



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

11 (61) 2023

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
М.А. АБДУЛЛАЕВА
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ

Н.Н. ЗОЛОТОВА
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
ХАСАНОВА Д.А.
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN
MUSLUMOV (Azerbaijan) Prof. Dr.
DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

11 (61)

2023

ноябрь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.37-085.355

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ФЕРМЕНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ И СТЕАТОЗОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Жабборова Д.Х.,¹ Юлдашева Г.Р.²

¹Ташкентский государственный стоматологический институт Узбекистан, Ташкент, улица
Тараққиёт, 103 тел: +998(71) 230-20-72 E mail: info@tsdi.uz

²Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при
Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан, город Ташкент, Мирзо Улугбекский
район, улица Паркентская, 51 Телефон: +998 (71) 268-17-44 E-mail: info@tipme.ru

✓ Резюме

Проведенное исследование на 60 больных с неалкогольной жировой болезнью печени и стеатозом поджелудочной железы в сочетании экзокринной недостаточности поджелудочной железы показало, что применения заместительной ферментной терапии с препаратом Креон 25 Ед болевой синдром купировался, уменьшилось содержание нейтрального жира и жирных кислот в кале. На фоне заместительной ферментной терапии, больные субъективно стали чувствовать себя лучше, уменьшились жалобы на метеоризм, нормализовался стул. В результате проведенного клинического исследования пациенты и специалисты пришли к заключению, что применения Креон 25 Ед является, эффективным методом при лечении не только экзокринной недостаточности поджелудочной железы, но и при других патологических состояниях, которые сопровождаются нарушением пищеварения, особенно когда имело место выраженный болевой синдром.

Ключевые слова: неалкогольная жировая болезнь печени, стеатоз поджелудочной железы, экзокринная недостаточность поджелудочной железы, абдоминальный синдром

НОАЛКОГОЛ ЖИГАР ЁҒЛИ КАСАЛЛИГИ ВА МЕЪДА ОСТИ БЕЗИ СТЕАТОЗИДА ЎРИН БОСУВЧИ ФЕРМЕНТ ТЕРАПИЯНИ ҚЎЛЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

¹Жабборова Д.Х., ²Юлдашева Г.Р.

¹Тошкент Давлат стоматология институти Ўзбекистон, Тошкент ш., Тараққиёт кўчаси, 103-
уй Тел: +998(71) 230-20-72 Электрон почта: info@tsdi.uz

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги

²Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш маркази Ўзбекистон Тошкент ш.,
Мирзо Улғбек тумани, Паркентская кўчаси 51-уй Тел: +998 (71) 268-17-44 E-mail:
info@tipme.uz

✓ Резюме

Ноалкогол жигар ёғли касаллиги ва ошқозон ости бези стеатози билан ошқозон ости безининг экзокрин этишмовчилиги мавжуд 60 та беморда ўтказилган текширувга кўра, Креон 25 Ед билан ўрин босувчи ферментатив даволаш фонида озгирк синдроми йўқолган, ахлат таркибидаги нейтрал ёғ ва ёғ кислоталари камайган. Комплекс даволаш фонида беморлар ўзини яхши ҳис қила бошлаган, метеоризмга шикоятлари камайган, ич келиши нормаллашган. Клиник текширув натижаларига кўра, беморлар ва мутахассислар шундай хулосага келишди, Креон 25 Ед ўрин босувчи ферментатив давода бирга қўллаш фақатгина билиар паталогияни даволашда самарадор эмас, балки бошқа овқат ҳазм қилиш функцияси бузилиши билан кечувчи паталогияларда ҳам самарадордир, асосан, яққол озгирк синдроми билан кечувчи ҳолларда.

Калит сўзлар: ноалкогол жигар ёғли касаллиги, ошқозон ости бези стеатози, ошқозон ости безининг экзокрин этишмовчилиги, абдоминал синдром

ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF USE OF ENZYME REPLACEMENT THERAPY IN PATIENTS WITH NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE AND PANCREATIC STEATOSIS

¹Zhabborova D.H., ²Yuldasheva G.R.

¹Tashkent State Dental Institute Uzbekistan, Tashkent, Tarakkiyot street, 103 Tel: +998(71) 230-20-72 E mail: info@tsdi.uz

²Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Tashkent city, Mirzo Ulugbek district, Parkentskaya street, 51 Phone: +998 (71) 268-17-44 E-mail: info@tipme.ru

✓ Resume

A study of 60 patients with non-alcoholic fatty liver disease and pancreatic steatosis in combination with exocrine pancreatic insufficiency showed that the use of enzyme replacement therapy with the drug Creon 25 U stopped the pain syndrome, and the content of neutral fat and fatty acids in the feces decreased. With enzyme replacement therapy, patients subjectively began to feel better, complaints of flatulence decreased, and stool returned to normal. As a result, of the clinical study, patients and specialists came to the conclusion that the use of Creon 25 U is an effective method in the treatment of not only exocrine pancreatic insufficiency, but also other pathological conditions that are accompanied by digestive disorders, especially when there was severe pain.

Keywords: *non-alcoholic fatty liver disease, pancreatic steatosis, exocrine pancreatic insufficiency, abdominal syndrome*

Актуальность

В настоящее время метаболический синдром (МС) расценивается как полиморбидное состояние, предрасполагающие к возникновению сопутствующих заболеваний, в том числе - атеросклероза, сахарного диабета (СД), неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) и стеатоза поджелудочной железы (СПЖ). СПЖ - относительно новое, но, вероятно, широко распространенное заболевание, которое можно рассматривать как панкреатическое проявление МС. НАЖБП и СПЖ имеют сходные патогенетические механизмы: эти патологии возникают на фоне МС, системной инсулинорезистентности (ИР), окислительного стресса, изменения метаболизма липидов. СПЖ имеет различные метаболические последствия (ИР, СД 2-го типа, НАЖБП) и ассоциирован с развитием и прогрессированием тяжелых заболеваний поджелудочной железы (ПЖ) [6,8].

Полученные нами данные показывают, что при СПЖ чаще всего выявляется экзокринная недостаточность поджелудочной железы (ЭНПЖ). Как известно, нарушения внешнесекреторной функции ПЖ вовлекает в патологический процесс и внутрисекреторной отдел ПЖ. Коррекция функции ПЖ у больных с НАЖБП и СПЖ будет препятствовать развитию вышеуказанных патологических механизмов и уменьшать их взаимное отягощение. Рекомендации НОГР (Национальное Общества гастроэнтерологов России) по диагностике и лечению ЭНПЖ (2011) включают в основные группы препаратов, в том числе и полиферментные препараты. Ферментный препарат восполняет дефицит ферментов ПЖ (липазы, амилазы и протеазы), которые гидролизуют соответственно растительные и животные жиры (до глицерина и жирных кислот), полисахариды (до декстринов и моносахаридов) и белки (до дипептидов и аминокислот), способствуя более полному всасыванию пищевых веществ в тонком кишечнике. Улучшает процессы пищеварения.

Специальная лекарственная форма минимикросферического препарата позволяет избежать снижения активности ферментов вследствие инактивации желудочным соком. Гранулы препарата, содержащиеся в капсуле и имеющие кислотоустойчивое покрытие, равномерно перемешиваются с содержимым желудка и попадают в двенадцатиперстную кишку. Быстрое высвобождение и активизация ферментов начинается в ее слабокислой или нейтральной среде, где распадается покрытие гранул.

Гранулы стабильны в желудочной среде при pH ниже 5,5. Устойчивы в присутствии желудочного сока в течение 45 мин. Высвобождение ферментативной активности при pH 6

составляет 75 - 100% в течение 1 ч, при pH 6,8 - 100% в течение 30 мин, при pH 8 - полное высвобождение за 15 мин. Выбор Креона для лечения больных с ЭНПЖ обусловлен его формой выпуска, определяющей высокую биодоступность и эффективность препарата (минимикросферический панкреатин), а также способностью панкреатинов обеспечивать торможение панкреатической секреции посредством дуоденопанкреатического механизма обратной связи. Безусловно, эффективность препарата должна сочетаться с безопасностью его приема.

Цель исследования: оценить эффективность заместительной ферментной терапии у больных с НАЖБП и СПЖ.

Материал и методы

Для оценки эффективности выбранной нами терапии сформированная группа наблюдения (60 больных с НАЖБП+СПЖ) были разделены на 2 группы в зависимости от получаемой терапии. В первую группу вошли 30 пациентов, получавших традиционную терапию с препаратом таблетированного панкреатина в течение 2 нед. Во вторую группу вошли 30 пациентов, получавших в составе комплексной терапии Креона 75 Ед/сут. (3 раза в день, во время пищи). Группы были уравновешены по полу, индексу массы тела и сопутствующей патологии.

Для верификации диагноза всем больным выполнено трансабдоминальное ультразвуковое исследование и ЭГДФС для исключения других заболеваний пищеварительной системы. Активность воспалительного процесса оценивалась на основании показателей клинического анализа крови, активности амилазы в сыворотке крови и моче, С-реактивного белка аланиновой и аспарагиновой трансаминаз (АЛТ и АСТ). Для определения возможного холестаза изучались показатели общего и прямого билирубина, щелочной фосфатазы (ЩФ), гаммаглутамилтранспептидазы (ГГТП). При изучении трофологического статуса пациентов из лабораторных показателей учитывались сывороточный общий белок, альбумин, холестерин, триглицериды, липопротеиды низкой и очень низкой плотности, рассчитывалось абсолютное количество лимфоцитов.

Для оценки изменений внешнесекреторной функции ПЖ всем больным проводилось изучение копрограммы. Для оптимизации исследования и выявления скрытой стеатореи за три дня до исследования больным назначалась диета с содержанием жира 70-80г/сут и отменялись ферментные препараты.

Изучение концентрации фекальной эластазы I в настоящее время признается наиболее высокоинформативным методом неинвазивной диагностики внешнесекреторной функции ПЖ. Отличаясь высокой устойчивостью панкреатическая эластаза не разрушается при прохождении по пищеварительному тракту. На концентрацию панкреатической эластазы в кале практически не влияет наличие у пациента каких-либо сопутствующих заболеваний. Перорально принятые ферментные препараты также не влияют на концентрацию фекальной эластазы, поскольку определяется лишь эндогенная человеческая эластаза.

Концентрация панкреатической эластазы I в стуле пациентов определялась методом иммуноферментного анализа (ELISA). Исследования проводились в биохимической лаборатории кафедры «Клиническая лаборатория» ЦРПКМР с использованием тестов фирмы «ScheBo Biotech».

При данном методе нормальная экзокринная функция ПЖ соответствовала содержанию фекальной эластазы от 200 до 500 мкг/г и выше; легкая и средняя степень недостаточности 100-200 мкг/г; тяжелая экзокринная недостаточность менее 100мкг/г.

При анализе жалоб больных выделялись следующие основные клинические симптомы: боль, диспепсия, метеоризм, нарушение стула, диарея или запор, потеря массы тела.

Динамику болевого абдоминального синдрома оценивали по методике субъективной оценки выраженности болевого синдрома, который оценивался по интенсивности, локализации, иррадиации, по характеру и длительности, связи с приемом пищи и алкоголя.

Оценка качества жизни пациентов выполнялась при помощи стандартного опросника SF-36. 1 группа (30) больных, принимали по 2 таблетки панкреатина в энтеросолюбильной оболочке 3 раза в сутки, во время еды, 2 группа (30) больных принимали Креон 25 Ед по 1 капсулы 3 раза в день во время еды.

Результат и обсуждение

До начала клинических исследований жалобы на болевой абдоминальный синдром различной локализации и интенсивности предъявляли все 60 пациентов. Все они (100 %) жаловались на боль в надчревной области и значительное число пациентов (60%) отмечали наличие болевого синдрома в правом и левом подреберье, чаще после приема пищи или через несколько часов после еды.

У всех больных (100 %) имели место жалобы на метеоризм, у 90 % исследованных больных - на учащенный, слабооформленный стул, при этом наличие в каловых массах непереваренных волокон, жирного блеска (критерии стеа- и амилотореи) отмечали 85% пациентов.

При анализе изменений лабораторных показателей на фоне комплексной терапии (Креон 25 Ед) было установлено, что нейтральный жир выявлен в кале у 16 пациентов, жирные кислоты — у 13, которые на 21 день лечения были устранены у 65% больных. У 19 больных, исследуемых было обнаружено снижение активности эластазы-1 в кале. После проведенного лечения с Креоном (на 10 день у 55% и 21 день - у 30% пациентов) активность эластазы-1 в кале у 85 % пациентов имела тенденцию к нормализации, что коррелирует с исчезновением болевого абдоминального синдрома, тогда как в первой группе больных, получавших таблетированный панкреатин значительных изменений как до, так и после курса лечения не наблюдалось. После проведенного лечения препаратом Креона 25 Ед болевой синдром купировался у 55 % через 10 дней и у остальных 45% участников исследования на 21 день лечения. Метеоризм, отмечавшийся у 30 больных в начале лечения, в ходе проводимой терапии исчез у 20% больных первой группы и 92% пациентов второй группы. Признаки учащенного стула нормализовались у 45% первой и 75% пациентов второй группы. Стеаторея исчезла у 40 % больных контрольной, против 89% основной группы.

Исследование показателей содержания эластазы в кале до лечения показало ее тенденция к снижению в обеих группах пациентов: в основной группе соответствующий показатель составил $194,5 \pm 27,3$ мкг/г, а в группе сравнения - $201,6 \pm 12,8$ мкг/г. ($p > 0,05$). После проведенного комплексного лечения показатели эластазы в кале составили $210,3 \pm 17,2$ мкг/г в первой группе и $256,6 \pm 18,2$ мкг/г во второй группе больных.

Значительное улучшение показателей качества жизни в основной группе, по сравнению с первой, вероятно, связано с более быстрым и эффективным купированием болевого и диспепсического синдромов, о чем свидетельствуют показатели боли (BP), физического функционирования (RF) и общего здоровья (GH). Детальная оценка критериев качества жизни больных 2 группы, позволяет заключить, что применения в комплекс лечения препарата Креон 25 Ед, способствует значительному улучшению качества жизни пациентов. За период лечения побочных эффектов не отмечалось.

Проведенное нами исследование показало, что на фоне комплексной терапии с препаратом Креон 25 ЕД болевой синдром купировался, уменьшилось содержание нейтрального жира и жирных кислот в кале. В результате проведенного клинического исследования пациенты и специалисты пришли к заключению, что применения заместительной ферментной терапии с препаратом Креон 25 Ед является эффективным методом при лечении не только ЭНПЖ, но и при других патологических состояниях, которые сопровождаются нарушением пищеварения, особенно когда имело место выраженный болевой синдром.

Выводы

1. В ходе исследования выявлена высокая терапевтическая эффективность применения минимикросферического панкреатин, при ЭНПЖ с болевым синдромом у больных с НАЖБП и СПЖ
2. Для эффективного лечения ЭНПЖ со СПЖ сопровождающимся болевым синдромом длительность курса применения минимикросферический панкреатин 75Ед/сут., длительностью не менее 2 нед.
3. Применение в заместительной ферментной терапии минимикросферический панкреатин 25 Ед, способствует значительному улучшению качества жизни пациентов с НАЖБП и СПЖ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Белоусова Е.А., Никитина Н.В., Мишуrowsкая Т.С., Цодиков Г.В. Синдром абдоминальной боли при хроническом панкреатите // Фарматека. 2007;29-34.
2. Клинические рекомендации Научного общества гастроэнтерологов России - Rotonya M. Carr, MD, Amanke Oranu, MD, and Vandana Khungar, MD Non- alcoholic fatty liver disease: Pathophysiology and management, // MScGastroenterol Clin North Am. 2016 Dec; 45(4):639-652.
3. Fang Y.L., Chen H., Wang C.L., Liang L. Pathogenesis of non-alcoholic fatty liver disease in children and adolescence: from “two hit theory” to “multiple hit model”. // World J Gastroenterol. 2018;24:2974-83. DOI: 10.3748/wjg.v24.i27.2974
4. Nair R.J., Lawler L., Miller M.R. Chronic Pancreatitis // Am Fam Physician. 2007;76(11):1679-1688.
5. Xian Y.X., Weng J.P., Xu F. MAFLD vs. NAFLD: shared features and potential changes in epidemiology, pathophysiology, diagnosis, and pharmacotherapy. // Chin Med J. 2020;134:8-19.
6. Parthasarathy G., Revelo X., Malhi H. Pathogenesis of Nonalcoholic Steatohepatitis: An Overview. // Hepatology Communications. 2020;4(4):478-92. DOI: 10.1002/hep4.1479

Исследования проводилась без финансового поддержки производителей

Поступила 20.10.2023

