

Коморбідність у гастроентерології: нові виклики у веденні пацієнтів із неалкогольною жировою хворобою печінки

24 жовтня відбулася міжнародна науково-практична конференція у форматі телемосту, присвячена такій актуальній сьогодні міждисциплінарній проблемі, як неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП), а також її етіопатогенетичному зв'язку з цілою низкою супутніх захворювань.



У роботі цього інтерактивного заходу взяли участь лікарі практично з усіх регіонів України. Основну увагу у своїх змістовних доповідях провідні вітчизняні та зарубіжні вчені приділили практичним аспектам ведення пацієнтів. Під час свого виступу **професор кафедри внутрішньої медицини № 1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (м. Київ), доктор медичних наук**

Володимир Володимирович Чернявський розповів про сучасне розуміння проблеми НАЖХП і представив дані щодо поширеності НАЖХП в Україні.

Згідно з Практичними клінічними рекомендаціями Європейської асоціації з вивчення печінки, Європейської асоціації з вивчення діабету та Європейської асоціації з вивчення ожиріння (EASL/EASD/EASO, 2016) з ведення НАЖХП та Практичним керівництвом Американської асоціації з вивчення хвороб печінки (AASLD) з діагностики та лікування НАЖХП (Chalasani N. et al., 2018), спектр патогенетично поєднаних дистрофічно-запальних станів печінки включає накопичення жиру в гепатоцитах (стеатоз), запалення (неалкогольний стеатогепатит – НАСГ), фіброз різного ступеня й цироз печінки (ЦП). Здебільшого в контексті цієї проблеми говорять про так звану первинну (ідіопатичну) НАЖХП, в етіології якої важливу роль відіграють генетичні чинники, порушення обміну речовин (зокрема, надмірна маса тіла / абдомінальне ожиріння) та інсулінорезистентність. По суті, первинна НАЖХП являє собою «діагноз винятку», за якого в пацієнта наявні характерні зміни при ультразвуковому дослідженні (УЗД), а всі інші можливі причини ураження печінки виключені. Вторинна НАЖХП розвивається внаслідок негативного впливу токсинів або ліків (аміодарону, кортикостероїдів, синтетичних естрогенів тощо), а також після певних хірургічних втручань (резекція тонкої кишки), на тлі парентерального харчування, голодування, швидкого схуднення, надмірного бактеріального росту (НБР) в кишечнику тощо.

Природний перебіг НАЖХП (Chalasani N. et al., 2018) є прогностично несприятливим. Відомо, що смертність хворих на НАЖХП є достовірно вищою, ніж у загальній популяції. Найчастіша причина – серцево-судинні захворювання (ССЗ), причому незалежно від іншої метаболічної коморбідності. До трійки провідних причин смертності при НАЖХП також входять печінкові ускладнення та онкологічна патологія.

Варто підкреслити, що НАЖХП наразі вважають важливим причинним фактором розвитку гепатоцелюлярної карциноми (ГЦК), поряд із гепатотропними вірусами та токсичним впливом алкоголю.

Сьогодні патогенез НАЖХП розглядають крізь призму «теорії множинних ударів» (Buzetti E. et al., 2016): тобто ті патологічні процеси, які зумовили жирову дистрофію гепатоцитів, у подальшому прогресивно призводять до запалення, фіброзу й ЦП. При цьому в пацієнта з НАЖХП постійно наявне субклінічне системне цитокінове запалення, єдиним неспецифічним клінічним проявом якого може бути загальна слабкість. НАЖХП – це мультисистемне захворювання (Byrne C.D., 2015), яке достовірно підвищує серцево-судинну смертність, тому будь-якому лікарю (незалежно від спеціальності), що має справу з хворим на НАЖХП, необхідно обов'язково оцінити наявність у пацієнта ризику фатальних і нефатальних серцево-судинних подій.

За даними обсерваційного дослідження PRELID2 (2016), проведеного в Україні за участю 100 терапевтів і гастроентерологів, після обстеження 5 тис. пацієнтів терапевтичного та гастроентерологічного профілю з підозрою на НАЖХП це захворювання було підтверджено у 71% учасників. З-поміж них у 62% хворих було діагностовано стеатоз печінки, у 30% – стеатогепатит. При цьому гіперхолестеринемію виявили у 61% пацієнтів, артеріальну гіпертензію (АГ) – у 66%, цукровий діабет (ЦД) 2 типу – у 27%. Це дослідження вкотре підтвердило, що НАЖХП є захворюванням із вкрай високою частотою коморбідності. Через це основний тягар

ведення пацієнтів із НАЖХП лягає на сімейних лікарів, які здатні реалізувати інтегральний підхід до лікування кожного пацієнта залежно від конкретної клінічної ситуації та профілю супутньої патології. Зокрема, на сьогодні дуже небезпечним коморбідним станом вважається поєднання ЦД 2 типу та НАЖХП (Targher G., 2018), що істотно збільшує ризик розвитку судинних ускладнень. Серед них – макро- та мікровазкулярні ураження, хронічна хвороба нирок, цереброваскулярні ускладнення, порушення трофіки тканин унаслідок мікроангіопатій («діабетична стопа») тощо.

Ключові підходи до лікування НАЖХП включають:

- фізичні навантаження;
- дієтотерапію;
- медикаментозне лікування;
- фармакопрофілактику ССЗ (статири, антиагреганти, гіпотензивні препарати та ін.);
- лікування ЦД 2 типу (за його наявності).

Критично важливим у пацієнтів із НАЖХП, які мають ожиріння або надмірну масу тіла, є її зниження.

Показано, що при зниженні маси тіла на $\geq 10\%$ відбувається зменшення вираженості стеатозу майже до 100%, НАСГ – до 90%, фіброзу – щонайменше на одну стадію (Romero-Gomez M. et al., 2017). Зниження маси тіла навіть на 5% від вихідного значення зменшує вираженість стеатозу печінки в середньому на 65%. Зниження маси тіла більш як на 3 кг у 85,7% випадків призводило до зникнення стеатозу (середня маса тіла – $63,3 \pm 4,9$). Утім, у реальній клінічній практиці знизити масу тіла на 10% вдається лише 10% пацієнтів із НАЖХП (Cho J.Y. et al., 2014).

Щодо ефективності фізичних вправ при НАЖХП, то на сьогодні встановлено, що й силові, й аеробні навантаження однаково знижують ступінь стеатозу печінки. Отже, вибір програми тренувань залежить від можливостей і вподобань самого пацієнта (Windt, 2018). До програм тренувань, які довели свою ефективність у лікуванні НАЖХП у ході клінічних досліджень (за умови виконання 3 рази на тиждень упродовж 12 тиж), належать силові тренування, високоінтенсивні інтервальні аеробні навантаження та тривалі інтервальні тренування підвищеної інтенсивності. Цікаво, що навіть без дотримання дієти помірна фізична активність (швидка ходьба зі швидкістю 120 кроків за хвилину протягом 30 хв 5 разів на тиждень) протягом 6 міс виявилась ефективною у зменшенні вираженості стеатозу печінки за даними MPT у пацієнтів із НАЖХП і ожирінням (Zhang H.-J. et al., 2016).

Згідно з усіма сучасними міжнародними рекомендаціями наріжним каменем лікування НАЖХП залишається адекватна дієтотерапія. У клінічних дослідженнях свою ефективність довели доволі прості поради, які лікар має надати кожному пацієнту з НАЖХП:

- ✓ надавайте перевагу невеликим порціям їжі;
- ✓ готуйте та харчуйтеся вдома, а не в закладах громадського харчування;
- ✓ їжте повільно, не поспішаючи, та не переїдайте;
- ✓ не наїдайтеся на ніч та уникайте роботи ночами та за змінами, адже це доведено збільшує ризик ожиріння та погіршення перебігу НАЖХП (Sun M., 2018).

На жаль, у реальному житті рівень прихильності пацієнтів із НАЖХП до здорового способу життя є доволі низьким. Так, нещодавно було показано, що відомою своєю користю середземноморської дієти дотримувалися лише 15,5% із 584 учасників відповідного дослідження (Baratta F. et al., 2017). Отже, для підвищення загальної ефективності лікування зазначені немедикаментозні заходи мають використовуватися в поєднанні з доступними на сьогодні медикаментозними засобами. Оскільки центральна роль у розвитку НАЖХП належить інсулінорезистентності, а рецептори до інсуліну знаходяться на мембрані клітин, доцільним видається терапевтичний вплив на стан мембран гепатоцитів. Варіантом вдалого терапевтичного рішення в цьому контексті може бути застосування есенціальних фосфоліпідів (ЕФЛ), яким притаманні такі ефекти:

- антиоксидантний;
- протизапальний;

- антифібротичний;
- імуномодуючий;
- гіпоглікемічний;
- ліпідокоригуючий;
- відновлення мембран гепатоцитів;
- позитивний вплив на мембрани клітин крові.

Усі зазначені властивості підтверджені результатами експериментальних досліджень, а деякі з них (зокрема, протизапальна й антифібротична дія) – і доказових клінічних досліджень.

Україн важливим сьогодні вважається антиоксидантний ефект ЕФЛ, адже відомо, що саме оксидативний стрес є індуктором процесу запалення та ушкодження клітин.

ЕФЛ здатні нейтралізовувати вільні радикали та знижувати ступінь виснаження клітинних запасів глутатіону – основної ланки системи клітинного захисту від оксидативного стресу. Ключовим компонентом ЕФЛ, що відповідає за їхні антиоксидантні властивості, є 1,2-дигліцеролфосфатидилхолін. ЕФЛ також додатково пригнічують CYP2E1, що зменшує утворення вільних радикалів (Aleynik S. et al., 2000).

Позитивний вплив ЕФЛ на вираженість стеатозу печінки зумовлений підвищенням у ній метаболізму холестерину, а також зменшенням рівня тригліцеридів і ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ). Ці ефекти були неодноразово продемонстровані для відомого препарату на основі високоочищених ЕФЛ (EPL®) із соєвих бобів – Ессенціале® форте Н (Бабак О.Я. і соавт., 2012; Звягинцева Т.Д., Чернобай А.И., 2008; Gundermann K.-J. et al., 2016; Navab M. et al., 2003). На сьогодні ефективність Ессенціале® форте Н доведена в більш як 200 клінічних дослідженнях, у 53 з яких узяли участь пацієнти з НАЖХП (Gundermann K.-J. et al., 2016). У ході досліджень Ессенціале® форте Н виявив свою результативність у зниженні рівня тригліцеридемії та рівнів печінкових ферментів (аспартат-амінотрансфераза, АСТ, та аланінамінотрансфераза, АЛТ), а також у зворотному розвитку жирового гепатозу та уповільненні прогресування фіброзу печінки. Ця доказова база стала основою для включення НАСГ до переліку офіційних показань до призначення препарату Ессенціале® форте Н, до яких належать також алкогольний стеатогепатит, гострі й хронічні гепатити різної етіології, ЦП, перед- і післяопераційне лікування при хірургічному втручанні на печінці та жовчовивідних шляхах, псоріаз та радіаційний синдром.

Оскільки НАЖХП є мультисистемним захворюванням із постійним субклінічним системним запаленням, її наявність може виступати найбільш раннім індикатором ризику розвитку ССЗ, ЦП і ГЦК.

Раннє призначення препарату Ессенціале® форте Н може розглядатися як універсальна та цілком безпечна допоміжна терапія підтримки, що впливає на основні ланки патогенезу ушкодження гепатоцитів.

Ефективність ЕФЛ у лікуванні НАЖХП, а також позитивний вплив на патогенез ЦД 2 типу та ССЗ є доведеними як експериментально, так і клінічно.



Підходам до лікування НАЖХП залежно від стадії патологічного процесу присвятив свою доповідь **професор Марек Хартлеб (Клініка гастроентерології і гепатології при Сілезькому медичному університеті в м. Катовіце, Польща).**

– НАЖХП – найпоширеніше хронічне захворювання печінки, на яке страждає 20-25% осіб у загальній європейській популяції.

Провідна роль в етіопатогенезі захворювання, згідно із сучасними уявленнями, відводиться метаболічним факторам ризику (ожиріння, ЦД 2 типу, інсулінорезистентності, малорухомий спосіб життя), а також поліморфізму генів PNPLA3 та TM6SF2. Популяція пацієнтів із НАЖХП є дуже гетерогенною: вони можуть мати як нормальний, так і підвищений індекс маси тіла (ІМТ), різні клінічні прояви захворювання та різні його стадії – від незначущого вираженого стеатозу до ЦП і ГЦК. При цьому необхідно пам'ятати, що єдиною гістологічною характеристикою, яка достовірно корелює

Продовження на стор. 22.

Коморбідність у гастроентерології: нові виклики у веденні пацієнтів із неалкогольною жировою хворобою печінки

Продовження. Початок на стор. 21.

з показниками виживаності пацієнтів із НАЖХП, є фіброз – уже з 2-ї стадії (F2) починає зростати ризик передчасної смерті. Тому лікарю потрібно передусім виділити групу хворих із прогресуючим фіброзом печінки. Найлегше це зробити за допомогою комплексного специфічного біохімічного аналізу крові – ФіброТесту, результати якого дають можливість класифікувати популяцію за ймовірною наявністю легкого, середнього або тяжкого фіброзу. Із цього неінвазивного лабораторного дослідження доцільно починати реалізацію алгоритму діагностики. Другим кроком є еластографія печінки (ФіброСкан) – вона має бути виконана в пацієнтів із підозрою на середньотяжкий та тяжкий фіброз за даними ФіброТесту. Якщо значення показника жорсткості печінки за даними еластографії понад 10 кПа, пацієнту має бути виконана біопсія печінки.

! Лікування НАЖХП завжди є комплексним, воно включає як немедикаментозні заходи (зниження ІМТ, модифікація способу життя), так і фармакотерапію (корекція інсулінорезистентності, лікування ЦД, застосування гепатопротекторів та антиоксидантів тощо).

На початкових стадіях НАЖХП украй важливою є дієтотерапія, адже надмірне споживання багаті насиченими жирами їжі є одним з основних тригерів ризику захворювання. Адицити збільшуються в розмірах, стають резистентними до дії інсуліну та починають вивільняти значну кількість вільних жирних кислот у кровотоку. Іншим джерелом вільних жирних кислот є споживання простих вуглеводів (переважно фруктози). Унаслідок цього в печінці активується ліпогенез *de novo*. У цій ситуації пацієнту треба дотримуватися відповідних дієтичних обмежень і змінити харчові звички. Згідно з рекомендаціями EASL/EASD/EASO (2016) в осіб із надмірною масою тіла / ожирінням доцільним є обмеження енергетичної цінності раціону харчування на 30% по відношенню до загальної потреби в енергії (зниження калоражу раціону на 750-1000 ккал на добу). Слід уникати продуктів, що містять значну кількість насичених (тваринних) жирів та транс-жирів (фаст-фуд, тістечка), солодких напоїв із простими цукрами (фруктоза, глюкоза), а також припинити або істотно обмежити вживання алкоголю. Напроти, корисним визнано вживання кави (понад 2 чашок на добу) завдяки її антиоксидантним властивостям. Встановлено, що, з погляду зменшення стеатозу печінки, середземноморський тип харчування має переваги над низькожировою дієтою (Rolls B.J. et al., 2002).

! Систематичний огляд 8 рандомізованих контрольованих клінічних досліджень засвідчив, що фізична активність мобілізує вивільнення жиру з клітин печінки, при цьому найбільш ефективним підходом виявилось комбінування дієтотерапії зі збільшенням фізичної активності (Rolls B.J. et al., 2002).

У пацієнтів з уже сформованим НАСГ і фіброзом печінки лікування має не тільки зосереджуватися на зменшенні ступеня стеатозу печінки, а й впливати на всі метаболічні компоненти патогенезу захворювання (зокрема, на порушення вуглеводного обміну, ожиріння, гіпертензії та дисліпідемії). Такі пацієнти потребують призначення препаратів двох класів: тіазолідиніонів – для зменшення інсулінорезистентності – та вітаміну Е у високих дозах – для антиоксидантного захисту. Ефекти від застосування піоглітазону та вітаміну Е у хворих із гістопатологічно підтвердженим НАСГ (без ЦД 2 типу та ЦП; n=247) вивчалися в ході подвійного сліпого рандомізованого дослідження III фази PIVENS, тривалість якого становила 96 тиж (Mendez-Sanchez N. et al., 2007). Пацієнтам призначався вітамін Е (800 мг) 1 раз на добу, піоглітазон (30 мг) 1 раз на добу або плацебо. Достовірне зменшення стеатозу та зникнення НАСГ на тлі такого лікування зазначалося у 70% пацієнтів. Проте, попри такі обнадійливі результати, безпека тіазолідиніонів при довготривалому застосуванні викликає занепокоєння фахівців через можливий розвиток серйозних небажаних ефектів і збільшення маси тіла. Вітамін Е (800 Од/добу) має кращу переносимість, ніж тіазолідиніони, проте й він здатний викликати певні серйозні небажані явища, а оптимальний час його терапевтичного застосування не визначений.

Згідно з рекомендаціями EASLD у пацієнтів із НАЖХП без НАСГ/фіброзу найважливішим і часто єдиним способом лікування є дотримання правил здорового харчування і підвищена фізична активність.

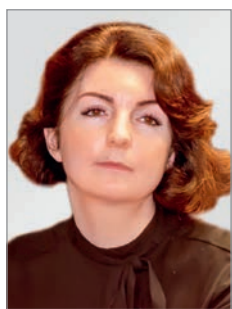
Завжди потрібно лікувати супутні метаболічні захворювання. У пацієнтів із НАСГ із фіброзом печінки або без нього лікування необхідно зосередити на терапевтичному впливі на печінку. Окремої уваги заслуговує численна група пацієнтів із НАЖХП, які або не бажають, або не здатні знизити масу тіла, не погоджуються на біопсію печінки і загалом більше довіряють лікарським засобам, аніж рекомендаціям лікарів щодо немедикаментозної модифікації стилю життя. У таких пацієнтів безпечним варіантом тривалої підтримувальної терапії може бути призначення гепатопротекторів на основі ЕФЛ, що забезпечують належну плинність клітинних мембран та підвищують стійкість гепатоцитів до впливу різноманітних пошкоджуючих факторів. Серед таких препаратів безперечно перевага віддається оригінальному лікарському засобу Ессенціалє® форте Н, який містить високоочищені ЕФЛ (передусім – поліенілфосфатидилхолін), отримані із соєвих бобів.

! За результатами клінічних досліджень лікування НАЖХП/НАСГ із включенням препарату Ессенціалє® форте Н:

- покращує структуру і функцію печінки внаслідок зниження рівнів трансаміназ, зниження або зменшення прогресування жирової інфільтрації;
- зменшує рівні тригліцеридів і холестерину в крові;
- покращує клінічний стан пацієнтів;
- є безпечним і добре переноситься (має позитивне співвідношення користь/ризиків).

Реальна оцінка супутніх захворювань та патернів лікування в пацієнтів із НАЖХП (n=2843) та наявності щонайменше одного метаболічного захворювання (надмірна маса тіла / ожиріння, АГ, ЦД 2 типу, гіперхолестеринемія), які отримували ЕФЛ (1800 мг/добу) в якості допоміжної терапії протягом 6 міс (Маєв І.В. і соавт.), засвідчила, що >80% пацієнтів були надзвичайно або дуже задоволені лікуванням. Застосування ЕФЛ як допоміжного засобу в лікуванні пацієнтів із НАЖХП нещодавно вивчалось у ході рандомізованого проспективного багаторічного дослідження (Dajani A.I. et al., 2015), участь в якому брали 324 пацієнти з лише НАЖХП або НАЖХП із супутніми захворюваннями (ЦД 2 типу, гіперліпідемія). Аналіз отриманих результатів показав, що застосування ЕФЛ в якості нутритивної підтримки призвело до достовірного покращання клінічних параметрів і зниження рівнів сироваткових трансаміназ в усіх пацієнтів з НАЖХП. УЗД та еластографія печінки виявили помірне зменшення її стеатозу.

! Отже, застосовуючи ЕФЛ у пацієнтів із НАЖХП, треба розуміти, що ці препарати можуть бути призначені в якості підтримувальної допоміжної терапії метаболічного синдрому в цілому та НАЖХП як його невід'ємної частини.



Лікар загальної практики – сімейної медицини, лікар-дієтолог ДУ «Інститут серця МОЗ України», асистент кафедри гастроентерології, дієтології і ендоскопії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика (м. Київ), кандидат медичних наук **Наталія Олександрівна Суслова** розповіла про вплив ЕФЛ на стан здоров'я людини.

– Дисліпідемія – неінфекційна пандемія нашого часу, і саме вона є першим кроком на шляху до розвитку НАЖХП. При дисліпідемії спостерігається значуще зростання смертності в пацієнтів із ЦД, ССЗ та хворобами нирок. При цьому саме дисліпідемія, атеросклероз, резистентність до інсуліну, лептинорезистентність, ЦД, ожиріння, зловживання алкоголем є тими епігенетичними чинниками, що, згідно із сучасними уявленнями, визначають ризик розвитку НАЖХП.

Одним з основних принципів лікування більшості хронічних неінфекційних захворювань є цитопротекція – створення або імітація умов для клітини, які дадуть можливість їй вижити. Цитопротекція включає щадний режим, дієту, зв'язування та виведення продуктів розпаду гормонів, енергетичне та пластичне забезпечення клітин, вплив на периферичний кровообіг тощо. Як реальна можливість впливу на стан клітин, що піддаються безпосередньому впливу тих чи інших ушкоджувальних агентів, наразі розглядається

застосування ліпідознижувальних нутрицевтиків, до яких, зокрема, належать фосфоліпіди. Активна фосфоліпідна композиція здатна змінювати активність мембранних білків, а отже – й потенційно може забезпечити нові методи нутритивної корекції метаболічних захворювань. Фосфоліпіди фактично визначають ефективність функціонування кожної клітини людського організму: вони виступають у ролі регуляторів ферментів, впливають на швидкість проведення нервових імпульсів та згортання крові, регулюють діяльність імунних клітин, процеси проліферації та регенерації, мають протизапальну, антиоксидантну та антиапоптотичну активність.

Фосфоліпіди чинять багатогранний вплив на ліпідний обмін. Так, вони сприяють зниженню рівня загального холестерину, ЛПНЩ і тригліцеридів. Фосфатидилхолін є відомим антагоністом холестерину.

Продемонстровано, що ЕФЛ потенційно здатні зменшувати фіброгенне пошкодження печінки (зокрема, на тлі зловживання алкоголем), знижувати інтенсивність апоптозу гепатоцитів та перекисного окислення ліпідів, а також послаблювати суб'єктивну вираженість диспептичних симптомів при захворюваннях печінки. В експериментальних дослідженнях було встановлено, що ЕФЛ чинять прямий вплив на плинність мембрани, забезпечують регенерацію мітохондріальної мембранної цитохромоксидази, зниження акумуляції жиру в печінці, зменшення оксидативного стресу, спричиненого токсинами через ферментативну систему цитохрому CYP2E1, а також прискорений регрес фонового цирозу (Kinger W. et al., 1991; Aleynik S.I., 1999).

! Високоочищені екстраговані ЕФЛ входять до складу відомого у всьому світі препарату Ессенціалє® форте Н, який характеризується такими властивостями (Gundermann K.-J., 2011, 2016; Ушкалова Е.А., 2003):

- надвисокий уміст фосфатидилхоліну;
- висока біодоступність;
- високий профіль безпеки;
- велика доказова база (понад 200 досліджень);
- відсутність лікарської взаємодії з препаратами базисної терапії.

У випадках, коли пацієнти з НАЖХП та супутніми захворюваннями часто безконтрольно приймають цілу низку лікарських засобів (а часто й біологічно активних добавок), фізіологічна нутрицевтична корекція та підтримка за допомогою високоочищених ЕФЛ видається безпечною та цілком допустимою.

! Починаючи з 1988 року було опубліковано 53 клінічних дослідження з вивчення застосування ЕФЛ при НАЖХП, із яких 45 – уже після 2000 року.

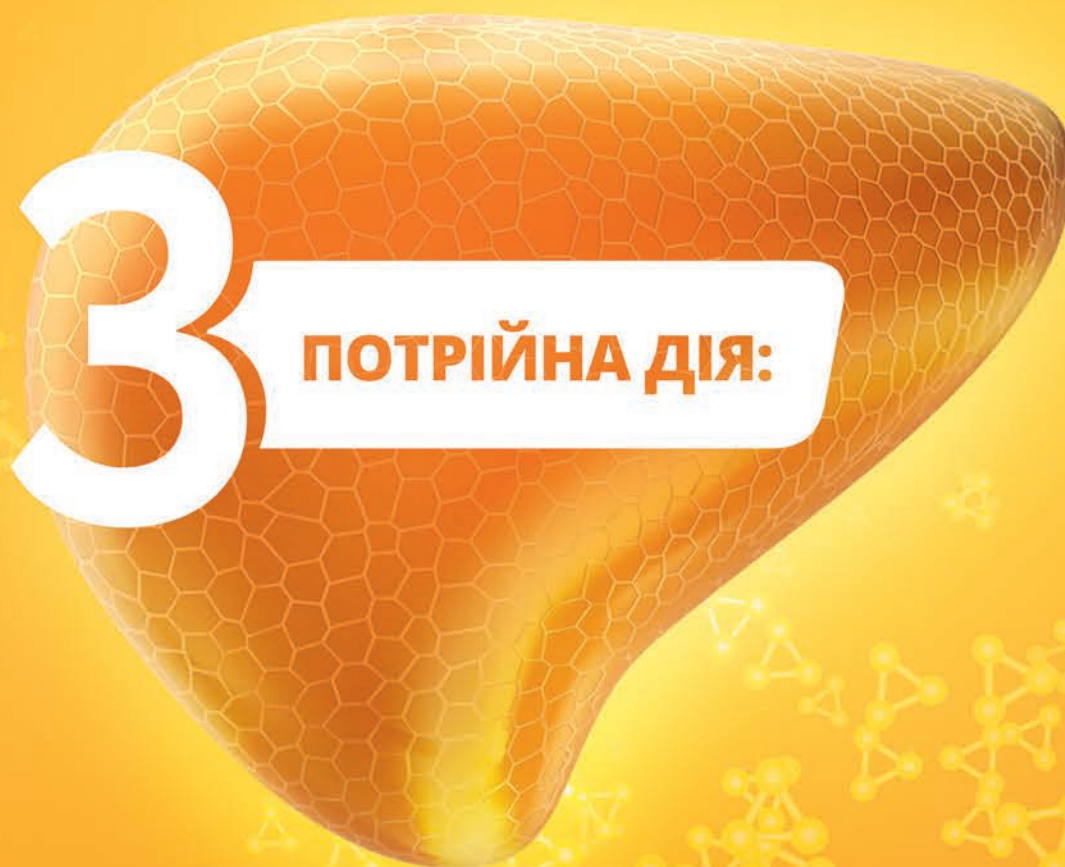
У 2016 р. був виконаний систематичний огляд 25 репрезентативних клінічних досліджень (Gundermann K.-J., 2016). Так, у наглядному дослідженні MANPOWER2018 (n=2483) було показано поліпшення УЗД-картини у 68% пацієнтів, а також значуще зниження АЛТ, АСТ, гамма-глутамілтрансферидази (ГГТ) (p<0,05) на тлі прийому ЕФЛ. У 5 рандомізованих контрольованих дослідженнях (n=410) на тлі застосування ЕФЛ продемонстровано зниження ступеня стеатозу за даними УЗД, комп'ютерної томографії та біопсії печінки порівняно з контрольною групою (плацебо або відсутність терапії). Цитопротекторний вплив ЕФЛ був підтверджений у понад 20 дослідженнях *in vitro* і в 145 – *in vivo* із 43 різними типами експериментальних моделей на 8 видах лабораторних тварин. У тих рандомізованих контрольованих дослідженнях, під час яких було виявлено вплив на стеатоз (Sas et al., 2013; Li, 2000; Yin D., Kong L., 2000; Gonciarz Z. et al., 1988), тривалість прийому ЕФЛ у дозі 1800 мг на добу (600 мг 3 рази на добу) становила 3-6 міс.

Після завершення власне наукової програми відбулась інтелектуальна вікторина, переможцями якої стали лікарі з Івано-Франківська, Луцька, Кременчука, Тернополя та Рівного. Крім того, учасники конференції поставили доповіді багато питань щодо особливостей застосування препаратів на основі ЕФЛ у пацієнтів із НАЖХП і супутньою патологією жовчовивідних шляхів, а також в осіб, що отримують фармакотерапію іншими лікарськими засобами (зокрема, замісну гормональну терапію), та щодо значення ЕФЛ як універсальних мембранопротекторів для всіх клітин організму, впливу гепатопротекторів на показники ліпідного обміну, особливостей діагностики НАСГ та криптогенного ЦП, методів мотивації пацієнтів до дотримання дієти та виконання фізичних вправ, особливостей раціонального харчування, медикаментозних уражень печінки тощо.

Підготувала **Ангела Томічева**



Насолоджуйся життям і далі з Ессенціалє® форте Н



1

ВІДНОВЛЕННЯ

2

НОРМАЛІЗАЦІЯ

3

ОБМІН ХОЛЕСТЕРИНУ



Інструкція для медичного застосування препарату Ессенціалє® форте Н капсули по 300мг. Наказ МОЗ України №1504 від 16.08.2018. Реєстраційне посвідчення в Україні № UA/8682/01/01 від 16.08.2018.

1. Gundermann KJ et.al. Essential phospholipids in fatty liver: a scientific update//Clinical and Experimental Gastroenterology, 2016, №9, p. 105—117. Реклама лікарського засобу для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів та для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. З повною інструкцією можна ознайомитися в інструкції для медичного застосування препарату Ессенціалє® форте Н. ТОВ «Санofi-Авентіс Україна», м. Київ, 01033, вул. Жиланська, 48-50а, тел.: +38 (044) 354 20 00, факс: +38 (044) 354 20 01. www.sanofi.ua

SANOFI 

SAUA.PCH.19.07.0497b