

- Вальдман, Т.А. Воронина, Л.Д. Смирнов и др. // Бюлл. экспер. биол. и мед. – 1985. – №1. – С. 60 – 62.*
- 2. Воронина Т.А. Антиоксидант мексидол. Основные нейрорепродуктивные эффекты и механизм действия / Т.А. Воронина // Психофармакология и биол. наркологи. – 2001. – №1. – С. 2 – 12.*
- 3. Взаимосвязь глюкуроноконъюгации мексидола и особенностей его терапевтического действия у больных с органическим поражением ЦНС / А.К. Сариев, И.А. Давыдова, Г.Г. Незнамов и др. // Эксп. и клин. фармакол. – 2001. – №3. – С. 17 – 21.*
- 4. Кинетика выведения мексидола и его глюкуроноконъюгата с мочой больных / А.К. Сариев, В.П. Жердев, А.А. Литвин и др. // Эксп. и клин. фармакол. – 1999. – №5. – С. 42 – 46.*
- 5. Петрова Т.Н. Фармакокинетика таблетированной лекарственной формы мексидола (экспериментальные и клинические исследования): дис. канд. биол. наук: 14.00.25 / Петрова Татьяна Николаевна. – Москва, 1998. – 108с.*
- 6. Давыдова И.А. Клинико-фармакологические закономерности терапевтического действия препаратов с ноотропными свойствами: автореф. дис. канд. мед. наук: Давыдова Ирина Александровна. – Москва, 2001. – 24с.*

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БЕРЛИТИОНА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

Барташевич Г.М.

ГОУ ВПО УГМА Росздрава РФ

Введение. В 1955г. появились первые сообщения о терапевтических эффектах липоевой кислоты. Были отмечены хорошие результаты применения препарата в лечении болезней печени, сахарного диабета, атеросклероза и ряда интоксикаций. Благодаря свойствам липоевой кислоты восстанавливать запасы глутатиона, предотвращать повреждение митохондрий, высвобождение цитохрома и гибель клеток, обусловленную воздействием ФНО липоевая кислота нашла широкое применение в гастроэнтерологии. Свойства липоевой кислоты подавлять некротические реакции в печени и антиоксидантный эффект способствуют торможению развития фиброза и снижают риск злокачественной трансформации гепатоцитов [1-7].

Берлитион содержит α -липоевую кислоту, которая является ферментативным кофактором окислительного метаболизма в организме. Механизм действия Берлитиона

обусловлен его свойствами: оказывает выраженное антиоксидантное действие – непосредственно инактивирует свободные радикалы, увеличивает клеточный и тканевой уровни глутатиона на 30-70%; имеет антирадикальные свойства, обусловленные противоишемической и антигипоксической активностью; является антагонистом алкоголя; активирует процессы окисления глюкозы, снижает гиперинсулинемию; имеет стимулирующее влияние на энергетический обмен клетки – действует как кофермент энзимного комплекса митохондрий, участвует в процессах деградации и синтеза липидов и белков; проявляет иммуностимулирующее действие путем активации фагоцитарной активности нейтрофильных гранулоцитов, повышения уровня комплемента, Т-хелперов; проявляет детоксическое действие; улучшает кровоснабжение печени [1-7].

Материалы и методы. Работа выполнена на базе поликлиники «ВАШ СЕМЕЙНЫЙ ДОКТОР» (ООО «Форамед», Чапаева 21, Екатеринбург) и ревматологического отделения МУ ГКБ №40, Екатеринбург.

Клинические наблюдения и лабораторно-инструментальные исследования проведены у 52 пациентов в возрасте от 31 до 54 лет с хр. заболеваниями печени. Всем пациентам проводилось исследование б/х показателей (билирубин, АСТ, АЛТ, ГГТП, ЦФ, глюкоза, ХС, общий белок, мочевая кислота, креатинин, мочевины), вирусные маркеры гепатита В и С, ВИЧ, УЗИ бр. полости, ФГС; определен индекс массы тела, алкогольный анамнез, употребление оральных контрацептивов, гепатотоксичных препаратов (метотрексат, сульфосалазин, ГКС, НПВП). Контрольное б/х исследование проводилось через 2 месяца после окончания лечения берлитином.

Результаты и обсуждение. По результатам исследования выявлены следующие нозологические формы: 1). хр. вирусный гепатит В минимальной степени активности -12; 2). стеатогепатит минимальной и умеренной степени активности – 21; 3). лекарственное поражение печени – 8; 4). синдром Жильбера – 3; 4). алкогольное поражение печени – 9.

Всем пациентам на фоне диеты №5 были назначены берлитион по 300мг 2 раза в день, полиферментные препараты. У 10 пациентов в связи с выраженным диспепсическим, болевым, холестатическим и цитолитическим синдромами в течение первых 10 дней Берлитион вводили в/в-капельно с последующим переводом на пероральный приём в выше указанной дозе сроком на 8 недель.

Критерии эффективности лечения больных:- динамика клинических проявлений и результаты биохимических методов исследования:

Клинические проявления до начала лечения: 1). астенический синдром – 43 (82,6%),

2). диспепсический – 40 (76,92%), 3). абдоминально-болевого – 38 (73,07%), 4). гепатомегалия – 48 (92,3%)

Б/х показатели крови, превышающие норму в 1,5-3 раза до начала терапии: 1). АЛТ – 45 (86,53%); 2). АЛТ – 50 (96,15%); 3). ГГТП – 39 (75%); 4). ЩФ – 38 (73,07%); 5). О. билирубин – 29 (55,77%); 6). ХС – 40 (76,92%); 7). Глюкоза – 12 (23,07%).

На фоне проведённой терапии отмечалось значительное улучшение состояния пациентов: повысилась работоспособность, улучшился сон, восстановился аппетит, исчезла тяжесть в правом подреберье, тошнота и горечь во рту, нормализовался цвет кожи и склер. При б/х исследовании была выявлена нормализация показателей печени за исключением 1 пациента. Удалось выяснить, что с целью снижения веса пациент чрезмерно активно посещал фитнес-зал, принимал «белковые коктейли», в результате – в контрольных анализах сохранялись повышенные показатели трансаминаз, ЩФ, но нормализовался уровень билирубина и холестерина.

Вывод. Проведенными исследованиями подтверждены результаты положительного влияния берлитиона у больных хр. гепатитом различной этиологии с улучшением клинического состояния, нормализацией б/х параметров.

Список литературы.

1. *Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения.: Руководство для практикующих врачей / Под ред. В.Т.Ивашкина.- М.: Литтера, 2003.- 1046с.*
2. *Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей / Под ред. В.Т.Ивашкина.-М.: ООО «Издат. дом «М-Вести», 2002.- 416с.*
3. *Избранные разделы внутренней медицины. Том 2. /Под ред. П.А.Сарапульцева.- Екатеринбург: издательство УГМА, 2004.-358с.*
4. *Н.Н.Козачок, М.Н.Селюк. Применение липоевой кислоты в клинической практике*
5. *Ивашкин В.Т., Шульпекова Ю.О. Неалкогольный стеатогепатит. // РМЖ Болезни органов пищеварения 2000 т.2, с.41–45*
6. *М.Карнейро де Мура. Неалкогольный стеатогепатит. // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. 2001, N 3, с.12–15*
7. *Подымова С.Д. Болезни печени 3–е издание. Руководство для врачей. М. Медицина. 1998. 703с.*