopathologic meanings // Hepatology. – 2011. – Vol. 53. – P. 810–820. – doi: 10.1002/hep.24127. Epub 2011 Feb 11. PMID: 21319198.
11. Charlton M.R., Burns J.M., Pedersen R.A., Watt K.D. et al. Frequency and outcomes of liver transplantation for nonalcoholic steatohepatitis in the United States // Gastroenterology. – 2011. – Vol. 141. – P. 1249–1253. – Epub 2011 Jul 2. PMID: 21726509.
12. WGO Global Guidelines NAFLD/NASH (long version).
13. Saab S., Mallam D., Cox 2nd G.A., Tong M.J. Impact of coffee on liver diseases: a systematic review // Liver Int. – 2014. – Vol. 34. – P. 495–504.
14. Keating S.E., Hackett D.A., George J., Johnson N.A. Exercise and non-alcoholic fatty liver disease: a systematic review and meta-analysis // J. Hepatol. – 2012. – Vol. 57. – P. 157–166.
15. Wang X., Li J., Riaz D.R., Shi G., Liu C., Dai Y. Outcomes of liver transplantation for nonalcoholic steatohepatitis: a systematic review and meta-analysis // Clin. Gastroenterol. Hepatol. – 2014. – Vol. 12. – e391.
16. Режим доступа: www.uabm.org
17. Режим доступа: www.heel.ua.

*Пост-статья подготовлена редакцией
издательства «Медикс групп»
по материалам лекции,
представленной на тренинг-программе
для врачей «Мистецтво лікування»,
г. Харьков, 06.11.2018 г.*