

Л.В. Борбоев^{1,2}, А.Н. Плеханов^{1,2,4}, Е.В. Петров³

КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОЛИФИТОХОЛА И ВЕНТРОФИТА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СТАЗА

¹НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Улан-Удэ ОАО «РЖД», Улан-Удэ

²Бурятский государственный университет, Улан-Удэ

³Институт общей и экспериментальной биологии СО РАН, Улан-Удэ

⁴Бурятский филиал НЦРВХ СО РАМН, Улан-Удэ

В статье показана эффективность применения препарата «полифитохол» в лечении компенсированного и субкомпенсированного дуоденального стаза. Препарат снижает уровень внутридуоденального давления, улучшает моторно-эвакуаторную функцию двенадцатиперстной кишки. Экспериментально доказано наиболее выраженное защитное действие препарата «Вентрофит» на слизистую желудка и более значимое антиоксидантное свойство по сравнению с препаратом «Полифитохол».

Ключевые слова: внутридуоденальное давление, лечение, растительные препараты

CLINICAL-EXPERIMENTAL ESTIMATION OF EFFICIENCY OF POLYPHYTOHOLI AND VENTROPHYTI IN TREATMENT OF CHRONIC DUODENAL STASIS

L.V. Borboev^{1,2}, A.N. Plekhanov^{1,2,4}, E.V. Petrov³

¹Department Clinical Hospital at Ulan-Ude station of Russian Railway Ltd, Ulan-Ude

²The Buryat State University, Ulan-Ude

³Institute of General and Experimental Biology of SB RAMS, Ulan-Ude

⁴Buryat Branch of SC RRS SB RAMS, Ulan-Ude

In the article efficiency of application of a preparation Polyphytoholi in treatment of compensated and subcompensated duodenal stasis is shown. The preparation reduces a level of intraduodenal pressure, improves function of a duodenal gut. The most expressed protective action of preparation Ventrophyt on mucous of a stomach and more significant antyoxidant property is experimentally proved in comparison with preparation Polyphitohol.

Key words: intraduodenal pressure, treatment, vegetative preparations

На рубеже XXI века актуальность проблемы лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) бесспорна, так как при этом имеет место достаточно большой процент осложнений в послеоперационном периоде [1, 3]. В большинстве случаев причиной этих осложнений является не ликвидированный дуоденальный стаз или, так называемое хроническое нарушение дуоденальной проходимости (ХНДП).

В настоящее время хирургами предложено много различных способов коррекции ХНДП, однако большинство из них травматичны, чреваты различными осложнениями, а использование их нередко приводит к инвалидизации больных [2, 4]. В последние годы произошла переоценка взглядов на применение того или иного способа коррекции ХНДП, так как эти способы, как правило, разрушают фиксирующий аппарат двенадцатиперстной кишки, а это еще более усугубляет дуоденальный стаз [6].

Давно известен анатомический вариант ДПК, обуславливающий развитие дуоденального стаза, при котором отсутствует горизонтальная часть ДПК, а нисходящая под острым углом переходит непосредственно в восходящую часть. Он впервые дифференцирован лишь в системе неэффективных способов хирургического лечения [5].

В настоящее время в стране возрос интерес к фитотерапии. При заболеваниях гепатобил-

лиарной зоны используются различные лекарственные фитопрепараты: дезинтоксикационные, противовоспалительные, желчегонные, индукторы ферментативных систем, улучшающие обмен веществ и т. д.

Целью работы является оценка эффективности применения препарата «полифитохол» в комплексном лечении дуоденального стаза при аномалии двенадцатиперстной кишки, а также сравнительная оценка вентрофита и полифитохола в коррекции рефлюкс гастродуоденита и дуоденостаза у экспериментальных животных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами произведен анализ историй болезни 140 больных с дуоденальным стазом, которым в комплекс лечения включали препарат полифитохол (основная группа). Среди больных преобладали мужчины (83), женщин было 57. Средний возраст больных составил $44,6 \pm 4,3$ года.

Препарат «полифитохол» получен по щадящей технологии из корневищ девясила высокого, травы золототысячника обыкновенного, цветков пижмы обыкновенной, плодов шиповника и плодов боярышника. «Полифитохол» применяли по 1,0 г порошка три раза в день за 30 минут до еды в течение 4 недель на фоне базисной терапии. Исследование проводили до применения препарата, на 10 – 11 и 21 день лечения.

Контрольную группу составили 109 пациентов, которым в комплексе лечения включали метаклопрамид (церукал). Мужчин было 33, женщин — 76. средний возраст больных составил $51,2 \pm 6,8$ года. Вначале лечения прием препарата (церукал $0,01 \text{ мг} \times 3$ раза в день). Курс лечения составлял 1–1,5 месяца.

С помощью фармакологических средств добивались усиления моторной деятельности ДПК.

В основной группе больных с язвенной болезнью желудка и ДПК было 27 (67,5 %), с желчнокаменной болезнью — 13 (32,5 %).

Во время проведения поэтажной манометрии в основной и контрольной группах из 109 больных у 100 (88,4 %) была выявлена дуоденальная гипертензия. В основной группе компенсированный дуоденостаз диагностирован у 15 % пациентов, субкомпенсированный — у 72,5 %, декомпенсированный — у 12,5 %. Степень дуоденостаза определялась по внутридуоденальному давлению. Нормальное интрадуоденальное давление составило $90 - 120$ ($99,1 \pm 11,09$) мм вод. ст.

Давление в ДПК у больных с компенсированным дуоденостазом достигало $120 - 180$ ($159,5 \pm 20,11$) мм вод. ст., субкомпенсированным — $180 - 200$ ($189,1 \pm 9,0$) мм вод. ст., с декомпенсированным — 200 ($245,3 \pm 44,1$) мм вод. ст. и выше. Критерием исключения был декомпенсированный дуоденальный стаз в обеих группах, т. к. в этом случае считаем показанным только хирургическое лечение.

Диагноз устанавливался после получения результатов комплексного обследования больных, включающего: измерение внутриполостного давления в ДПК, желудке, пищеводе; исследование желудочной секреции, рентгенологическое и эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта.

Экспериментальное исследование заключалось в сравнительной оценке влияния растительных препаратов «полифитохол» и «вентрофит» на активность кислотной и ферментообразующей функции желудка и двенадцатиперстной кишки.

При этом создавали известную модель экспериментального «рефлюкс»-гастрита и дуодентита, путем 7-дневного внутрижелудочного введения 1 раз в сутки медицинской желчи белым крысам массой $180 - 200$ г в объеме 10 мл/кг . Животным опытной группы 1 вводили «Вентрофит» в форме отвара в объеме 10 мл/кг через 6 часов после введения медицинской желчи, 1 раз в сутки на протяжении всего эксперимента. В качестве препарата сравнения использовали полифитохол в форме отвара, который вводили по аналогичной схеме в соответствующих объемах. Животным контрольной группы вводили дистиллированную воду в соответствующем объеме по аналогичной схеме. Исследования проводили через 10 суток от начала эксперимента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Учитывая данные проведенных исследований, которые выявили Y-образную деформацию две-

надцатиперстной кишки, в клинической картине у больных отмечались следующие жалобы: боль в животе — 100 %, связь боли в животе с приемом пищи — 72,4 %, ощущение тяжести и переполнения желудка — 20,4 %, отрыжка — 38,8 %, изжога — 44,7 %, тошнота — 44,4 %, ощущение горечи во рту — 20 %.

При рентгеноскопии желудка и ДПК признаки дуоденальных нарушений были отмечены в 88,8 % случаев. Наиболее часто встречающимися рентгенологическими симптомами нарушения дуоденальной проходимости были: увеличение размеров желудка — 33,4 %, замедленный пассаж контрастной массы по ДПК — 58,8 %, ускоренная эвакуация из желудка — 11,4 %, антиперистальтика — 10,9 %.

В связи с недостаточной информации рентгенологического осмотра желудка и ДПК мы дополнили этот метод зондовой (у 34) и беззондовой (у 9) релаксационной дуоденографией. На дуоденограммах признаками ХНДП были: артериомезентериальная компрессия нижней горизонтальной части ДПК, проксимальный перидуоденит, и тотальный периодуоденит.

Стандартный рентгенологический метод исследования желудка и ДПК дополнялся релаксационной дуоденографией, которая была проведена у 44 больных. Признаками ХНДП на дуоденограммах были: проксимальный перидуоденит — 51,6 %, ДГР — 34,4 %; рубцово-спаечный процесс в области дуоденоюнального перехода — 30,3 %.

При рентгенологическом исследовании желудочно-кишечного тракта с хорошими и удовлетворительными результатами отмечены достоверные улучшения эвакуаторной функции желудка, желчного пузыря и ДПК у 28 из 40 больных, что составило 70 %.

В клинической картине у пациентов основной группы отмечалось положительная динамика, которая проявлялась: уменьшение боли в животе — 31,2 %, связь с болью в животе с приемом пищи — 18,9 %, ощущением тяжести и переполнением желудка — 29,9 %, отрыжкой — 17,1 %, изжогой — 5,3 %, тошнотой — 21,8 %, ощущением горечи во рту — 7 %.

Показатели внутридуоденального давления у пациентов основной группы были достоверно ниже, чем у контрольной и составляли, соответственно, $187,5 \pm 16,4$ мм вод. ст. и $231 \pm 22,2$ мм вод. ст. соответственно ($p_F = 0,01$).

Анализ отдаленных результатов лечения пациентов с дуоденальным стазом позволил выделить больных с хорошим, удовлетворительным и неудовлетворительными результатами в каждой исследуемой группе. У больных основной группы, хорошие результаты лечения наблюдались у 31 % больных. Эти больные не предъявляли никаких жалоб, выполняли прежнюю работу. У 59 % больных результаты лечения были удовлетворительными. У 28 % из них клиническая картина проявилась тошнотой, тупыми болями в эпигастриальной области и в правом подреберье. Неудовлетворительные ре-

зультаты были получены у 10 % пациентов 1 группы. У этих больных сохранялись не локализованные боли в животе, метеоризм, неустойчивый стул.

У пациентов контрольной группы хорошие результаты получены у 11 %, удовлетворительные у 37,7 %, неудовлетворительные у 52,3 %.

Оценивая результаты экспериментального исследования нами было установлено, что «Вентрофит» на фоне экспериментального «рефлюкс»-гастродуоденита и дуоденостаза вызванного введением медицинской желчи, оказывает выраженное защитное действие на слизистую желудка и двенадцатиперстной кишки, препятствуя развитию деструктивных изменений сохранению ее функциональной активности. В частности, у животных опытной группы, получавших «Вентрофит» в указанном объеме, отмечалось снижение индекса Паулса для точечных кровоизлияний в 2,2 раза по сравнению с данными в контроле. Установлено, что на фоне курсового введения «Вентрофита» отмечалось повышение кислото- и ферментообразующей функции желудка: содержание свободной соляной кислоты в желудочном соке увеличивалось на 23 %, темп желудочной секреции был выше контрольных показателей на 45 %, дебит-час соляной кислоты увеличивался на 36 %, содержание пепсина повышалось в 2 раза, дебит-час пепсина — в 2,2 раза по сравнению с результатами у животных контрольной группы. Наряду с этим, в группе крыс, получавших «полифитохол», концентрация мукополисахаридов превышала контрольные показатели на 30 %. Также курсовое назначение данного средства оказывало выраженное антиоксидантное действие, о чем

свидетельствует угнетение процессов свободнорадикального окисления липидов и активация антиоксидантной защиты организма. Так, содержание малонового диальдегида в гомогенате стенки желудка снижалось на 45 %, а активность каталазы возрастала до уровня показателей у животных интактной группы. При этом установлено, что защитное действие «Вентрофита» по ряду показателей (свободная соляная кислота, темп желудочной секреции, концентрация пепсина, дебит-час мукополисахаридов, активность каталазы и малонового диальдегида) значительно превосходило таковое у препарата сравнения (табл. 1).

Таким образом, в комплекс предоперационного обследования больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, хроническим холециститом и желчекаменной болезнью необходимо включать рентгенологическое исследование, внутривидеоанальную манометрию и исследование секреторной функции желудка. Применение препарата «полифитохол» в лечении больных с нарушением дуоденальной проходимости является более яркой альтернативой применения холинолитиков, т. к. он не только улучшает функцию ДПК, но и оказывает желчегонное, противовоспалительное и гепатопротекторное действие, что немаловажно, т. к. дуоденальный стаз и заболевание гепатобилиарной зоны тесно взаимосвязаны.

«Вентрофит» оказывает наиболее выраженное защитное действие на слизистую желудка и более значимое антиоксидантное действие по сравнению с препаратом «полифитохол» при экспериментальном «рефлюкс»-гастрите и дуодените с дуоденостазом.

Таблица 1
Сравнительная оценка влияния препаратов «Вентрофит» и «Полифитохол» на функцию желудка и двенадцатиперстной кишки, показатели перекисного окисления липидов и при экспериментальном «рефлюкс»-гастродуодените и дуоденостазе

Показатели	Группы животных			
	Интактная	Контрольная (медицинская желчь)	Опытная 1 (медицинская желчь + «Вентрофит»)	Опытная 2 (медицинская желчь + препарат сравнения «Полифитохол»)
Свободная HCL, TE	45,5 ± 3,30	22,22 ± 1,9	39,58 ± 1,45*	24,10 ± 0,14*
Темп желудочной секреции, мл/100 г ч	0,45 ± 0,02	0,30 ± 0,05	0,57 ± 0,06*	0,44 ± 0,03*
Общая кислотность, TE	122,50 ± 6,50	58,5 ± 4,74	96,62 ± 5,24*	85,13 ± 5,05*
Дебит-час HCL, мкг/100 г ч	80,5 ± 4,05	30,02 ± 6,56	50,80 ± 8,35*	42,07 ± 5,20
Дебит-час пепсина, мг/ч	20,5 ± 3,5	6,95 ± 0,27	14,55 ± 2,4*	10,04 ± 0,15
Пепсин, мг/мл	39,5 ± 3,54	10,54 ± 0,55	25,44 ± 4,05*	12,05 ± 0,16
Альциановый синий в желудочном соке, мкг/мл	305,5 ± 20,5	202,5 ± 15,6	299,5 ± 14,7*	235,6 ± 16,80
Дебит-час мукополисахаридов, мкг/ч	295,1 ± 24,4	304,2 ± 21,5	480,6 ± 35,4*	330,1 ± 17,4
Индекс Паулса	0 0 0	6,05 0,50 0,31	2,50 0,21 0	4,00 0,31 0,10
Каталаза в гомогенате желудка, IU/г ткани	44,6 ± 0,6	39,34 ± 0,35	42,10 ± 0,24*	34,5 ± 4,25
МДА в гомогенате желудка, ммоль/г ткани	0,007 ± 0,0001	0,38 ± 0,008	0,18 ± 0,002*	0,24 ± 0,0001*

Примечание: * — здесь и далее различия достоверны по сравнению с контролем при $p < 0,05$.

ЛИТЕРАТУРА

1. Витебский Я.Д. Пути улучшения результатов гастрэктомий / Я.Д. Витебский, О.Ю. Кушниренко, В.И. Ручкин // Хирургия. — 1986. — № 1. — С. 39–41.
2. Дуденко Ф.И. Результаты оперативного лечения больных с хронической непроходимостью двенадцатиперстной кишки / Ф.И. Дуденко, А.В. Пляшкевич, А.С. Зуев // Клин. хир. — 1989. — № 8. — С. 28–30.
3. Мирзаев А.П. Дуоденальный стаз / А.П. Мирзаев. — Л., 1976. — 233 с.
4. Мищенко Ф.Ф. Влияние типа операции и сочетанной патологии на результаты лечения больных с хроническими нарушениями дуоденальной проходимости / Ф.Ф. Мищенко, Н.П. Чернобровый, И.А. Козак // Вестн. хир. — 1992. — Т. 148, № 4. — С. 23–27.
5. Панцырев Ю.М. Значение нарушений дуоденальной проходимости в хирургии пилородуоденальных язв / Ю.М. Панцырев, С.А. Чернякевич, М.В. Никитин // Хирургия. — 1985. — № 2. — С. 10–14.
6. Репин В.Н. Оперативное лечение хронической непроходимости двенадцатиперстной кишки после радикальных операций на желудке при язвенной болезни / В.Н. Репин, В.Н. Дворянских, А.В. Овечкин // Клин. хир. — 1989. — № 8. — С. 30–32.

Сведения об авторах

Борбоев Леонид Владимирович – заведующий операционным блоком НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Улан-Удэ ОАО «РЖД», тел. 28-24-59, 28-35-03

Плеханов Александр Николаевич – главный врач НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Улан-Удэ ОАО «РЖД», заведующий кафедрой факультетской хирургии медицинского факультета Бурятского государственного университета, д.м.н., профессор, тел. 28-35-03, 44-08-17, plehanov.a@mail.ru

Петров Евгений Владимирович – старший научный сотрудник Института общей и экспериментальной биологии СО РАН, Улан-Удэ, к.м.н., тел. 43-34-63