



О. Я. Бабак, О. Г. Курінна

ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої
НАМН України», Харків

Вплив немедикаментозного лікування на антропометричні показники пацієнтів із неалкогольною жировою хворобою печінки та ожирінням

Мета — визначити вплив стандартного немедикаментозного лікування (НЛ) у поєднанні з когнітивною терапією на антропометричні показники у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП) із супутнім ожирінням.

Матеріали та методи. Обстежено 105 хворих на НАЖХП з нормальною масою тіла та із супутнім ожирінням, які були рандомізовані в групи НЛ, яке передбачало корекцію харчування, збільшення фізичної активності та когнітивну терапію, і групи порівняння. До контрольної групи залучено 23 осіб без ознак НАЖХП та з нормальною масою тіла. Контрольна група була порівнянною за гендерним та віковим складом з когортою хворих на НАЖХП.

Результати. Через 24 тиж відзначено зниження маси тіла (в середньому на 10,21 % від початкової), найбільше — в осіб з надлишковою масою та ожирінням (14,32 %). Також спостерігали поліпшення інших антропометричних показників, зокрема обводу талії та величини співвідношення обвід талії/обвід стегон.

Висновки. У хворих на НАЖХП призначення НЛ є одним із найбільш ефективних та безпечних методів терапії.

Ключові слова: неалкогольна жирова хвороба печінки, ожиріння, немедикаментозна корекція.

Проблема діагностики та лікування неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) має важливе значення. Результати популяційних досліджень останніх років свідчать про зростання поширення НАЖХП [1, 5, 6, 12, 14], так само, як і ожиріння, яке досягло масштабів епідемії [7, 8]. Актуальність дослідження НАЖХП зумовлена її схильністю до прогресування з формуванням ускладнень [4, 13] і трансформації в цироз печінки [1, 4].

Згідно з прогнозами, протягом наступних 20 років НАЖХП посідає чільне місце серед причин захворюваності та смертності, зумовленої патологією печінки, а наступні кілька років — буде головною причиною трансплантації печінки [11].

Відповідно до рекомендацій Європейської асоціації з вивчення печінки (EASL) 2016 р. [8] хворим без ознак неалкогольного стеатогепатиту або фіброзу слід надавати рекомендації щодо

здорового харчування та фізичної активності, а не призначати медикаментозне лікування для корекції стану печінки (рівень доказів B2) [8]. У хворих із супутньою надлишковою масою тіла або ожирінням метою більшості тактик немедикаментозного лікування (НЛ) є зниження маси тіла на 7–10 %, що сприяє поліпшенню рівня печінкових ферментів та гістологічних ознак (рівень доказів B1) [8]. Необхідно досягти енергетичного дефіциту раціону та виключити з раціону продукти харчування, які сприяють розвитку НАЖХП (харчові продукти, піддані технологічній обробці, їжа і напої з високим вмістом фруктози). Макронутрієнтний склад має відповідати середземноморській дієті (рівень доказів B1) [8]. Крім того, аеробні фізичні навантаження та вправи з навантаженням ефективно знижують вміст жиру в печінці. Вибір фізичних тренувань слід здійснювати з урахуванням уподобань пацієнтів для поліпшення комплаєнсу (рівень доказів B2) [8]. Як складову модифікації способу

життя у хворих на НАЖХП, крім дієтичних рекомендацій та фізичної активності, використовують когнітивну терапію, що сприяє поліпшенню результатів щодо зниження не лише маси тіла, а і вмісту жиру в печінці [10]. У хворих на ожиріння когнітивна терапія є невід'ємною частиною лікувальної тактики [3, 15].

Когнітивна терапія належить до видів психотерапії [2], яку можна застосовувати під час консультацій дієтологів і лікарів загальної практики [15] як частину персональної консультації або в групових сесіях [9]. У рамках когнітивної терапії використовують процес встановлення зв'язку між життєвими подіями і психологічними реакціями [2], котрий спрямований на розкриття значення, яке індивід надає оточенню і внутрішнім відчуттям [2]. Метою когнітивної терапії є досягнення змін в особистості, які дадуть змогу пацієнтові перебувати в більшій гармонії з власними потребами. Основне переструктурування здійснюється за рахунок заміни неадаптивних когніцій. Когнітивна терапія використовує те, що виводиться зі свідомого життєвого досвіду, і не шукає прихованого символічного значення у висловлюваннях пацієнта [2].

Мета дослідження — визначити вплив стандартного немедикаментозного лікування у поєднанні з когнітивною терапією на антропометричні показники у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки із супутнім ожирінням.

Матеріали та методи

Дослідження проведено в Національному інституті терапії ім. Л. Т. Малої НАМН України (відділ вивчення захворювань органів травлення та їх коморбідності з неінфекційними захворюваннями) у рамках науково-дослідної роботи «Виявлення генетичного поліморфізму гена ADIPOR2 і особливостей клінічного перебігу неалкогольної жирової хвороби печінки у пацієнтів з кардіоваскулярним ризиком» (номер державної реєстрації 0113U001139).

У дослідження залучено 105 хворих на НАЖХП з нормальною масою тіла та ожирінням, які проходили обстеження на базі гастроентерологічного і поліклінічного відділень Національного інституту терапії ім. Л. Т. Малої НАМН України. Медіана та міжквартильний розмах віку пацієнтів дорівнювали 45,00 (37,00; 52,50) років.

Залежно від наявності ожиріння хворих розподілили на дві групи. В групу I залучено 52 (49,52% від усіх обстежених) особи з нормальною масою тіла, в групу II—53 (50,48%) пацієнти із НАЖХП та супутнім ожирінням,

у контрольну групу 23 особи з нормальною масою тіла, які не мали жодних скарг і клінічно значущих відхилень з боку системи органів травлення, ознак стеатозу печінки. Медіана та міжквартильний розмах віку обстежених добровольців дорівнювали 38,00 (36,00; 41,00) років. Контрольна група була порівнянною за гендерним та віковим складом когорти хворих на НАЖХП.

Усі хворі перебували під спостереженням у Національному інституті терапії ім. Л. Т. Малої НАМН України.

Дослідження було схвалено місцевим комітетом з біоетики та проведено відповідно до принципів Гельсінської декларації. В усіх пацієнтів було виключено інші причини формування жирової дистрофії печінки (зложивання алкоголем, інфікування вірусними гепатитами, наявність аутоімунного або медикаментозного ураження печінки, хвороби накопичення). У дослідження також не залучали пацієнтів з тяжкими стадіями фіброзу печінки і цирозу, хворих з декомпенсацією цукрового діабету і тих, хто потребував інсулінотерапії.

Верифікацію НАЖБП проводили на підставі даних ультразвукового дослідження (УЗД) органів черевної порожнини, а також клініко-інструментальних даних. Діагноз ожиріння встановлювали згідно з класифікацією Міжнародної групи з ожиріння ВООЗ (1997) за розрахунковим показником «індекс маси тіла» (ІМТ). Тип анатомічного розподілу жиру оцінювали за антропометричними показниками (обвід талії (ОТ), обвід стегон (ОС) та їх співвідношення (ОТ/ОС)).

Пацієнтів рандомізовано на підгрупи НЛ та підгрупи порівняння. До груп порівняння було залучено 25 хворих на НАЖХП (підгрупа ІА) та 26 хворих на НАЖХП із супутнім ожирінням (підгрупа ІА), до груп НЛ — 27 хворих на НАЖХП (підгрупа ІБ) та 27 хворих на НАЖХП із супутнім ожирінням (підгрупа ІБ). Алгоритм НЛ наведено на рис. 1.

Особам з груп порівняння проведено одноразове консультування дієтолога з навчанням принципам раціонального харчування при коморбідному перебігу НАЖХП та ожиріння, а також УЗД печінки і вимірювання біохімічних показників до консультації та через 24 тиж диспансерного спостереження.

Результати та обговорення

За даними обстеження до початку лікування встановлено, що медіана та міжквартильний розмах ІМТ хворих групи I статистично значущо відрізнялися від відповідних показників хворих

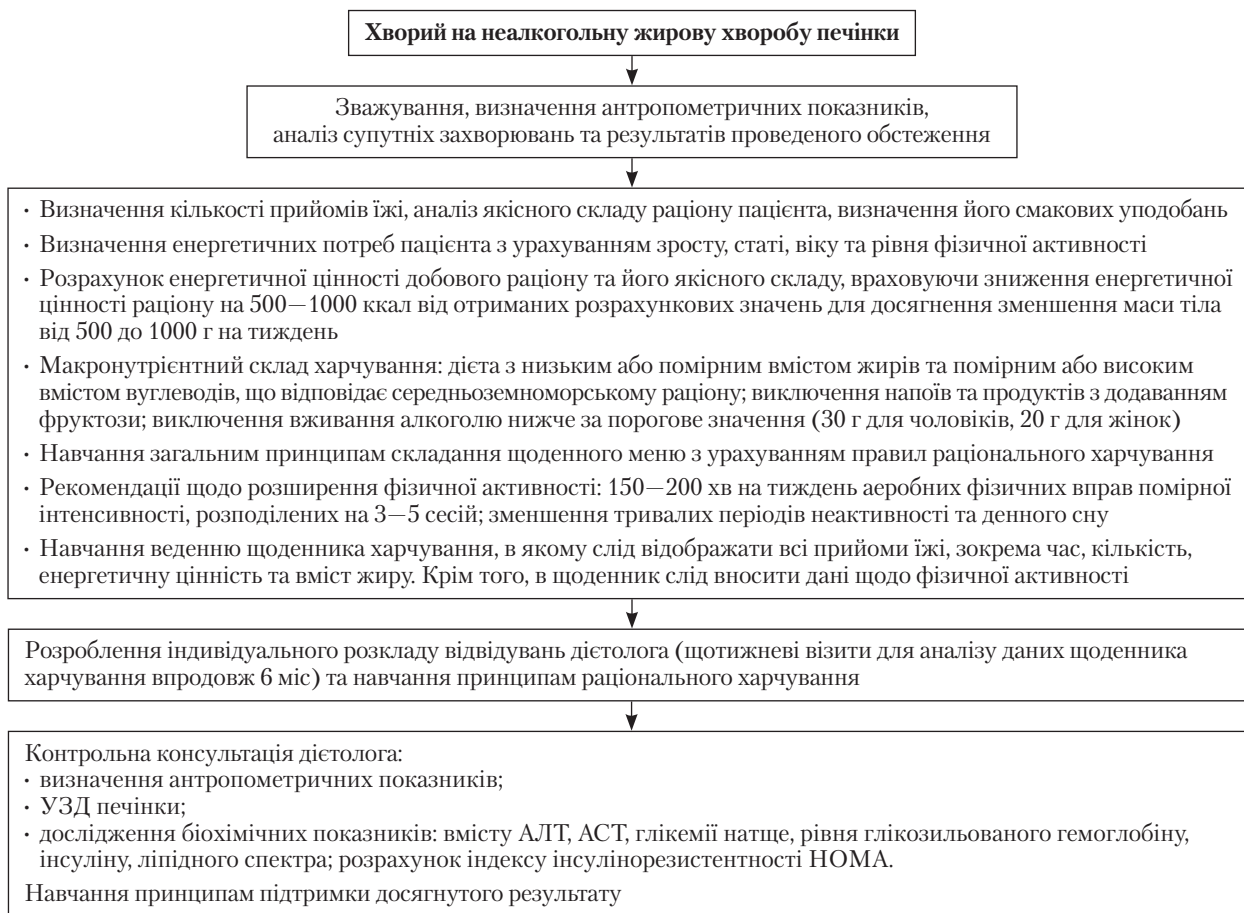


Рис. 1. Алгоритм немедикаментозного лікування хворого на неалкогольну жирову хворобу печінки

групи II ($p < 0,05$) і контрольної. При порівнянні групи I з контрольною групою статистично значущих відмінностей не виявлено ($p > 0,05$), тоді як медіана групи II статистично значущо перевищувала показник контрольної групи ($p < 0,05$).

Основні антропометричні характеристики обстежених хворих НАЖХП наведено в табл. 1.

Вивчення антропометричних показників групи II показало, що у хворих значення ОТ були найбільшими і статистично значущо перевищували показники групи I ($p < 0,05$). Порівняння величини ОТ у групі I та контрольній статистично значущої відмінності не виявило ($p > 0,05$).

У хворих також відзначено вищі значення відношення ОТ/ОС, максимальні – у групі II, що статистично значуще перевищувало показник групи I ($p < 0,05$) і контрольної групи ($p < 0,05$).

Отримані дані підтверджують результати інших досліджень, в яких було показано, що поширеність НАЖХП зростає у міру підвищення величини ІМТ, а наявність ожиріння й абдомінальний тип розподілу жирової тканини призводять до формування НАЖХП.

Аналіз антропометричних показників через 24 тиж виявив у пацієнтів групи порівняння тенденцію до зниження маси тіла, яка не досягла

Таблиця 1. Основні антропометричні характеристики хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки

Показник	Група I (n = 52)	Група II (n = 53)	Контрольна група (n = 23)
ІМТ, кг/м ²	24,07 (23,17; 24,87)	35,08 (31,54; 37,86)*	23,51 (22,53; 24,35)**
ОТ, см	74,50 (65,00; 84,00)	104,00 (98,00; 108,56)*	69,00 (65,00; 75,00)**
ОТ/ОС	0,83 (0,76; 0,92)	1,03 (0,98; 1,09)*	0,79 (0,77; 0,84)**

Примітка. * Різниця щодо групи I статистично значуща ($p < 0,05$).

** Різниця щодо групи II статистично значуща ($p < 0,05$).

Таблиця 2. Динаміка основних антропометричних показників хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки після лікування

Показник	Групи порівняння		Немедикаментозне лікування	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
	Підгрупа ІА (n = 25)		Підгрупа ІБ (n = 27)	
Маса тіла, кг	70,63 (63,10; 75,63)	68,00 (63,50; 76,00)	72,00 (67,17; 78,67)	68,00 (62,00; 70,00)*
ІМТ, кг/м ²	23,94 (23,22; 25,42)	23,45 (22,56; 25,14)	24,10 (23,11; 24,88)	21,91 (21,37; 23,59)**
ОТ, см	72,00 (65,00; 82,50)	71,00 (65,50; 81,00)	75,00 (65,00; 87,00)	68,00 (63,00; 81,00)*
ОС, см	91,00 (81,00; 95,50)	88,00 (79,00; 95,00)	92,00 (84,00; 104,00)	88,00 (80,00; 97,00)*
ОТ/ОС	0,84 (0,78; 0,93)	0,81 (0,76; 0,93)	0,83 (0,74; 0,87)	0,82 (0,75; 0,90)
	Підгрупа ІА (n = 26)		Підгрупа ІБ (n = 27)	
Маса тіла, кг	105,00 (98,25; 123,04)&	103,50 (94,75; 112,25)&	105,00 (96,00; 113,79)&	90,00 (86,00; 96,00)**&
ІМТ, кг/м ²	34,87 (31,70; 38,04)&	33,21 (31,54; 36,27)&	35,08 (31,35; 37,87)&	29,75 (28,41; 31,14)**&
ОТ, см	103,50 (97,00; 111,00)&	97,00 (96,00; 112,00)&	104,00 (100,00; 108,00)&	84,00 (78,00; 96,00)**&
ОС, см	100,50 (97,50; 106,00)&	96,00 (93,75; 105,75)&	101,00 (97,50; 104,00)&	92,00 (90,00; 97,00)**&
ОТ/ОС	1,05 (0,98; 1,09)&	1,03 (0,98; 1,07)&	1,03 (0,98; 1,09)&	0,92 (0,85; 0,98)**&

Примітка. * Різниця щодо показників до лікування статистично значуща ($p < 0,05$).

* Різниця щодо показників груп порівняння (підгрупи А) статистично значуща ($p < 0,05$).

& Різниця щодо показників пацієнтів з нормальною масою тіла (група І) статистично значуща ($p < 0,05$).

статистичної значущості ($p > 0,05$) (табл. 2), тоді як у хворих групи ІБ маса тіла статистично значущо знизилася ($p < 0,05$). Відповідні зміни спостерігали в групах ІА ($p > 0,05$) і ІБ ($p < 0,05$).

Через 24 тиж спостереження у пацієнтів групи ІА відзначено тенденцію до зниження маси тіла, яка не досягла статистичної значущості ($p > 0,05$), тоді як у хворих групи ІБ ІМТ знизився статистично значуще. Відповідні зміни спостерігали в групах ІА ($p > 0,05$) і ІБ ($p < 0,05$).

У пацієнтів групи ІА зафіксовано тенденцію до зниження ОТ ($p > 0,05$), тоді як у хворих групи ІБ цей показник статистично значущо зменшився ($p < 0,05$). Відповідні зміни спостерігали в групах ІА ($p > 0,05$) і ІБ ($p < 0,05$).

Визначення динаміки маркера абдомінального типу розподілу жирової тканини — ОТ/ОС показало, що через 24 тиж у пацієнтів групи ІА виявлено тенденцію до його зниження ($p > 0,05$), тоді як у хворих групи ІБ цей показник статистично значущо зменшився ($p < 0,05$). Відповідні зміни спостерігали в групах ІА ($p > 0,05$) і ІБ ($p < 0,05$).

Таким чином, цільове зниження маси тіла (понад 7% від початкового значення) мало місце лише у хворих груп НЛ (рис. 2).

У групі хворих на НАЖХП із супутнім ожирінням зниження маси тіла понад 7% було ста-

стистично значущо ($p < 0,05$) вищим, ніж у пацієнтів з НАЖХП і нормальною масою тіла.

Перспективою подальших досліджень є визначення впливу немедикаментозного лікування на ступінь стеатозу печінки та патогенетичні ланки розвитку неалкогольної жирової хвороби печінки у хворих із супутнім ожирінням.

Висновки

У хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки призначення немедикаментозного лікування є одним з ефективних та безпечних заходів лікування. Корекція способу життя (зміна харчування та когнітивна терапія) через 24 тиж

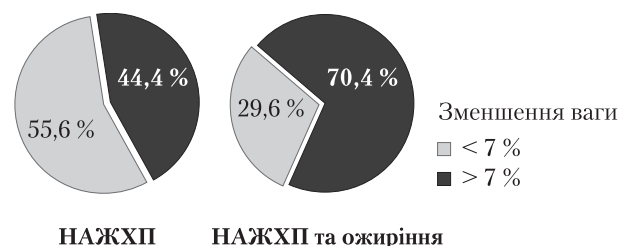


Рис. 2. Зменшення маси тіла хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки через 24 тиж немедикаментозного лікування залежно від наявності ожиріння

сприяла зниженню маси тіла в середньому на 10,21 % від початкової, особливо у хворих із надлишковою масою та ожирінням (на 14,32 %), а також поліпшенню інших антропометричних

показників, зокрема, обводу талії та величини співвідношення обвід талії/обвід стегон — чинників ризику розвитку та прогресування неалкогольної жирової хвороби печінки.

Конфлікту інтересів немає.

Участь авторів: концепція та дизайн дослідження — О. Б., О. К.; обробка матеріалу, статистичне опрацювання даних, написання тексту — О. К.; редагування тексту — О. Б.

Список літератури

1. Драпкина О. М., Смирин В. И., Ивашкин В. Т. Патогенез, лечение и эпидемиология НАЖБП — что нового? Эпидемиология НАЖБП в России // Рос. мед. журн. — 2011. — № 28. — С. 1717—1721.
2. Федоров А. П. Когнитивно-поведенческая психотерапия — СПб: Питер, 2002. — 352 с.
3. Alimoradi M., Abdolahi M., Aryan L. et al. Cognitive behavioral therapy for treatment of adult obesity // Int. J. Med. Rev. — 2016. — Vol. 3, N 1.
4. Amarapurkar D. N., Dharod M., Gautam S. et al. Risk of development of hepatocellular carcinoma in patients with NASH-related cirrhosis // Trop. Gastroenterol. — 2013. — 34. — P. 159—163.
5. Bhala N., Aithal G., Ferguson J. How to tackle rising rates of liver disease in the UK // BMJ. — 2013. — 346. — P. f807.
6. Blachier M., Leleu H., Peck-Radosavljevic M. et al. The burden of liver disease in Europe: a review of available epidemiological data // J. Hepatol. — 2013. — 58. — P. 593—608.
7. Cuschieri S., Mammo J. Getting to grips with the obesity epidemic in Europe // SAGE Open Medicine. — 2016. — 4. — 2050312116670406.
8. EASL-EASD-EASO Clinical Practice Guidelines for the management of non-alcoholic fatty liver disease // J. Hepatol. — 2016. — 64. — P. 1388—1402.
9. Jacob J. J., Isaac R. Behavioral therapy for management of obesity // Indian J. Endocrinol. Metabol. — 2012. — 16. — P. 28—32.
10. Montesi L., Caselli C., Centis E. et al. Physical activity support or weight loss counseling for nonalcoholic fatty liver disease? // World J. Gastroenterol. — 2014. — 20. — P. 10128—10136.
11. Ray K. NAFLD—the next global epidemic // Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol. — 2013. — 10. — P. 621.
12. Targher G., Bertolini L., Padovani R. et al. Prevalence of nonalcoholic fatty liver disease and its association with cardiovascular disease among type 2 diabetic patients // Diabetes Care. — 2007. — 30. — P. 1212—1218.
13. Tokushige K., Hashimoto E., Kodama K. Hepatocarcinogenesis in non-alcoholic fatty liver disease in Japan // J. Gastroenterol. Hepatol. — 2013. — 28, suppl. 4. — P. 88—92.
14. Vernon G., Baranova A., Younossi Z. M. Systematic review: the epidemiology and natural history of non-alcoholic fatty liver disease and non-alcoholic steatohepatitis in adults // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2011. — 34. — P. 274—285.
15. Yumuk V., Tsigos C., Fried M. et al. European Guidelines for Obesity Management in Adults // Obes. Facts. — 2015. — 8. — P. 402—424.

О. Я. Бабак, Е. Г. Куринная

ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины», Харьков

Влияние немедикаментозного лечения на антропометрические показатели пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени и ожирением

Цель — определить влияние стандартного немедикаментозного лечения (НЛ) в сочетании с когнитивной терапией на антропометрические показатели у больных неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) с сопутствующим ожирением.

Материалы и методы. Обследовано 105 больных НАЖБП с нормальной массой тела и сопутствующим ожирением, рандомизованных в группы НЛ, которое предусматривало коррекцию питания, увеличение физической активности и когнитивную терапию, и группы сравнения. В контрольную группу было включено 23 лица без признаков НАЖБП и с нормальной массой тела. Контрольная группа была сопоставима за гендерным и возрастным составом с когортой больных НАЖБП.

Результаты. Через 24 нед отмечено снижение массы тела (в среднем на 10,21 % от начальной), больше всего — у лиц с избыточной массой и ожирением (14,32 %). Также наблюдали улучшение других антропометрических показателей, в частности окружности талии и величины соотношения окружность талии/окружность бедер.

Выводы. У больных НАЖБП назначение НЛ является одним из наиболее эффективных и безопасных методов терапии.

Ключевые слова: неалкогольная жировая болезнь печени, ожирение, немедикаментозная коррекция.

O. Ya. Babak, O. G. Kurinna

SI «L. T. Mala National Therapy Institute of NAMS of Ukraine», Kharkiv

The effects of nonmedical treatment on the anthropometric indices of patients with nonalcoholic fatty liver disease and obesity

Objective — to define the effects of the standard nonmedical treatment (NT) in combination of the cognitive therapy on the anthropometric indices of patients with nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) and obesity.

Materials and methods. The study involved 105 patients diagnosed with NAFLD with normal body mass and concomitant obesity; randomized in groups of NT, that included nutrition correction increase of physical activity and cognitive therapy, and the comparison groups. The control group consisted of 23 people with no signs of NAFLD and normal weight; control group was reciprocal by gender and age composition.

Results. The body mass decrease was registered in 24 weeks (in average by 10.21 % from the baseline), and reached the maximum values in overweight and obesity patients (14.32%). Besides, the improvement of the anthropometric indices was observed, in particular the waist circumference and in the ratio waist circumference/hips circumference.

Conclusions. The administration of the nonmedical treatment to the patients with NAFLD is one of the most effective and safe methods of therapy.

Key words: non-alcoholic fatty liver disease, obesity, nonmedical treatment.

Контактна інформація

Курінна Олена Григорівна, наук. співр. відділу вивчення захворювань органів травлення та їх коморбідності з неінфекційними захворюваннями
61039, м. Харків, пр. Любові Малої, 2а
E-mail: olena_kurinna@yahoo.com

Стаття надійшла до редакції 21 листопада 2016 р.