



# O‘ZBEKISTON *tibbiyot* JURNALI

*Медицинский*  
ЖУРНАЛ  
УЗБЕКИСТАНА

№2  
2020



**МУНДАРИЖА**

**SOG'LIQNI SAQLASHNI TASHKIL QILISH**   
**ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Мирзагалёб Нигматович Тилляшайхов, Шавкат Нарзикулович Ибрагимов, Сайде Мустафаевна Джанклич, Олимжон Абдилходжаевич Имамов, Яхё Пазлитдинович Зияев **ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПРОГРАММА РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН: ДОСТИЖЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ СТРАНЫ** ..... 2

Эркинжон Зиёевич Исаков **ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА РАБОЧИХ МЕСТ ЦЕМЕНТНОГО ПРОИЗВОДСТВА ОАО «КУВАСАЙЦЕМЕНТ»** ..... 5

**KLINIK TIBBIYOT**   
**КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА**

<sup>1</sup>Zulfiya Khusankhodjaevna Mirzarakhimova, <sup>2</sup>Gulnara Nishanovna Rakhimova, <sup>1</sup>Guzal Uchkunovna Mullabaeva **CLINICAL RISK FACTORS FOR HYPOGLYCEMIA IN TYPE 2 DIABETES MELLITUS** ..... 8

<sup>2</sup>Голиб Абдуллаевич Хакимов, <sup>4</sup>Ражаб Исраилович Исраилов, <sup>1</sup>Бахритдин Ханимкулович Бабанов, <sup>1</sup>Гулрух Комилжоновна Ботиралиева, <sup>3</sup>Shivani Sharma, <sup>3</sup>Aditi Dewan, <sup>1</sup>Бахтигул Хушбаковна Рахимова, <sup>1</sup>Абдужабор Нурланович Муратов, <sup>4</sup>Сардор Алишерович Хайитбоев, <sup>2</sup>Одил Нигманович Абдурахимов, <sup>3</sup>Бектош Турсунполатович Насимов, <sup>2</sup>Музаффар Абдувахобович Маликов, <sup>2</sup>Оттабек Одилович Нигманов **РОЛЬ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: МУЛЬТИЦЕНТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ** ..... 13

Ирода Абдурасуловна Камилова, Жанна Евгеньевна Пахомова **ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ ЛОКУСА C-734A ГЕНА CYP 1A2 У ПАЦИЕНТОК С ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИЕЙ** ..... 20

**DAVOLOVCHI SHIFOKORLAR VA DORIHONA ISHCHILARI DIQQATIGA**   
**ВНИМАНИЮ ЛЕЧАЩИХ ВРАЧЕЙ И АПТЕЧНЫХ РАБОТНИКОВ**

Гульнора Саттаровна Рахимбаева, Шохида Рустамовна Газиева, Фахмиддин Хайриддинович Муратов **ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НООТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ** ..... 27

Маъриф Шакирович Каримов, Динора Аюповна Партибёева, Фазилат Нармаматовна Шукурова **ГЕПАТОПРОТЕКТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТАХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПЕЧЕНОЧНОГО КОНТИНУУМА** ..... 31

<sup>1</sup>Паина Сиднеевна Кац, <sup>2</sup>Римма Аркадьевна Френкель, <sup>3</sup>Аброр Шакирович Касымов **КЛИНИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ У БЕРЕМЕННЫХ (ЧАСТЬ 2)** ..... 34

Алиаскар Турсунович Сафаров, Лола Сайфуллаевна Абдуллаева, Жамила Зикриллаевна Шайматова, Елена Кимовна Кадырова, Мухиддин Яхшибоевич Уринов **К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ** ..... 41

Munira Karimullayevna Ishanova, Muxayyo Qurambaevna Qo`chqarova, Jo`rabek Abdunabievich Diniqulov, Sherzod Abdurasulovich Matatqulov **PUBERTAT OLDI DAVRIDA KATARAL GINGIVITNI KOMPLEKS DAVOLASHDA LOROBEN PREPARATINING SAMARADORLIGINI BAHOLASH** ..... 44

Авзал Нигматуллаевич Акбаров, Комола Назруллаевна Шоахмедова, Шавкат Рўзиматович Алиев **СУРУНКАЛИ БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН ОФРИГАН ГЕМОДИАЛИЗ ҚАБУЛ ҚИЛАЁТГАН БЕМОРЛАРДА ОЛИБ КУЙИЛАДИГАН ПЛАСТИНКА ПРОТЕЗЛАРИГА МОСЛАШИШ ЖАРАЁНИДА КЛИНИК-МИКРОБИОЛОГИК БАҲОЛАШ** ..... 46

**SHARHLAR** **ОБЗОРЫ**

- Нематжон (Солиевич) Мамасолиев, Хатам Хасанбаевич Турсунов, Бурхонжон Умарович Усмонов, Рано Рустамбековна Курбонова МИОКАРД ИНФАРКТИ – 2019. 3 – ЧИ АХБОРОТ: ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯДА АНИҚЛАШ..... 51
- Антонина Амуровна Ким, Сайит Индиаминович Индиаминов, Акмаль Фархатович Асатулаев ТАНАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОТРАВЛЕНИЙ УГАРНЫМ ГАЗОМ..... 55
- Октябрь Рухуллаевич Тешаев, Алижон Солиевич Муродов, Махмуд Мансурович Усмонов ПРИМЕНЕНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ГНОЙНОЙ ХИРУРГИИ ..... 58
- Фарход Абдухакимович Хаджибаев, Висолат Хамзаевна Шарипова, Пулат Каримович Султанов, Малика Руслановна Рузикаева СОВРЕМЕННЫЕ ПРОТОКОЛЫ ИММУНОСУПРЕССИИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ..... 61
- Аббос Ахрарович Данияров СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДОЗ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЗАВЕРШЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ (ОБЗОР)..... 66
- Малика Худайбергеновна Ибрагимова, Зилола Хайдаровна Адылходжаева, Шахзода Исаковна Самадова ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ И КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИЩАЯ. ОБЗОР ..... 71
- Фируза Лукмоновна Мирсалихова, Ўғилой Искандар қизи Содиқова, Диёр Бахтиёрвич Нейматов БОЛАЛАРДА УЧРАЙДИГАН ЎТҚИР ГЕРПЕТИК СТОМАТИТНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ (АДАБИЁТЛАР ТАХЛИЛИ)..... 77
- Акрам Юлдашев Юлдашев, Мукаддас Халтаевна Рахматова, Маргарита Владимировна Таринова, Умида Тахировна Нугманова, Дильшод Исакович Абдукаримов МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬШИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ..... 79

**AMALIYOTDAGI HODISALAR** **СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ**

- Сайит Индиаминович Индиаминов, Обиджон Иргашович Махмудов, Равшан Алимбоевич Исмаилов, Сеймур Шукур оглы Гамидов СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ТРАВМОЙ В САЛОНЕ СОВРЕМЕННЫХ ЛЕГКОВЫХ АВТОМОБИЛЕЙ (СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ, АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ, ПУТИ РЕШЕНИЯ) ..... 82
- Хайдар Пазирович Камилов, Дильноза Уткуровна Арипова, Алия Кадирбаева СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ..... 85

**AMALIY SHIFOKOR KONSPEKTI** **КОНСПЕКТ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА**..... 87

- <sup>1</sup>Гуззал Джамбуловна Азизова, <sup>1</sup>Динара Шукуруллаевна Азизова, <sup>2</sup>Абдурашид Хамидович Аширметов. ПОКАЗАТЕЛИ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ГИПОЭСТРОГЕНИЕЙ..... 87
- Алишер Садикович Алимов, Фахриддин Хамидуллаевич Шамсиев, Окил Боходирович Азизов, Улугбек Журабоевич Карабаев ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИПЕРЕКИСНОЙ АКТИВНОСТИ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА..... 89
- Суннатилло Амруллоевич Гаффаров, Акбар Аҳадович Саидов МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАЛАР ОРАСИДА ТИШЛОВ АНОМАЛИЯЛАРИ ВА ЧАККА-ПАСТКИ ЖАҒ БЎҒИМИ ПАТОЛОГИЯЛАРИНИ ТАРҚАЛИШ ДАРАЖАСИНИ ЎРГАНИШ ..... 90

## МУНДАРИЖА

Хайдар Пазилевич Камолов, Мурат Таишулатович Сафаров, Фируза Акмаловна Хусанбаева  
ПАРОДОНТ КАСАЛЛИКЛАРИНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА ПЛАЗМОЛИФТИНГ УСУЛИНИ  
ҚЎЛЛАШНИНГ БАЎЗИ ЖИХАТЛАРИ..... 94

Доно Миржамоловна Алимова ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРОКИНЕТИЧЕСКОЙ  
АКТИВНОСТИ КЛЕТОК БУККАЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ  
РЕЦИДИВИРУЮЩИМ АФТОЗНЫМ СТОМАТИТОМ..... 98

### EXPERIMENTAL TADQIQOTLAR ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Хамид Якубович Каримов, Лариса Ивановна Шевченко, Тимур Рауфович Алимов, Ольга  
Викторовна Лубенцова ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ НОВОГО АМИНОКИСЛОТНОГО  
ПРЕПАРАТА НА ИНТЕНСИВНОСТЬ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ, СОСТОЯНИЕ  
АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ И ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ ПРИ БЕЛКОВОМ ГОЛОДАНИИ .... 102

Саиданвар Талатович Агзамходжаев, Зафар Бобирович Абдуллаев, Абдусаттор Ахадович Носиров,  
Билим Алдмурадович Теребаев НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОТКРЫТОЙ «МИНИАТЮРНОЙ»  
ПИЕЛОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ..... 106

### YUBILEYLAR

АКАДЕМИК ФЕРУЗ ГАФУРОВИЧ НАЗЫРОВ..... 111

### XOTIRA

ХАМИД МАМАТКУЛОВИЧ МАМАТКУЛОВ (таваллудинг 80-йиллиги муносабати билан)..... 114

К 70-ЛЕТИЮ ПРОФЕССОРА ТАХИРЖАНА ХАТАМОВИЧА КАЮМОВА..... 115

ПАМЯТИ САИД-КАРИМА АГЗАМОВА – УЧАСТНИКА ВТОРОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ..... 116

Маъриф Шакирович Каримов, Динора Аюповна Партибоева, Фазилат Нармаматовна Шукурова  
ГЕПАТОПРОТЕКТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТАХ В ЗАВИСИМОСТИ  
ОТ ПЕЧЕНОЧНОГО КОНТИНУУМА

Ташкентская медицинская академия

Одной из задач, изложенных в Глобальной стратегии ВОЗ по проблеме вирусных гепатитов (2016 г.), является сокращение смертности от гепатитов на 65% к 2030 г. [1]. Смертность больных, в основном, связана с формированием цирроза печени (ЦП) и его осложнений, в т.ч. гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК). Поэтому предотвращение данных исходов позволит улучшить прогноз больных, а также уменьшить экономические затраты на их ведение. Ежегодно показатели впервые диагностированных хронических вирусных гепатитов постоянно увеличиваются. Так, если в 2000 г. их было зарегистрировано 38,6 на 100 тыс. населения, а в 2004 г. - 51,9, то в 2005 г. - 62,3 случая. Широкое распространение обусловлено сохраняющимся ростом вирусных, токсических, лекарственных, аутоиммунных воздействий на орган и, что особенно актуально в последнее время, метаболических расстройств на фоне ожирения и сахарного диабета [6,8].

Современные принципы терапии хронических диффузных заболеваний печени представляют собой программу комплексного разнонаправленного лечения, при этом, выделяют два основных направления. Это этиотропная терапия, направленная на подавление патологического возбудителя при поражениях печени вирусной этиологии, и патогенетическая терапия, целью которой является коррекция универсальных звеньев фиброгенеза печени. В большинстве случаев препараты для устранения этиологического фактора гепатитов являются и антифибротическими средствами. Фиброз печени (ФП) на фоне вирусных гепатитов также процесс динамичный, как в сторону прогресса, так и регресса, что было доказано с внедрением в клиническую практику противовирусной терапии. Несмотря на огромное разнообразие этиологических факторов и причин, приводящих к развитию заболеваний печени, важной представляется общность патогенеза болезней печени, протекающих в последовательности, называемой печеночным континуумом. Различными являются только пусковые механизмы и преобладающие исходы. Все заболевания печени (если рассматривать морфологическую картину и изменения структуры органа) протекают в определенной последовательности. Данная совокупность стадий поражения печени составляет печеночный континуум, имеющий в качестве исходов печеночную недостаточность или ГЦК (первичный рак пече-

ни) [3]. Классическая диагностика строится на определении изменений структуры печени и стадии процесса, а также выяснении этиологии заболевания. Дифференциальный диагноз формируется на основании 4 печеночных синдромов: цитолиза, холестаза, печеночно-клеточной недостаточности, иммунного воспаления [3]. Однако, с позиций литературных данных и клинической точки зрения, целесообразно выделить других терапевтических категорий, таких как: повреждение мембран (цитолиз), внутрипеченочный холестаз, перекисное окисление липидов (ПОЛ), токсическое поражение. Лечение заболеваний печени должно быть комплексным и включать в себя несколько компонентов. Симптоматическое лечение, направленное на улучшение самочувствия пациента, обычно не требуется в связи со скудной симптоматикой. Этиотропное лечение можно назначать только при установленном окончательном диагнозе, а факт обнаружения цитолиза позволяет начать лечение с патогенетической терапии [7]. Ее целью является восстановление мембран гепатоцитов и, как следствие, уменьшение цитолиза и повреждения печени, снижение риска осложнений. В данном случае основным является использование препаратов, способных не только восстанавливать митохондриальную мембрану, липидный биослой мембраны клетки, окислительное фосфорилирование, но и модифицировать клеточный обмен. Это возможно за счет применения гепатопротекторов, обладающих антигипоксическим/антиоксидантным эффектом, поскольку печень является основным местом метаболизма и мишенью токсического действия с первичным нарушением функции мембран. При хронических поражениях печени развивается тканевая гипоксия, приводящая к нарушению функций митохондрий, истощаются запасы АТФ, в результате чего образуются свободные радикалы и активизируется ПОЛ. При этом, повреждаются клеточные мембраны (цитоплазматическая, митохондриальная) (Trinchet J.C. et al., 1989) [5]. Стандарты лечения Европейского общества по изучению печени (EASL) и Американской гастроэнтерологической ассоциации (AGA) предусматривают назначение с этой целью цитопротекторов (гепатопротекторов) [1,2].

Несмотря на «прорыв» противовирусной терапии в плане эффективности элиминации вируса, необходимо учесть, что ее назначение сопро-

вождается расходом основного внутриклеточного детоксиканта - глутатиона, нарушением синтеза белков переносчиков и транспорта жиров, с возможным последующим расстройством транспорта желчных кислот. В этой связи, основными точками приложения гепатопротекторов при вирусных гепатитах являются: 1) подготовка к противовирусной терапии (уменьшение цитолиза, разрешение холестаза, создание запасов глутатиона); 2) преодоление побочных эффектов противовирусной терапии (купирование цитолиза, холестаза, восстановление запасов глутатиона); 3) предупреждение развития фиброза - главная цель терапии гепатопротекторами, в т.ч. после завершения успешной противовирусной терапии; 4) синдромальная терапия при невозможности элиминации этиологического фактора (коррекция цитолиза, холестаза, иммунного воспаления).

Все варианты хронических поражений печени развиваются по «универсальным» стадиям, проходя в начале этапы повреждения, далее - различные стадии ФП и последующего ЦП. Таким образом, общая цель при лечении - предотвратить развитие и прогрессирование фиброгенеза, в т.ч. и на этапе ЦП, так как на этой стадии значимо возрастают риски трансформации в ГЦК. Соответствующими точками приложения гепатопротекторов, при этом, являются, как отдельные синдромы поражения органа в виде жирового гепатоза (ЖГ), воспаления (гепатита), нарушения оттока желчи (холестаза), так и базисные процессы в виде торможения прогрессирования ФП и ЦП, с последующим снижением риска формирования ГЦК.

Принципиальной точкой зрения авторов является определение этапного подхода гепатопротективной терапии с формированием приоритетности выбора конкретного лекарственного средства, в зависимости от стадии хронического заболевания печени. Исходя из этого, можно выделить следующие этапы гепатопротективной терапии:

I. Инициальный этап - направлен на экстренное «протезирование» метаболических процессов печени и купирование основных клинико-биохимических синдромов. Во время этого этапа осуществляются коррекция митохондриальной дисфункции и системы эндогенной детоксикации, восстановление мембран гепатоцитов, подавление ПОЛ, разрешение холестаза. Данный этап служит подготовкой к базисной терапии заболевания печени и может продолжаться примерно от 2 до 8 и более нед.

II. Базисный этап - предусматривает, прежде всего, профилактику развития и лечение ФП и ЦП.

III. Поддерживающий этап - определен основным патогенетическим синдромом, не купиро-

ванным на предыдущих этапах, и ассоциированными клиническими состояниями (АКС). Примерами АКС могут служить эндотелиальная дисфункция (ЭД) и дислипидемия, иммунопатологический синдром при вирусных гепатитах, депрессивные расстройства при любых заболеваниях печени. Цель данного этапа — селективное «протезирование» не восстановившихся метаболических функций гепатоцитов. Данный этап проводится пролонгировано (иногда, неопределенно долго) или по требованию.

Исходя из концепции ФП, как базового процесса прогрессирования всех хронических поражений печени, при выборе приоритетных направлений на первом, инициальном, этапе терапии все основные клинико-биохимические синдромы следует рассматривать с точки зрения их влияния на фиброгенез (синдром цитолиза, внутрипеченочный холестаз). Все заболевания печени, сопровождаемые внутрипеченочным холестазом (гепатиты вирусной, алкогольной, лекарственной, аутоиммунной этиологии, первичные билиарный цирроз и склерозирующий холангит), требуют особого внимания, поскольку именно холестаз является крайне неблагоприятным прогностическим фактором, приводящим к быстрому развитию ФП, а иногда и ЦП уже через 3-5 лет при отсутствии его лечения. На фоне холестаза в печени возникает повреждение мембран митохондрий, микротрубочек, каналикул, активация гидролаз, некроз гепатоцитов, происходит ингибирование регенерации, стимуляция апоптоза гепатоцитов и их иммунное повреждение за счет активации экспрессии антигенов класса II HLA [4].

Поиски универсального гепатопротектора, способного воздействовать не на один, а сразу на несколько синдромов повреждения печени, продолжаются на протяжении многих лет. Впоследствии были сформулированы дополнительные требования, а именно: воздействие на ключевые моменты патогенеза заболеваний печени, плеiotропность гепатопротекторных эффектов и универсальность при любой патологии печени. К сожалению, ни один из используемых в настоящее время в медицинской практике гепатопротекторов этим требованиям в полной мере не отвечает, хотя есть препараты, максимально приближающиеся к обозначенному стандарту.

Поэтому гепатопротекторами для первого этапа, при наличии внутрипеченочного холестаза, являются лекарственные средства, имеющие доказанную эффективность при этом синдроме, а именно: УДХК, адеметионин и Ремаксол. Причем, в случае внутриклеточного холестаза могут применяться все три препарата, как средства, улучшающие функционирование транспортных

систем желчных кислот на уровне микротрубочек гепатоцитов.

Для второго, базисного, этапа наиболее перспективным гепатопротектором, обладающим прямым антифибротическим и антипролиферативным действием, на сегодняшний день, представляется Фосфоглив. Благодаря содержанию в нем оптимальной комбинации основного антифибротического агента — ГК и антицитолитической составляющей — фосфатидилхолина. Препарат эффективен, в т.ч. и при вирусных поражениях печени. Так, в японской популяции было показано, что развитие ЦП у больных ХГС в течение 13 лет, на фоне применения глицирризина (178 пациентов), по сравнению с контрольной группой (100 человек), составило 28% и 40%, соответственно ( $p < 0,002$ ). А возникновение ГЦК в течение 15 лет, на фоне применения глицирризина (84 пациента), в сравнении с контролем (109 пациентов), наблюдалось у 13% и 25%, соответственно ( $p < 0,002$ ). Эти эффекты связаны со способностью ГК подавлять активность звездчатых клеток печени, угнетая синтез коллагена I и III типов (Tsubota A., Kumada H., 2004) [9]. Кроме этого, в комплексной терапии необходимо восстановление запасов глутатиона. По литературным данным установлено, что глутатион (600 мг) через 30 дней терапии эффективно снижал у пациентов показатели цитолитического и холестатического синдромов. Еще одно исследование (2017) показало, что повышение дозы глутатиона до 1200 мг позволяет сократить продолжительность лечения и достичь хороших и отличных результатов у печеночных пациентов уже через 15 дней.

### Литература

1. Ивашкин В.Т., Маевская М.В., Богомолов П.О. и др. Результаты открытого сравнительного рандомизированного исследования ОРИОН: оценка эффективности отечественных препаратов Альтевир и Фосфоглив в комбинированной терапии больных хроническим гепатитом С. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2012; 22(6): 27-37.
2. Мехтиев С.Н., Зиновьева Е.Н. Соколовский С.В. Эндотелиальная дисфункция как фактор прогрессирования неалкогольного стеатогепатита. Терапевтические подходы. Эффективная фармакотерапия. 2011; 2: 36-44.
3. Оковитый С.В., Безбородкина Н.Н., Улейчик С.Г., Шуленин С.Н. Гепатопротекторы. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2010: 112.
4. Райхельсон К.Л., Прашнова М.К. Урсодезоксихолевая кислота: существующие рекомендации и перспективы применения. Доктор. Ру. 2015; 12: 50-56.
5. Loguercio C., Andreone P., Brisc C. et al. Silybin combined with phosphatidylcholine and vitamin E in patients with nonalcoholic fatty liver disease: a randomized controlled trial. Free Radical Biology & Medicine. 2012; 52: 1658-1665.
6. Olson J.C. Acute-on-chronic and decompensated chronic liver failure: definitions, epidemiology and prognostication. Crit Care Clin. 2016; 32(3): 301-309.
7. Pares A., Planas R., Torres M. et al. Effects of silymarin in alcoholic patients with cirrhosis of the liver: results of a controlled, double-blind, randomized and multicenter trial. J Hepatol. 2010; 28(4): 615-621.
8. Sayiner M., Koenig A., Henry L., Younossi Z.M. Epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease and nonalcoholic steatohepatitis in the United States and the rest of the world. Clin Liver Dis. 2016; 20(2): 205-214.
9. Rino Y., Yukawa N., Yamamoto N. Does herbal medicine reduce the risk of hepatocellular carcinoma? World J Gastroenterol. 2015; 21(37): 10598-10603.

Выбор лекарственного препарата на третьем, поддерживающем, этапе определяется ведущим клинико-лабораторным синдромом. В зависимости от этиологии и характера поражения печени, инициальный и поддерживающий этапы имеют свои особенности, тогда как базисный этап во всех случаях предусматривает профилактику и лечение ФП.

### Заключение

1. Гепатопротекторы обязательно должны применяться во всех клинических ситуациях, сопровождаемых признаками повреждения печени (биохимические печеночные синдромы, ФП и ЦП), как при основной патологии органа, так и в целях «прикрытия», в случаях применения препаратов с потенциальным гепатотоксическим действием.

2. Существует большой арсенал гепатопротекторов, различающихся по составу и механизмам действия, применение которых должно быть дифференцированным, в зависимости от ведущего клинико-биохимического синдрома и наличия ФП. При этом, с точки зрения влияния на основной патологический процесс, выбор гепатопротектора определяется наличием у него доказательной базы, сформированной на основании имеющихся качественных КИ.

3. Этапность применения гепатопротекторов подразумевает наличие инициального (до 1-2 мес.), базисного (6-12 мес. или неопределенно долго) и поддерживающего (от 1 до 3 мес. или по требованию) этапов.