

Таблица 3

Результаты нагрузочных проб ($M \pm s$)

T _{1/2} (ч)	Здоровые (n=16)	ОВГ (n=15)	ХВГ 0 акт. (n=11)	ХВГ 2-3 акт. (n=11)	ЦП (n=10)
Антипирин	10,9±2,2	10,9±2,0 $p_1 > 0,05$ $p_3 = 0,003^*$ $p_4 > 0,05$ $p_5 = 0,014^*$	13,7±2,4 $p_1 = 0,004^*$ $p_2 = 0,003^*$ $p_4 < 0,001^*$ $p_5 > 0,05$	9,9±2,0 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$ $p_3 < 0,001^*$ $p_5 = 0,007^*$	14,2±4,2 $p_1 = 0,014^*$ $p_2 = 0,014^*$ $p_3 > 0,05$ $p_4 = 0,007^*$
Анаприлин	8,0±0,2	4,9±1,7 $p_1 < 0,001^*$ $p_3 < 0,001^*$ $p_4 < 0,001^*$ $p_5 < 0,001^*$	13,45±2,1 $p_1 < 0,001^*$ $p_2 < 0,001^*$ $p_4 > 0,05$ $p_5 < 0,001^*$	12,4±3,4 $p_1 < 0,001^*$ $p_2 < 0,001^*$ $p_3 > 0,05$ $p_5 < 0,002^*$	16,5±0,9 $p_1 < 0,001^*$ $p_2 < 0,001^*$ $p_3 < 0,001^*$ $p_4 < 0,002^*$

ровых ($p < 0,001$), также он значимо длиннее соответствующего параметра во всех остальных группах.

Если, основываясь на индикаторах цитолиза и уровня билирубина крови, косвенно оценивать степень изменений биотрансформирующей функции печени, то получается ее угнетение в ряду ХВГ 0 акт. — ЦП — ХВГ 2-3 акт. — ОВГ, что противоречит патогенетической сущности этих заболеваний. Получается, что больные с ОВГ имеют самые тяжелые нарушения, следовательно, худший прогноз. У больных же с ХВГ 0 акт. изменения функций органа вообще отсутствуют. Диагностические возможности определения белков крови, ПТИ для реше-

ния вопроса о степени угнетения детоксикационной функций печени сомнительны — колебания этих параметров во всех группах происходят в реферативных пределах. Более чувствительным в этом аспекте параметром является определение альбуминов крови.

Результаты анаприлиновой пробы показывают, что при ОВГ идет активация процессов детоксикации (возможно это связано с артериальным полнокровием органа), при ХВГ 0 акт. происходит их угнетение, сопоставимое с ХВГ 2-3 акт., самые значительные нарушения метаболизирующей функции органа происходят при ЦП.

Таким образом, при ХВГ происходит угнетение биотрансформирующей функции печени даже в случае отсутствия изменений со стороны биохимических функциональных проб и результатов инструментальных исследований. Анаприлиновый тест является более чувствительным индикатором угнетения функции детоксикации по сравнению антипиреновой пробой.

COMPARATIVE ESTIMATION OF THE FUNCTIONAL HEPATIC TESTS

N.N. Tzybikov, E.V. Prutkina
(Chita State Medical Academy)

Anaprilin and antipyrine tests using saliva as a methods to assess metabolic (detoxication) liver function were studied. Comparison of their diagnostic opportunities among themselves and biochemical standard methods were conducted. Anaprilin test sensitivity in unchangeable patient's biochemical blood results has been proved.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева Т.В., Кузнецова Э.Э., Горохова В.Г. ВЭЖХ антипирена — метод экспресс-диагностики функциональной активности монооксигеназной системы печени человека // Хим.-фарм. журнал. — 2000. — Т. 34, № 1. — С.10-11.
2. Вирусные гепатиты в Российской Федерации. Аналитический обзор. 4 выпуск / Под ред. А.Б. Жебруна. — СПб., 2003. — 200 с.
3. Вирусные гепатиты: клиника, диагностика, лечение / Под ред. Ю.В. Лобзина. — СПб.: Фолиант, 2003. — 192 с.
4. Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение / Под ред. А.В. Калинина, А.И.Хазанова. — М.: Миклош, 2007. — 602 с.
5. Жамбалов Д.Б. Повышение эффективности фармакотерапии артериальных гипертензий с использованием фармакокинетических параметров ?-адреноблокаторов: Автореф. дис... канд. мед. наук. — Улан-Удэ, 2005. — 23 с.
6. Шерлок Ш. Заболевания печени и желчных путей: Пер. с англ. — М.: ГЭОТАР Медицина, 2002. — 864 с.
7. Wilson J.M. Drug assays for the clinical pharmacokinetics laboratory // J. Liquid Chromatography. — 1987. — Vol. 10, № 2-3. — P.277-292.

© ЖИГАЕВ Г.Ф., КРИВИГИНА Е.В. — 2007

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОЛИФИТОХОЛА ПРИ УСТРАНЕНИИ БОЛЕЙ И ДИСПЕПСИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНЫМ РЕФЛЮКСОМ

Г.Ф. Жигаев, Е.В. Кривигина

(Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко, гл. врач — Засл. врач РФ, народный врач РБ М.П. Рябов, г. Улан-Удэ)

Резюме. В лечении дуоденогастрального рефлюкса (ДГР) использовали полифитохол. У 69 больных изучали воздействие полифитохола на основные клинко-функциональные показатели ДГР. Выявлена положительная динамика большинства из них. Включение полифитохола в комплексное лечение с использованием традиционных фармакологических средств привело к сокращению сроков заживления дефекта и улучшению состояния слизистой оболочки гастродуоденальной зоны.

Ключевые слова: дуоденогастральный рефлюкс, полифитохол.

Жалобы больных на боли в животе (локализованные, нелокализованные) и/или диспепсические расстройства в большей или меньшей степени обусловлены изменением состояния моторно-эвакуаторной функции желудка и кишечника, нарушение которых возможно как при функциональных [7], так и при органических [3] заболеваниях гастропанкреатобилиарной зоны, общей стереотипной реакцией организма на раздражители. В этой связи определенный научно-практический интерес представляет изучение возможности использования в клинической и поликлинической практике лекарственных растительных препаратов, воздействующих на моторно-эвакуаторную функцию органов гастропанкреатодуоденобилиарной зоны (ГПДБ) и обладающих способностью устранять и/или уменьшать интенсивность ДГР, болей и диспепсических расстройств. Одним из таких препаратов является полифитохол, полученный из цветков бессмертника песчаного (*Helichrysum arenarium* L. Moench), цветков пижмы обыкновенной (*Tanacetum vulgare* L.), листьев мяты перечной (*Mentha piperita* L.), листьев крапивы двудомной (*Urtica dioica* L.), корней солодки голой (*Olycyrrhiza glabra* L.) и плодов шиповника (*Rosa* L.).

Доминирующими компонентами являются фенольные соединения. Полифитохол (полиэкстракт) изготовлен по щадящей и ресурсосберегающей технологии. После длительного экспериментального изучения прошел клинические испытания по решению Фармакологического комитета МЗ СССР в 10 клиниках гастроэнтерологического профиля.

В результате установлено, что полифитохол может быть рекомендован для клинического применения как желчегонное средство, обладающее холеретическим и холекинетическим, противовоспалительным и спазмолитическим действием. Препарат не вызывает раздражения слизистой желудка [5,8].

Материалы и методы

В работе использованы материалы, полученные при об-

следованиях и лечении 69 больных с различными заболеваниями органов гастропанкреатобилиарной зоны (ГПБЗ) — язвенная болезнь желудка и ДПК, хронический холецистит и панкреатит, хронический гастрит. Возраст больных составлял от 18 до 65 лет. Все больные предъявляли жалобы на локализованные и нелокализованные боли в животе, и/или диспепсические расстройства различной интенсивности и продолжительности.

Для регистрации дуоденогастрального рефлюкса применялись эндоскопический, рентгенологический, манометрический методы [3,4,6,7].

Статистическая обработка проведена с использованием пакета программ «Statistica 6.0». Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение.

Всем больным проводилось фракционное дуоденальное зондирование дважды до и после лечения полифитохолом (табл. 1).

После применения полифитохола отмечается поло-

Таблица 1

Показатели желчи у больных с ДГР в динамике лечения полифитохолом

Показатели желчи	Норма	До лечения	После	p
Холестерин, моль/л	5,56±0,39	7,91±0,52	6,62±0,43	<0,05*
Желчные кислоты, ммоль/л	38,5±2,96	55,10±4,88	39,40±2,1	>0,05
Фосфолипиды, ммоль/л	5,09±0,26	9,6±1,74	6,29±1,6	>0,05
Гликопротеиды, ммоль/л	1,45±0,26	8,48±1,43	3,45±0,91	>0,05
Билирубин, мкмоль/л	3,36±0,40	6,4±1,1	3,20±0,54	<0,05*
ХХК	7,14±0,31	6,51 ±0,26	7,19±0,35	<0,05*
ХФК	1,1 ±0,08	1,0±0,1	0,96±0,07	>0,05
pH	6,98±0,2	6,69±0,06	7,16±0,18	<0,05*

жительная динамика — достоверное снижение концентрации холестерина, гликопротеидов, $p < 0,05$.

Несмотря на то, что содержание других ингредиентов желчи (желчные кислоты — ЖК, фосфолипиды — ФЛ, билирубин — Бн) не претерпело достоверных изменений, тем не менее литогенность желчи снижается, свидетельством тому является достоверное увеличение холато-холестеринового коэффициента (ХХК) и pH желчи ($p < 0,05$). Изменение, снижение ХХК и соответственно снижения концентрации холестерина в желчи достоверно не отмечено. Это можно связать с параллельно идущим уменьшением содержания концентрации холестерина в желчи и снижением ФЛ, что позволяет сохранять исходные величины ХФК. Зависимость изменений биохимического состава желчи от длительности заболевания отражена в таблице 2.

Таблица 2

Изменение биохимического состава желчи от длительности заболевания и интенсивности ДГР при лечении полифитохолом

Показатель	Норма	До 5 лет			Более 5 лет		
		до лечения	после	p	до лечения	после	p
Холестерин, ммоль/л	5,56±0,39*	7,59±0,59	7,06±0,60	>0,05	7,71±1,1	6,3±0,6	>0,05
Желчные кислоты, ммоль/л	38,5±2,96	52,4±4,46	54,09±2,6^	>0,05	57,1±5,58	47,6±3,6	>0,05
Фосфолипиды, ммоль/л	5,09±0,26	8,1±0,9	7,62±0,61	>0,05	12,2±4,41	9,35±3,68	>0,05
Билирубин, мкмоль/л	1,45±0,26	9,6±1,55	8,33±0,97	>0,05	4,88±1,79	4,1±1,68	>0,05
Гликопротеиды, ммоль/л	3,36±0,4	7,8±1,52	3,25±0,71	<0,05*	4,46±0,73	3,13±1,0	>0,05
ХХК	7,14±0,31	6,54±0,4	7,68±0,35	<0,05*	6,39±0,51	7,26±0,4	>0,05
ХФК	1,1±0,08	0,98±0,11	0,92±0,06	>0,05	1,06±0,3	0,94±0,2	>0,05
pH	6,98±0,2	6,84±0,18	7,27±0,15	>0,05	6,5±0,35	6,9±0,2	>0,05

Происходит достоверное изменение биохимического состава желчи при применении полифитохола у больных с дуоденогастральным рефлюксом, с анамнезом заболевания до 5 лет. У них наблюдается достоверное уменьшение концентрации гликопротеидов и увеличение ХХК, соответственно $3,25 \pm 0,71$ и $7,68 \pm 0,35$ ($p < 0,05$), снижается интенсивность дуоденогастрального рефлюкса (табл. 2).

Таким образом, на определенном этапе развития воспалительного процесса в билиарной системе происходит срыв регуляторных механизмов, ответственных за восстановление показателей биохимического состава желчи, трупного при обострении заболевания, возникает риск формирования патологии гепатобилиарной системы, увеличение интенсивности дуоденогастрального рефлюкса (табл. 3).

Биохимический состав желчи в зависимости от моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря и анамнеза заболевания ДГР более 5 лет, при лечении полифитохолом

Показатель	Норма	Нормомоторная (n=38)		
		до лечения	после	p
Холестерин, ммоль/л	$5,6 \pm 0,39$	$8,3 \pm 0,75$	$7,1 \pm 1,48$	0,461
Желчные кислоты, ммоль/л	$38,5 \pm 2,96$	$53,8 \pm 4,7$	$51,7 \pm 2,44$	0,693
Фосфолипиды, ммоль/л	$5,1 \pm 0,26$	$8,1 \pm 0,92$	$7,1 \pm 0,75$	0,366
Билирубин, мкмоль/л	$1,5 \pm 0,26$	$8,4 \pm 2,02$	$6,8 \pm 1,55$	0,521
Гликопротеиды, ммоль/л	$3,4 \pm 0,4$	$6,8 \pm 1,3$	$2,3 \pm 0,41$	0,010
ХХК	$7,1 \pm 0,31$	$6,3 \pm 0,33$	$7,4 \pm 0,4$	<0,05
ХФК	$1,1 \pm 0,08$	$1,1 \pm 0,14$	$1,1 \pm 0,07$	>0,05
pH	$6,0 \pm 0,2$	$6,5 \pm 0,10$	$7,3 \pm 0,16$	<0,05

После применения полифитохола у больных с нормомоторной функцией желчного пузыря наблюдалось достоверное изменение биохимических показателей

желчи: холестерин (Хс), фосфолипиды (Фл), ХХК, гликопротеины (Гп), pH желчи, соответственно $7,05 \pm 1,48$; $7,06 \pm 0,75$; $2,26 \pm 0,40$; $7,26 \pm 0,41$; $7,29 \pm 0,16$ ($p < 0,05$) (табл. 3).

Все это свидетельствует о том, что у больных с нормальной моторно-эвакуаторной функцией желчного пузыря лекарственное действие полифитохола приводит к нормализации состава желчи, ($p < 0,05$), чего не наблюдается у больных с гипомоторной функцией ($p > 0,05$). Вероятно, это связано с нарушением концентрации традиционно-абсорбционной функции желчного пузыря.

У больных дуоденогастральным рефлюксом с нормальной моторной функцией желчного пузыря после лечения полифитохолом изменялись не только содержание холестерина и ХХК, но и достоверно, снижалась концентрация фосфолипидов, регулирующих морфологическую ремиссию бил парной системы.

У больных с анамнезом заболевания до 5 лет после лечения полифитохолом происходит достоверное уменьшение концентраций холестерина, гликопротеидов, увеличение ХХК.

У больных с дуоденогастральным рефлюксом с анамнезом заболевания более 5 лет и гипомоторной функцией желчного пузыря, после лечения полифитохолом положительная динамика в качественном составе пузыря желчи не регистрировалось.

Таким образом, клиническое применение полифитохола в лечебной тактике (моно- и комплексная терапия) дуоденогастрального рефлюкса, позволили добиться нормализации физико-химического состава желчи,

моторно-эвакуаторной функции и состояния слизистой органов гастропанкреатодуоденобилиарной зоны.

THE POLYPHITOCHOL WAS USED IN TREATMENT OF 69 PATIENTS WITH GASTRODUODENAL REFLUX

G.F. Zigaev, E.V. Krivigina
(Republic Clinical Hospital, Ulan-Ude)

The influence of polyphitochol on the main clinical and functional indices of a gastroduodenal reflux relapse was studied. It was shown that polyphitochol, which influences disturbed mechanisms of adaptive regulation and selfregulation led to positive changes in most of the parameters under study. Addition of polyphitochol to the complex conventional pharmacotherapy fastened healing and improved the condition of the gastroduodenal mucosa.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баллюзек Ф.В., Добрынин Е.В., Мотус О.Я., Мумыков Ш.М. Синдром абдомино-висцеральной ишемии в практике ургентной хирургии // Вестник хирургии. — 1985. — № 9. — С.151-152.
2. Благодик Е.М., Федоровский В.В. Подход к индивидуальному лечению хронической дуоденальной непроходимости // Клин. медицина. — 1988. — № 9. — С.91-93.
3. Жигаев Г.Ф., Щербатых А.В., Москвитина В.С. Дуоденальный стаз. — Иркутск, 1998. — 133 с.
4. Нестеренко Ю.А., Ступин В.А., Федоров А.В. Диагностика и лечение хронической дуоденальной непроходимости // Хирургия. — 1985. — № 4. — С.154-155.
5. Николаев С.М. Растительные лекарственные препараты при повреждении гепатобилиарной системы. — Новосибирск: Наука, 1992. — С.155.
6. Постолов П.М., Гук Е.В. Дуоденогастральный рефлюкс до и после хирургического лечения язвенной болезни // Вестник хирургии. — 1987. — № 1. — С.141-143.
7. Щербатых А.В., Реут А.А., Жигаев Г.Ф., Погодаев Н.Н. Диагностика и хирургическое лечение рефлюкс-гастрита при хронической дуоденальной непроходимости // Диагностика и лечение заболеваний печени, поджелудочной железы, селезенки и двенадцатиперстной кишки: Тез. докл. конф. хирургов. — Тюмень, 1990. — Т. 2. — С.305-307.
8. Убеева И.П., Убеева В.Г., Батмеев Б.Д., Пак С.Г. Особенности влияния полифитохола при вирусном гепатите В // Вестник БГУ. — Сер.11, вып.3. — Улан-Удэ: Медицина, 2003. — С.28-32.
9. Sviridov D.D., Szachik N.A., Safonova J.Q. et al. Cholesterol synthesis in the small intestine of patients with malabsorption syndrome // Digestion. — 1988. — Vol. 40, № 3. — С.152-156.