

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ

© БОРБОЕВ Л.В., ПЛЕХАНОВ А.Н. — 2009

РАСТИТЕЛЬНОЕ СРЕДСТВО «ПОЛИФИТОХОЛ» В ЛЕЧЕНИИ ДУОДЕНОСТАЗА

Л.В. Борбоев¹, А.Н. Плеханов^{1,2}

(¹ ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет Министерства образования РФ», г. Улан-Удэ, ректор — д.п.н., проф. член-корр. РАО С.В. Калмыков;

² Бурятский филиал НЦРВХ СО РАМН, г. Улан-Удэ, директор — д.м.н. Е.Н. Цыбиков)

Резюме. В статье показана эффективность применения препарата «полифитохол» в лечении компенсированного и субкомпенсированного дуоденального стаза. Препарат снижает уровень интрадуоденального давления, улучшает моторно-эвакуаторную функцию двенадцатиперстной кишки.

Ключевые слова: дуоденостаз, лечение, эффективность, прогноз.

VEGETATIVE MEANS «POLIPHITOHOL» IN TREATMENT OF DUODENOSTASIS

L.V. Borboev, A.N. Plekhanov
(Buryat State University, Ulan-Ude;
Buryat Branch of SCRRS SB RAMS, Ulan-Ude)

Summary. The efficiency of application of the preparation “poliphitohol” in treatment of compensated and subcompensated duodenal stasis is shown in the article. The preparation reduces level intraduodenal pressure, improves function of duodenum.

Key words: duodenostasis, treatment, efficiency, the forecast.

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 неликвидированный 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, обусловливающий 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 гепатобилиарной 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.

Материалы и методы

Нами произведен анализ историй болезни 40 больных с дуоденальным стазом, которым в комплекс лечения включали препарат полифитохол (основная группа). Среди больных преобладали мужчины (23), женщин было 17. Средний возраст больных составил 44,6±4,3 года. Препарат получен по щадящей технологии из корневищ девясила высокого, травы золототысячни-

ка обыкновенного, цветков пижмы обыкновенной, плодов шиповника и плодов боярышника. Полифитохол применяли по 1,0 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-й и 21-й день лечения.

Контрольную группу составили 29 пациентов, которым в комплекс лечения включали метаклопрамидцерукал. Мужчин было 13, женщин — 16. Средний возраст больных составил 51,2±6,8 года. Церукал больные принимали по 0,01 мг 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 69 больных у 61 (88,4%) была выявлена дуоденальная гипертензия. В основной группе компенсированный дуоденостаз диагностирован у 6 (15%) пациентов, субкомпенсированный — у 29 (72,5%), декомпенсированный — у 5 (12,5%). Степень дуоденостаза определялась по интрадуоденальному давлению. Нормальное интрадуоденальное давление составило 90-120 (99,1±11,09 мм вод. ст.) мм вод. ст. Давление в ДПК у больных с компенсированным дуоденостазом достигало 120-180 (159,5±20,11) мм вод. ст., с субкомпенсированным — 180-200 (189,1±9,0) мм вод. ст., с декомпенсированным — 200 (245,3±44,1) мм вод. ст. и выше. Критерием исключения был декомпенсированный дуоденальный стаз в обеих группах, так как в этом случае считаем показанным только хирургическое лечение.

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

Результаты и обсуждение

Учитывая данные проведенных исследований, которые выявили Y-образную деформацию двенадцатиперстной кишки, в клинической картине у больных от-

мечались следующие жалобы: боль в животе (в 100%), связь боли в животе с приемом пищи (в 72,4%), ощущение тяжести, переполнения желудка (в 20,4%), отрыжка (в 38,8%), изжога (в 44,7%), тошнота (в 44,4%), ощущение горечи во рту (в 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 отмечалась положительная динамика, которая проявлялась: уменьшением боли в животе — 31,2%, уменьшением ощущения тяжести и переполнения желудка — 29,9%, уменьшением отрыжки — 17,1%, изжо-

ги — 5,3%, тошноты — 21,8%, ощущения горечи во рту — 7%.

Показатели внутридуоденального давления у пациентов основной группы были достоверно ниже, чем у контрольной и составляли $187,5 \pm 11,6$ и $231 \pm 22,2$ мм вод. ст. соответственно ($p_1=0,01$).

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 результаты были получены у 10% пациентов основной группы. У этих больных сохранялись нелокализованные боли в животе, метеоризм, неустойчивый стул.

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

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Витебский Я.Д., Кушниненко О.Ю., Ручкин В.И. Пути улучшения результатов гастрэктомий // Хирургия. — 1986. — № 1. — С. 39-41.
2. Дуденко Ф.И., Пляшкевич А.В., Зуев А.С. Результаты оперативного лечения больных с хронической непроходимостью двенадцатиперстной кишки // Клиническая хирургия. — 1989. — № 8. — С. 28-30.
3. Мирзаев А.П. Дуоденальный стаз. — Л., 1976. — 233 с.
4. Мищенко Ф.Ф., Чернобровый Н.П., Козак И.А. Влияние типа операции и сочетанной патологии на результаты лече-

ния больных с хроническими нарушениями дуоденальной проходимости // Вестник хирургии. — 1992. — Т. 148, № 4. — С. 23-27.

5. Панцырев Ю.М., Чернякевич С.А., Никитин М.В. Значение нарушений дуоденальной проходимости в хирургии пилородуоденальных язв // Хирургия. — 1985. — № 2. — С. 10-14.

6. Репин В.Н., Дворянских В.Н., Овечкин А.В. Оперативное лечение хронической непроходимости двенадцатиперстной кишки после радикальных операций на желудке при язвенной болезни // Клиническая хирургия. — 1989. — № 8. — С. 30-32.

Адрес для переписки: Плеханов Александр Николаевич — д.м.н., профессор, зав. кафедрой факультетской хирургии БГУ, Республика Бурятия, 670031, Улан-Удэ, ул. Павлова, 12, факс (3012) 21-76-78, тел. (3012) 23-37-24, 55-11-61

© УБАШЕЕВ И.О., ПЛЕХАНОВ А.Н., БАЛЬХАЕВ И.М., ЛОНШАКОВА К.С., УБАШЕЕВА Е.И. — 2009

ПЕЧЕНОЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ЖИВОТНЫХ ПРИ ОСТРОМ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ И ОПТИМИЗАЦИЯ ЕЕ ФИТОСРЕДСТВОМ НА ОСНОВЕ ЭКСТРАКТА ЗУБЧАТКИ КРАСНОЙ

И.О. Убашеев, А.Н. Плеханов^{2,3}, И.М. Бальхаев^{1,2}, К.С. Лоншакова, Е.И. Убашеева

¹Институт общей и экспериментальной биологии СО РАН, г. Улан-Удэ, директор — д.б.н., проф. Л.Л. Убугунов;

²Бурятский государственный университет, г. Улан-Удэ, ректор — д.п.н., проф., член-корр. РАО С.В. Калмыков;

³Бурятский филиал НЦРВХ СО РАМН, Улан-Удэ, директор — д.м.н. Е.Н. Цыбиков)

Резюме. В настоящей работе дана экспериментальная морфофункциональная оценка влияния фитосредства на основе экстракта зубчатки обыкновенной при остром токсическом гепатите у белых крыс на основании гистологических, гистохимических, гистоэнзимологических, цитологических, цитофотометрических, биохимических и статистических данных, позволивших авторам выявить основной механизм действия исследуемого средства, который сводился к ингибированию перекисного окисления липидов клеточных мембран и стабилизации их.

Ключевые слова: токсический гепатит, лечение, печеночная недостаточность.