



Гепатопротекторы в лечении поражений печени у пациентов с метаболическим синдромом

В последние годы проблема поражений печени различной этиологии стала необычайно актуальной. Причин тому несколько. Во-первых, по мере появления новых препаратов для лечения различных заболеваний и включения этих средств в клиническую практику увеличивается и лекарственная нагрузка на организм пациентов. Во-вторых, в популяции до сих пор широко распространены проблемы алкоголизма, наркомании, хронических инфекционных гепатитов. И, наконец, не следует забывать о таком важном и распространенном факторе риска развития стеатоза печени и стеатогепатита, как избыточный вес. Вне зависимости от того, идет ли речь об алкогольной болезни печени или о поражении этого органа вследствие метаболических нарушений, больной нуждается в препаратах группы гепатопротекторов, подобранных с учетом особенностей организма пациента. Обсуждению роли немецкого препарата Резалют® в лечении больных, у которых поражение печени сопровождается метаболическим синдромом, был посвящен сателлитный симпозиум «Стеатоз печени и поджелудочной железы через призму развития и прогрессирования метаболического синдрома», состоявшийся 10 октября 2011 г.

Новые технологии разработки современных гепатопротекторов на основе природных соединений



Профессор
Ю.П. Успенский

Свое выступление, посвященное новым технологиям разработки гепатопротективных препаратов, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней с курсами нутрициологии и клинического пита-

ния СПбГМА им. И.И. Мечникова Ю.П. УСПЕНСКИЙ (д.м.н., член правления Научного общества гастроэнтерологов России) начал с обсуждения проблемы алкоголизма, тесно связанной с заболеваниями печени. Этот вопрос сегодня крайне актуален, поскольку злоупотребление спиртным является одной из ведущих причин развития болезней печени наряду с такими этиологическими факторами, как влияние неблагоприятной экологической среды, инфекции, генетическая предрасположенность. Среди причин развития стеатозов и стеатогепатитов алкоголизм занимает лидирующую позицию. Как известно, алкоголь заглушает чувство тревоги, помогает почувствовать себя более раскованным и общительным. Однако не следует забывать, что если одно-

разовый прием алкоголя обладает анксиолитическим действием, то долговременное его употребление способствует усилению тревожности и ухудшению общего психологического состояния. Именно эта двойная природа алкоголя и лежит, по мнению профессора Ю.П. Успенского, в основе формирования зависимости от спиртных напитков. Следует также помнить, что спиртные напитки пагубно влияют не только на психику человека, но и на состояние внутренних органов, в первую очередь печени (табл. 1). Гепатотоксический эффект алкоголя дозозависим: чем большее количество алкоголя человек принимает в сутки, тем выше риск развития и прогрессирования поражений печени. При этом важна и концентрация этанола в употребляемом спиртном: чем выше содержание спирта в напитке, тем выше риск развития алкогольной болезни печени (АБП). Ю.П. Успенский отметил, что основные формы АБП – стеатоз, гепатит

«Стеатоз печени и поджелудочной железы через призму развития и прогрессирования метаболического синдрома»

и цирроз – по существу являются стадиями одного и того же заболевания, которое усугубляется, если пациент продолжает принимать алкоголь в гепатотоксичных дозах. Наличие у больного вирусного гепатита ускоряет темпы развития цирроза.

Немаловажную роль в развитии поражений печени играет употребление так называемых продуктов быстрого питания. То же можно

сказать и о нерациональном использовании антибиотикотерапии, которое привело к изменению сформировавшихся в процессе эволюции взаимоотношений человеческого организма с бактериями-симбионтами. Нарушение качественного и количественного состава кишечной микробиоты увеличивает риск развития метаболического синдрома (рис. 1), ведь в норме бактерии, присутствующие в кишечнике, способствуют экскреции холестерина или окислению его до жирных кислот, защищая организм от дислипидемии и ожирения. Итак, факторы, негативно влияющие на состояние печени и организма в целом, известны. А существуют ли методы уменьшения этого вредного воздействия? Конечно, в первую очередь это отказ от употребления алкоголя, нормализация рациона и тому подобные мероприятия. Однако полностью элиминировать неблагоприятный фактор не всегда возможно, идет ли речь о вирусных гепатитах или просто об особенностях образа жизни пациента.

Улучшить состояние печени можно при помощи препаратов, известных под общим названием гепатопротекторов. Эти средства повышают функциональную способность печени к синтезу, дезинтоксикации и выведению различных биологических продуктов, кроме того, гепатопротекторы поддерживают устойчивость гепатоцитов к различным патогенным воздействиям.

На фармацевтическом рынке сегодня представлен целый ряд гепатопротективных препаратов разного происхождения, чаще всего встре-

Таблица 1. Риск развития алкогольного стеатогепатита и цирроза печени при регулярном употреблении алкоголя*

Алкоголь, г/сут	n	АСГ, n (%)	Цирроз, n (%)	Odds ratio	
				гепатит	цирроз
< 30	2666	13 (0,5)	4 (0,15)	–	–
31–60	745	14 (1,8)	8 (1,0)	7,5	10,9
61–90	276	14 (4,7)	7 (2,3)	20,2	25,0
91–120	132	5 (3,5)	7 (4,9)	25,1	52,9
> 120	122	11 (7,8)	8 (5,7)	35,8	62,3

* Bellentani S., Saccoccio G., Costa G., Tiribelli C., Manenti F., Sodde M., Saveria Crocè L., Sasso F., Pozzato G., Cristianini G., Brandi G. Drinking habits as cofactors of risk for alcohol induced liver damage. The Dionysos Study Group // Gut. 1997. Vol. 41. № 6. P. 845–850.



Рис. 1. Механизмы влияния кишечной микрофлоры на развитие ожирения*

* DiBaise J.K., Zhang H., Crowell M.D., Krajmalnik-Brown R., Decker G.A., Rittmann B.E. Gut microbiota and its possible relationship with obesity // Mayo Clin. Proc. 2008. Vol. 83. № 4. P. 460–469.

чаются гепатопротекторы растительного и животного происхождения, а также в отдельную большую группу выделены препараты на основе эссенциальных фосфолипидов (ЭФЛ). К сожалению, большая часть традиционно применяемых в медицине средств на основе трав или веществ животного происхождения не обладает достаточной доказательной базой, благоприятные эффекты некоторых из этих препаратов выражаются лишь в улучшении биохимических показателей или вовсе отсутствуют. Более того, в ряде случаев применение гепатопротекторов животного происхождения связано с опасностью инфицирования пациента вследствие

недостаточной микробиологической чистоты препарата. Этим недостатком лишены препараты ЭФЛ, получаемые из бобов сои.

В народной медицине соя используется в течение многих веков, а эссенциальные фосфолипиды для предотвращения ожирения печени стали применять еще в 30-х годах прошлого века и несколько позже – в комплексной терапии заболеваний сердечно-сосудистой системы. Эссенциальные фосфолипиды способны встраиваться в поврежденные клеточные мембраны гепатоцитов, что способствует восстановлению и сохранению клеточной структуры печени и ее фосфолипидзависимых энзиматических систем. На



Рис. 2. Модель алкогольных поражений печени у обезьян, разработанная Ch.S. Lieber и соавт. в Медицинском центре Нью-Йорка

фоне приема ЭФЛ нормализуются функции печени и ферментная активность гепатоцитов, улучшается метаболизм нейтральных жиров и холестерина, а также замедляются процессы фиброобразования печени. Однако в составе природного лецитина содержание активной субстанции – фосфатидилхолина – относительно невелико, не более 20%, именно поэтому еще в 50-х годах XX века была разработана технология, позволяющая производить препараты эссенциальных фосфолипидов на основе полиненасыщенного фосфатидилхолина, причем долю последнего удалось увеличить до 76%. При этом препараты, изготовленные при помощи данной технологии, обладают всеми преимуществами натуральных средств: высокая безопасность, практически полное отсутствие побочных эффектов и лекарственных взаимодействий. Кроме того, к препаратам на основе полиненасыщенного фосфатидилхолина не вырабатывается толерантность, а значит, отсутству-

ет необходимость в коррекции доз. Препараты на основе ЭФЛ имеют серьезную доказательную базу. Профессор Ю.П. Успенский привел следующие цифры: всего в мире было проведено 121 экспериментальное и 217 клинических исследований эффективности эссенциальных фосфолипидов. В ходе клинических исследований использовались клинические, биохимические и гистологические методы, а также электронная микроскопия; в различных исследованиях участвовали пациенты с хроническими гепатитами, жировой инфильтрацией, фиброзом и циррозом печени, а также больные, перенесшие печеночную кому.

В качестве примера работы, наглядно продемонстрировавшей эффективность применения эссенциальных фосфолипидов при злоупотреблении алкоголем, Ю.П. Успенский привел работу Чарльза Либера (Ch.S. Lieber) и соавт., введших в рацион павианов гепатотоксичные дозы алкоголя и наблюдавших за развитием у них поражений печени. В этом исследовании было наглядно показано, что эссенциальные фосфолипиды достоверно замедляют темпы прогрессирования негативных морфологических изменений печени и препятствуют развитию фиброза (рис. 2).

Безусловно интересным является исследование Клауса Нидерау (C. Niderau) и соавт. (1998), показавших, что одновременное назначение альфа-интерферона и препаратов на основе эссенциальных фосфолипидов пациентам с хроническими гепатитами В и С повышает вероятность ответа на противовирусную терапию¹.

В ходе своего выступления профессор Ю.П. Успенский остановился на еще одном важном аспекте назначения ЭФЛ, на этот раз не связанном непосредственно с работой печени. Дело в том, что естественными источниками веществ данной группы

являются продукты с высоким содержанием холестерина. Если же человек соблюдает гипохолестериновую диету, ограничивает потребление яиц, красного мяса и тому подобных продуктов, он нуждается в дополнительных источниках ЭФЛ. «В этом случае, – подчеркнул Ю.П. Успенский, – эссенциальные фосфолипиды можно рассматривать как функциональное питание». Итак, препараты эссенциальных фосфолипидов давно и прочно заняли место в арсенале гепатологов, гастроэнтерологов, инфекционистов и врачей других специальностей. Одним из новых препаратов этой группы является Резалют®. Чем же он отличается от своих предшественников? Профессор Успенский назвал два отличия данного средства: во-первых, в нем не используются потенциально опасные для печени красители и стабилизаторы, а во-вторых, что важнее, при производстве препарата Резалют® используется жидкий азот, а не кислород, что позволяет избежать образования гидроперекисей и сохранить свойства нативного продукта. Благодаря новейшей технологии производства Резалют® оказался, с одной стороны, безопасным, а с другой – очень эффективным средством. Кроме того, присущие ему отличительные свойства позволили зарегистрировать для него еще одно показание: Резалют® используется для лечения дислипидемии. Назначение его одновременно со статинами позволяет снизить дозу последних, а в некоторых случаях и вовсе отказаться от использования препаратов данной группы.

Итак, Резалют® является не просто гепатопротектором, а препаратом, обладающим огромным терапевтическим потенциалом, который можно использовать не только в терапии алкогольных и неалкогольных форм болезни печени, но и для нормализации липидного профиля. При этом понимание механизмов, лежащих в основе действия данного препарата, является важным условием успешного использования препарата в клинической практике.

¹ Niderau C., Strohmeyer G., Heintges T., Peter K., Göpfert E. Polyunsaturated phosphatidyl-choline and interferon alpha for treatment of chronic hepatitis B and C: a multi-center, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Leich Study Group // Hepatogastroenterology. 1998. Vol. 45. № 21. P. 797–804.

«Стеатоз печени и поджелудочной железы через призму развития и прогрессирования метаболического синдрома»

Стеатоз поджелудочной железы: клинические примеры и практические рекомендации



Открывая свое выступление, профессор О.С. ШИФРИН (зав. отделением хронических заболеваний кишечника и поджелудочной железы Клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н.) кратко изложил некоторые важные аспекты развития и течения липоматоза поджелудочной железы. В частности, он рассказал о выявленной еще в 1978 г. корреляции между наличием липоматоза, избыточным весом и сахарным диабетом 2 типа. Более поздние исследования показали увеличение внутридолькового и общего содержания жира в поджелудочной железе у тучных мышей, что коррелировало с результатами работ, еще в начале XX века установивших взаимосвязь между массой поджелудочной железы и весом тела у людей. Кроме того, у мышей с избыточным весом отмечалось повышение уровня триглицеридов, холестерина и фактора некроза опухолей, что позволяет рассматривать панкреатическое ожирение как фактор развития воспалительной ткани поджелудочной железы (неалкогольного стеатопанкреатита).

О.С. Шифрин рассказал собравшимся об исследовании, которое он провел совместно с коллегами. Из

720 больных, направленных с диагнозом «обострение хронического панкреатита», были выделены группы пациентов со среднетяжелым течением панкреатита и пациентов со стеатозом поджелудочной железы (290 и 49 человек соответственно). Пациенты со стеатозом предъявляли жалобы на характерную абдоминальную боль, усиливающуюся после еды (рис. 3). Вторым диагностическим критерием стало снижение денситометрических показателей ткани поджелудочной железы по данным компьютерной томографии (рис. 4).

В ходе исследования было получено большое количество данных относительно факторов риска развития стеатоза поджелудочной железы (СПЖ). Так, выяснилось, что у мужчин СПЖ развивается раньше, что может быть связано со злоупотреблением алкоголем и табакокурением, которые в большей степени распространены среди мужчин. В ходе исследования также была установлена достоверная взаимосвязь между индексом массы тела и наличием СПЖ – средний ИМТ пациента со стеатозом составил $28,4 \pm 0,4 \text{ кг/м}^2$, в то время как у больных панкреатитом – $23,8 \pm 0,5 \text{ кг/м}^2$. Сопутствующие заболевания, характерные для группы пациентов с СПЖ (в первую очередь стеатоз печени и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь), также были во многом ассоциированы с избыточным весом пациентов.

Какова же взаимосвязь между СПЖ и метаболическим синдромом? Профессор О.С. Шифрин описал патогенез этих нарушений следующим образом: «Совокупность неблагоприятных наследственных факторов, пищевых привычек, алкоголя, курения, с одной стороны, приводит к развитию вялотекущего воспалительного процесса поджелудочной железы, а с другой – к возникновению

метаболического синдрома, после чего эти патологии начинают взаимодействовать между собой».

Говоря о принципах лечебной тактики в ведении таких пациентов, О.С. Шифрин подчеркнул важность снижения веса и избавления от гиперлипидемии. Что касается терапии, пациентам с СПЖ показаны ферментные препараты, такие как Мезим® 10 000, так как он является предпочтительным при наличии панкреатической боли и невыраженной панкреатической недостаточности; кроме этого, пациентам с СПЖ показан препарат Резалют®, применение которого

- Малоинтенсивная боль (1 балл)
- Интенсивная боль (2–3 балла)

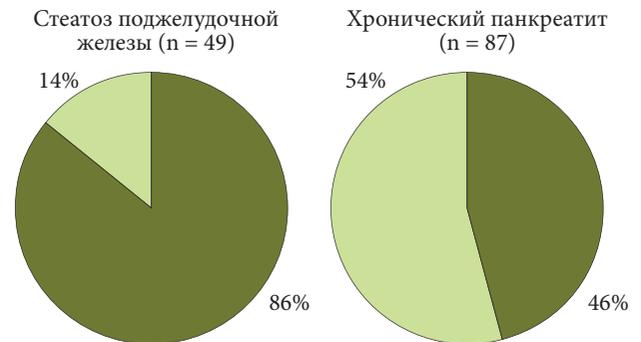


Рис. 3. Выраженность боли у больных с заболеваниями поджелудочной железы

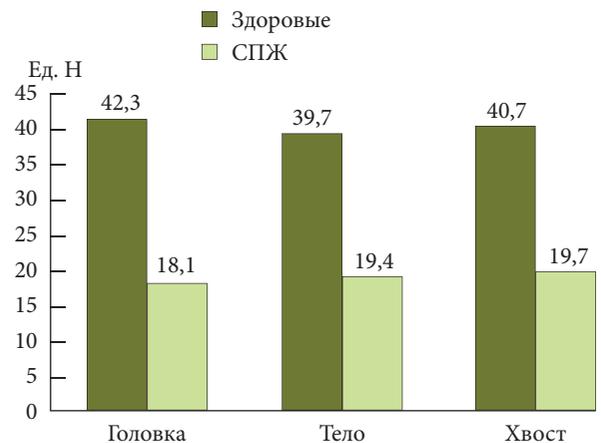


Рис. 4. Денситометрические показатели анатомических отделов поджелудочной железы у больных СПЖ и здоровых лиц



XVII Российская гастроэнтерологическая неделя Симпозиум компании «Берлин-Хеми / Менарини Фарма ГмбХ»

Стенд компании
«Берлин-Хеми /
Менарини Фарма
ГмбХ» на XVII
Российской
гастроэнте-
рологической
неделе



обусловлено двумя обстоятель-
ствами: во-первых, стеатоз под-
желудочной железы нередко со-
провождается стеатозом печени, а
во-вторых, Резалют® способствует
нормализации уровня липидов.
В подтверждение своих слов
О.С. Шифрин привел клинический

пример: у пациента с ИМТ около
30 кг/м² на фоне приема препарата
Резалют® не только снизился уро-
вень печеночных трансаминаз, но
и существенно снизился уровень
триглицеридов в сыворотке крови.
Таким образом, двойное действие
препарата Резалют® существенно

расширяет возможности терапии
не только болезней печени, но и
стеатоза поджелудочной железы.
В конце выступления профессор
О.С. Шифрин сделал следующие
выводы.

- Сочетание склонности к избы-
точному питанию, гиперлипиде-
мии заставляют рассматривать
формирование стеатоза поджелу-
дочной железы у больных хрониче-
ским панкреатитом в рамках
системных нарушений жирового
обмена.
- Злоупотребление алкоголем,
возможно, вызывает дополни-
тельные изменения метаболиз-
ма, способствующие более ран-
нему формированию жировой
перестройки поджелудочной
железы.
- КТ – метод выбора в диагно-
стике стеатоза поджелудочной
железы, позволяющий реально
объективизировать получен-
ные результаты исследования.
- Резалют® расширяет возможно-
сти терапии: нормализует ли-
пидограмму и печеночные про-
бы у пациентов со стеатозом
поджелудочной железы.

Как лечить пациента с неалкогольной жировой болезнью печени – клинические примеры и практические рекомендации



К.м.н.
Е.В. Балукова

В последние годы метаболи-
ческий синдром (МС) стал
предметом пристального

внимания врачей самых разных
специальностей, хотя еще отно-
сительно недавно этим заболева-
нием занимались исключительно
кардиологи и эндокринологи. По
словам к.м.н. Е.В. БАЛУКОВОЙ
(ассистент кафедры пропедевтики
внутренних болезней с курсами
нутрициологии и клинического
питания СПбГМА им. И.И. Меч-
никова), причина заключается в
широкой распространенности ме-
таболического синдрома: по дан-
ным ВОЗ, данным расстройством
страдают около 42% населения в
возрасте старше 60 лет и 10–30%
людей старше 30. Более того, в по-
следнее время все чаще регистри-
руются случаи метаболического
синдрома у детей и подростков.

Диагностические критерии МС
неоднократно пересматривались
и ужесточались, на сегодняшний
день основным критерием являет-
ся окружность талии более 80 см у
женщин и более 94 см у мужчин,
диагноз же ставится при наличии
основного и как минимум двух до-
полнительных критериев (табл. 2).
При этом неалкогольная жировая
болезнь печени не включена ни в
алгоритм обследования пациен-
тов, ни в диагностические крите-
рии МС, однако именно больные,
страдающие ожирением и сахар-
ным диабетом, имеют максималь-
ный риск развития поражений
печени. Более того, при сочетании
этих патологий печень одновременно
является органом-мишенью и
участвует в патогенезе атероген-
ной дислипидемии (рис. 5).
Однако клиническая картина не-
алкогольной жировой болезни

«Стеатоз печени и поджелудочной железы через призму развития и прогрессирования метаболического синдрома»

Таблица 2. Критерии диагностики метаболического синдрома*

Патология	Характеристика
Основной критерий	
Центральный (абдоминальный) тип ожирения	♀ окружность талии > 80 см ♂ окружность талии > 94 см
Дополнительный критерий	
Артериальная гипертония	АД ≥ 130/85 мм рт. ст.
Повышение уровня ТГ	≥ 1,7 ммоль/л
Снижение уровня ХС ЛПВП	♀ < 1,2 ммоль/л ♂ < 1,0 ммоль/л
Повышение уровня ХС ЛПНП	> 3,0 ммоль/л
Нарушение толерантности к глюкозе	Glu в плазме крови через 2 часа после нагрузки Glu в пределах ≥ 7,8 и ≤ 11,1 ммоль/л
Гипергликемия натощак	Glu в крови натощак ≥ 6,1 ммоль/л

* Рекомендации экспертов Всероссийского научного общества кардиологов по диагностике и лечению метаболического синдрома (второй пересмотр). М., 2009.

печени (НАЖБП), как отметила Е.В. Балукова, скучна и неспецифична, что очень затрудняет диагностику. Для НАЖБП характерно умеренное (не более чем в 4–5 раз) повышение активности АЛТ и АСТ, повышение активности ЩФ и ГГТ, гипертриглицеридемия, гиперхолестеринемия, гипергликемия. На УЗИ, КТ или МРТ печени могут выявляться признаки гепатомегалии, жировой дистрофии и портальной гипертензии.

Говоря о скрининговых методиках, позволяющих выявить НАЖБП на стадии доклинических проявлений метаболического синдрома, Е.В. Балукова подчеркнула важность правильно собранного анамнеза, корректно проведенных антропометрических измерений, оценки липидограммы, а также определения уровня глюкозы натощак, мониторинга АД и определения инсулина крови натощак.

В лечении НАЖБП, помимо нормализации веса и коррекции гипергликемии, важную роль играет назначение препаратов, защищающих печень и помогающих бороться с гиперлипидемией, таких как Резалют®. Применяется он и при метаболическом синдроме: в начале заболевания – как стартовая те-

рапия гиперлипидемии, на более поздних стадиях при проведении статинотерапии – для уменьшения нежелательных явлений, возникающих на фоне приема статинов (рис. 6).

Завершая свое выступление, Е.В. Балукова рассказала о клиническом исследовании, проведенном на базе Санкт-Петербургской медакадемии им. И.И. Мечникова, еще раз подтвердившем эффективность и безопасность препарата Резалют® у пациентов с метаболическим синдромом. На основе проведенных исследований было сделано следующее заключение:

- печень – основной орган-мишень при МС;
- компоненты МС – это факторы риска, приводящие к формированию фиброза и цирроза печени;
- применение препарата Резалют® при МС и НАЖБП является патогенетически обоснованным.

При этом применение препарата Резалют® обеспечивает регрессию клинических проявлений заболевания; нормализацию функциональных печеночных проб; снижение уровня атерогенных фракций липопротеидов; улучшение показателей антиоксидантной системы.



Рис. 5. Формирование дислипидемии при метаболическом синдроме



Рис. 6. Место препарата Резалют® в терапии метаболического синдрома



XVII Российская гастроэнтерологическая неделя Симпозиум компании «Берлин-Хеми / Менарини Фарма ГмбХ»



Профессор
И.Г. Бакулин

В своем докладе профессор И.Г. БАКУЛИН (д.м.н., зав. кафедрой гастроэнтерологии МИУВ МГУПП) подчеркнул актуальность проблемы дислипидемии при НАЖБП. Согласно данным эпидемиологического исследования DIREG, проведенного в России в 2007 г., распространенность дислипидемии в общей популяции составляет 37,6%, а у больных с НАЖБП она выявлена в 75,9% случаев.

НАЖБП – опасное заболевание, которое может приводить к развитию осложнений и увеличению риска смерти, является фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, артериальной гипертензии и метаболического синдрома у пациентов с ожирением.

Тесная взаимосвязь между НАЖБП и ССЗ обуславливает необходимость поиска оптималь-

Клинические перспективы использования нового гепатопротектора: данные мультицентрового исследования RESALUT-01

ного подхода к лечению пациентов, страдающих как жировой болезнью печени, так и сердечно-сосудистыми патологиями. Назначение статинов – препаратов, хорошо зарекомендовавших себя в качестве средств для первичной и вторичной профилактики ССЗ, – не противопоказано при НАЖБП, кроме этого, статины не должны назначаться пациентам с активным заболеванием печени или при длительном повышении уровня аминотрансфераз. Надо помнить, что прием статинов сам по себе может привести к повышению АЛТ/АСТ, что вынуждает искать более щадящий подход к лечению пациентов с сочетанной патологией НАЖБП и ССЗ.

В большинстве случаев у пациентов с НАЖБП имеются липидные нарушения, а признаки патологии сердечно-сосудистой системы отсутствуют. Следует ли в таком случае лечить нарушение липидного обмена? Докладчик дал утвердительный ответ на этот вопрос, отметив, что одним из оптимальных препаратов для терапии таких пациентов является Резалют® (рис. 7). Продолжая свое выступление, И.Г. Бакулин рассказал собравшимся о результатах исследования RESALUT-01, в которое были включены 602 пациента с НАЖБП

и/или гиперхолестеринемией, хроническим вирусным гепатитом, а также больные с алкогольным и другими поражениями печени. В ходе исследования контролировалась динамика лабораторных показателей, а также учитывалась субъективная и объективная оценка изменений состояния здоровья. Препарат Резалют® продемонстрировал хорошую переносимость, серьезных нежелательных явлений в ходе исследования зарегистрировано не было, явления дискомфорта наблюдались лишь у 3% пациентов. Улучшение состояния здоровья по оценке врача было отмечено в 90% случаев, по оценке самих пациентов – в 84%.

Согласно результатам национального эпидемиологического исследования RESALUT-01, препарат Резалют® может быть использован в качестве средства для стартовой терапии при дислипидемии у пациентов без заболеваний сердечно-сосудистой системы, в том числе при НАЖБП. Больным с ИБС и МС, получающим статины или другие гиполипидемические препараты, Резалют® может быть назначен в качестве препарата, уменьшающего их негативное влияние на печень и улучшающего результаты коррекции дислипидемии.

Заключение

По мере накопления знаний о механизмах, лежащих в основе тех или иных заболеваний, меняются и подходы к лечению. В настоящее время специалисты стараются подбирать препараты, воздействующие на различные звенья патогенеза, особое внимание при этом уделяется препаратам, обладающим комплексным действием и способным решить одновременно несколько проблем. К таким

препаратам относится Резалют® – гепатопротектор с доказанной эффективностью в отношении гиперхолестеринемии. Резалют® может применяться как самостоятельно, так и в составе комплексной терапии – он не взаимодействует с другими препаратами и способен скорректировать нежелательные эффекты гепатотоксичных средств, полностью или частично метаболизирующихся в печени. ☺



Рис. 7. Патогенетическое обоснование применения препарата Резалют® при НАЖБП