

КОМБИНИРОВАННАЯ СХЕМА С ПРЕПАРАТАМИ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ И МЕБЕВЕРИНА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Юрий Павлович Успенский^{1, 2}, Юлия Александровна Фоминых^{1, 2}, Наталья Владимировна Барышникова^{1, 2, 3}, Рустам Мурадович Ниязов², Кямаля Низамитдиновна Наджафова¹, Ольга Александровна Башкина⁴, Наида Адалат кызы Иманвердиева⁴

¹ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2

² Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8

³ Институт экспериментальной медицины. 190000, Санкт-Петербург, ул. Академика Павлова, д. 12Д

⁴ Астраханский государственный медицинский университет. 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121

E-mail: kyamalyok@yandex.ru

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: метаболический синдром; урсодезоксихолевая кислота; мебеверин.

Введение. Согласно современным представлениям о патогенезе метаболического синдрома (МС), его важными составляющими считаются не только канонические кластеры, но и нарушения со стороны работы печени, а также изменения моторной функции желудочно-кишечного тракта.

Целью данной работы было оценить эффективность и безопасность приема универсального гепатопротектора на основе урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) (препарат Эксхол 500 мг) и селективного спазмолитика на основе мебеверина (препарат Спарекс 200 мг) у пациентов с МС.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 70 пациентов с МС, согласно рекомендациям Всероссийского научного общества кардиологов 2009 г., необходимо наличие основного критерия — абдоминального ожирения — и любых двух дополнительных критериев.

Первая группа — пациенты с МС, у которых присутствуют диспептические жалобы, связанные с патологией печени и желчевыводящих путей, а также по данным ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости выявлены признаки стеатоза печени и/или гепатомегалия, деформация и/или утолщение стенки желчного пузыря, присутствие осадка и/или хлопьев в желчи. А. Первая подгруппа (15 пациентов) — больные получали рекомендации по модификации образа жизни, соблюдению гипокалорийной диеты и дополнительно принимали УДХК (Эксхол 500 мг) перорально в дозе из расчета 10 мг/кг массы тела 2 раза в сутки в течение 3 месяцев. Б. Вторая подгруппа (15 пациентов) — больные получали только рекомендации по модификации образа жизни, соблюдению гипокалорийной диеты.

Вторая группа — пациенты с МС, имеющие признаки болевого абдоминального синдрома, кишечной диспепсии. А. Третья подгруппа (20 пациентов) — больные получали рекомендации по модификации образа жизни, соблюдению гипокалорийной диеты и дополнительно принимали мебеверин (Спарекс 200 мг) по 1 капсуле 2 раза в сутки за 20 минут до еды в течение 1 месяца. Б. Четвертая подгруппа (20 пациентов) — больные получали только рекомендации по модификации образа жизни, соблюдению гипокалорийной диеты.

Всем пациентам до и после лечения проводился стандартизированный опрос для оценки характера жалоб и их динамики с помощью опросника для оценки гастроэнтерологических жалоб, включая диспепсию и абдоминальный болевой синдром (шкала GSRS — Gastrointestinal Symptom Rating Scale). Пациентам первой группы дополнительно проводилось УЗИ органов брюшной полости, расширенный биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, ЩФ, билирубин). Пациентам второй группы дополнительно выдавался опросник для оценки боли по визуальной шкале интенсивности боли, проводилась фиброколоноскопия (ФКС) до лечения с целью исключения органической патологии толстой кишки.

Результаты. Исходно у пациентов первой группы (n=30, пациенты с МС, у которых присутствуют диспептические жалобы, связанные с патологией печени и желчевыводящих путей)

наиболее выраженными являлись признаки диспепсии, преобладая над проявлениями абдоминальной боли. В биохимическом анализе крови у всех пациентов были выявлены изменения: у 37% (n=11) больных зарегистрированы повышение уровня АЛТ, у 83% (n=25) — изменения липидограммы (повышение триглицеридов и/или липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и/или понижение липопротеидов высокой плотности), у 23% (n=7) — повышение уровня глюкозы натощак.

До лечения у пациентов второй группы (n=40, пациенты МС, имеющие признаки болевого абдоминального синдрома, кишечной диспепсии) в клинической картине преобладал абдоминальный болевой синдром со средним баллом по визуальной шкале интенсивности боли $6,8 \pm 1,7$ см в третьей подгруппе и $6,9 \pm 2,1$ см в четвертой подгруппе. При проведении ФКС органических изменений в толстой кишке, которые могут быть причиной развития абдоминального болевого синдрома, выявлено не было. После лечения у пациентов первой подгруппы (прием Эксхола 500 мг) наблюдалось более быстрое и значимое уменьшение жалоб по сравнению со второй подгруппой.

После лечения у пациентов третьей подгруппы (прием Спарекса 200 мг) наблюдалось более быстрое и значимое купирование жалоб по сравнению с четвертой подгруппой, а также существенное снижение интенсивности боли по визуальной шкале. По данным биохимического анализа крови в первой подгруппе наблюдалась нормализация уровня АЛТ, ТГ, ЛПНП. По результатам УЗИ органов брюшной полости отмечалось исчезновение осадка и хлопьев в желчи, однако достоверного уменьшения признаков стеатоза печени выявлено не было, что может быть связано с ограниченным периодом наблюдения (3 месяца). При оценке нежелательных явлений у одного пациента в первой подгруппе имело место усиление тошноты со второго дня приема препарата Эксхол 500 мг, которое прошло самостоятельно, без изменения режима и схемы терапии на четвертый день. Серьезных нежелательных явлений зарегистрировано не было.

Выводы. МС является мультидисциплинарной проблемой и требует разносторонних подходов к терапии. Комбинация гепатопротектора на основе УДХК Эксхол и спазмолитика на основе мебеверина Спарекс обладает высокой эффективностью и безопасностью и может применяться в комплексном лечении данной категории больных.