

ГАЛСТЕНА В ЛЕЧЕНИИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

О. Н. Минушкин
Медицинский центр Управления делами Президента РФ

В статье приводятся результаты лечения препаратом "Галстена" трех групп больных: 1-я группа - 10 больных хроническим холециститом; 2-я группа - 15 больных хроническим гепатитом и 3-я группа - 15 больных с жировой дистрофией печени. Оценивали влияние препарата на процессы воспаления и моторику билиарного тракта, на активность воспалительного процесса и метаболизм печеночной клетки. Дозы препарата были стандартными - 10 капель 3 раза в день за 30 минут до еды в течение 30 дней.

В результате исследования установлено, что галстена оказывает положительное влияние на моторную функцию билиарного тракта и улучшает внешнесекреторную функцию печени; уменьшает активность мезенхимально-воспалительного синдрома и уменьшает степень жировой инфильтрации печени.

Ключевые слова: болезни печени, галстена, монотерапия

Galstena was given to 10 patients with chronic cholecystitis, 15 patients with chronic hepatitis and 15 patients with fatty degeneration of the liver for 30 days in a dose 10 drops 3 times a day 30 min before meal. The effect of the drug was assessed in relation to biliary inflammation and motility, inflammation and metabolism in a hepatic cell. It was found that galstena improves motor function of the biliary tract and exocrine function of the liver, reduces activity of mesenchymo-inflammatory syndrome and fatty degeneration of the liver.

Key words: liver diseases, galstena, monotherapy

Настоящий период времени характеризуется двумя противоположно направленными векторами: большими достижениями в тех областях медицины, которые зависят от успехов биологии, и почти полным отсутствием достижений, зависящих от прикладных дисциплин (к которым можно отнести успехи в лечении болезней). Особенно наглядно это можно проследить на больных, страдающих заболеваниями печени. Это связано с тем, что печень является органом, обеспечивающим энергетические и пластические потребности организма, выполняющим основную дезинтоксикационную функцию, защищающую организм от "экологической агрессии среды", в том числе и эндогенной, связанной с успехами в лечении многих заболеваний, так как метаболизм большинства лекарственных препаратов происходит в печени. Многие болезни печени, казалось бы, заканчивающиеся выздоровлением, оставляют след метаболического нарушения, который сохраняется много лет, переходя нередко в болезнь, требующую применения лекарственных средств (примером этого может явиться "непрямая гипербилирубинемия - функциональная", являющаяся следствием перенесенного острого вирусного гепатита).

Коротко клинико-лабораторно-морфологические эффекты поражения печени можно свести к следующим повреждениям:

1. Митохондриальные поражения (выражаются в развитии фиброза, иногда с выраженной пролиферацией желчных протоков). Этому виду повреждения способствуют лекарственные поражения, парентеральное питание.
2. Фиброз (развивается при большинстве лекарственных повреждений печени). Фиброзная ткань откладывается в пространстве Диссе и нарушает кровоток в

- синусоидах, вызывая неириротическую портальную гипертензию и нарушение функции гепатоцитов.
3. Подавление синтеза белка (белковая дистрофия гепатоцитов с вытекающими функциональными, морфологическими и лабораторными последствиями). Развивается вследствие значительного токсического воздействия среды: пищи с токсическими примесями, алкоголя, лекарств, вирусного, микробного, интоксикационного воздействия.
 4. Веноокклюзивная болезнь (развивается вследствие токсического действия некоторых растений, входящих в пищевые добавки, пищу, лечебный чай (даже валерьяны), китайских препаратов, в том числе общеукрепляющих, снимающих стресс, используемых при бессоннице).
 5. Холестаз (гепатоканаликулярный, развивается под влиянием токсического, токсико-аллергического, токсико-иммунного воздействия: вирусного, алкогольного, лекарственного, пищевого, растительных компонентов, в том числе входящих в пищевые добавки, лечебные чаи, и многих других).
 6. Гипервитаминоз (в частности, гипервитаминоз А), морфологически выражается в клетках Итона с последующим развитием портальной гипертензии. В качестве провоцирующих факторов часто выступают лекарства. Так, особое место в группе антигипертензивных препаратов, эффект которых реализуется через цитохром Р-450-IID6, характеризующийся выраженным полиморфизмом, занимают ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, способные вызывать гепатит, нередко протекающий с выраженной периферической эозинофилией и эозинофильной инфильтрацией портальных трактов.
 7. Прямое повреждающее действие любых токсических факторов на гепатоцит (или опосредованное через отек, воспалительную инфильтрацию, гипоксию, аллергию, идиосинкразию). При этом биохимическое исследование крови выявляет значимое повышение активности трансаминаз.
 8. Те же воздействия могут реализовываться через индукцию и конкурентную ингибицию ферментов, запускающих любой из перечисленных выше механизмов.

Важно подчеркнуть, что даже если острое повреждение печени не переходит в явный хронический процесс, а заканчивается выздоровлением, то все равно "издержки" повреждения будут проявляться той или иной степенью дистрофии, более высокой чувствительностью печени к повреждающим агентам, ферментной недостаточностью, ведущей к функциональной неполноценности. Особенностью этой патологии является склонность к частым рецидивам, длительному течению, нарушающему трудоспособность, что переводит проблему из медико-биологической в медико-социальную. Все это заставляет держать в арсенале врача препараты (средства) с протективным эффектом действия, восстанавливающим те или иные стороны нарушенной структуры и функции гепатоцита и гепатобилиарной системы в целом.

Гепатопротекторы (ГП) на сегодняшний день составляют 9,2% от общего количества лекарственных средств. В 1999 г. группа ГП в России была представлена 31 торговым наименованием по 167 позициям. Все ГП можно разделить на препараты природного и синтетического происхождения.

Группа ГП природного происхождения составляет 52% от общего количества ГП. Это в значительной степени связано с большим спектром действия этой группы препаратов, доступностью их в ценовом отношении, минимальным количеством побочных эффектов. Одним из перспективных направлений в этом отношении является использование натуральных комплексных препаратов, практически исключаящее токсическое и аллергическое воздействие на организм человека при длительных терапевтических

курсах. Препаратом подобного типа является галстена фирмы "Рихард Биттнер" (Австрия), который был использован нами у больных с заболеваниями гепатобилиарного тракта. Галстена состоит из пяти натуральных компонентов, обладающих гисто- и органотропностью к гепатобилиарной системе (Carduus D1, Taraxacum D6, Natrium sulfuricum D12, Phosphorus D12). Эти компоненты подобраны в таком составе и соотношении, что оказывают многостороннее регулирующее воздействие на печень и желчные пути, сочетая действие гепатопротектора, спазмолитика, противовоспалительного, желчегонного и холеретического средства.

Материал и методы

Для оценки эффективности препарата были сформированы 3 клинические группы больных. В 1-ю группу вошло 10 больных (4 мужчины, 6 женщин) хроническим некалькулезным и калькулезным холециститом в возрасте от 41 года до 72 лет (средний возраст $53,9 \pm 2,2$ года). В этой группе оценивали влияние галстены на процессы воспаления и моторику билиарного тракта. Во 2-ю группу включили 15 больных (8 мужчин, 7 женщин) хроническим гепатитом различной этиологии (токсическим/лекарственным, вирусным, алкогольным) в возрасте от 25 до 73 лет (средний возраст $43,1 \pm 2,8$ года). В данной группе оценивали влияние галстены на активность воспалительного процесса и метаболизм печеночных клеток. 3-ю группу составили 15 больных (4 мужчин, 11 женщин) с жировой инфильтрацией печени в возрасте от 42 до 73 лет (средний возраст $55,5 \pm 2,6$ года). У больных 3-й группы изучали влияние галстены на метаболические процессы в печени. Галстену назначали в качестве монотерапии по 10 капель за 30 мин до еды 3 раза в день в течение 1 мес.

Для оценки эффективности и переносимости препарата регистрировали динамику клинических проявлений, биохимического и клинического анализа крови, анализа мочи. У всех больных в динамике проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ) печени, желчных путей, поджелудочной железы и селезенки, размеры органов, структуру, "столб затухания" ультразвукового сигнала по глубине с отключенным автоматическим усилением сигнала для оценки степени жировой инфильтрации печени, объем желчного пузыря и его сократительную способность в процессе лечения; кроме того, проводили этапное хромотическое дуоденальное зондирование (ЭХДЗ).

При биохимическом исследовании крови определяли общий белок, альбумины, глобулины, холестерин, глюкозу, триглицериды, АСТ, АЛТ, щелочную фосфатазу, билирубин, у-глутаматтранспептидазу (ГГТ). У больных с хроническим холециститом проводили ЭХДЗ, позволяющее выявить нарушения в работе сфинктерного аппарата билиарного тракта, определить тип дискинетических расстройств.

Результаты и обсуждение

В 1-й группе 9 пациентов страдали хроническим бескаменным холециститом, длительность заболевания составила от 1 года до 30 лет. У 1 больного был хронический калькулезный холецистит продолжительностью 3 года. Сопутствующая патология: ИБС, стенокардия напряжения II функционального класса выявлена у 1 пациента, хронический антральный гастрит - 3, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки - у 1, артериальная гипертония I-II стадии - у 2 больных.

До начала лечения все пациенты предъявляли жалобы на ощущение тяжести в правом подреберье, 5 больных отмечали периодические приступы резкой боли в виде полупояса или локализованную боль в правом подреберье. Тошноту отмечали 2 больных, ощущение

горечи во рту - 4, вздутие живота - 4, изжога была у 3 больных, стул со склонностью к послаблению - у 3, запоры отмечены также у 3 больных. В первые 10-14 дней применения галстены у 8 человек все перечисленные выше жалобы исчезли и не рецидивировали на протяжении курса лечения. У 2 пациентов ощущение тяжести в правом подреберье, вздутие живота сохранились, однако интенсивность их значительно уменьшилась.

Анализ результатов УЗИ в этой группе больных не выявил каких-либо изменений структуры печени. Объем желчного пузыря до лечения колебался от 10,7 до 88,1 см³ (средний объем составил $40,76 \pm 2,8$ см³). У 4 больных в просвете желчного пузыря визуализировался неоднородный желчный осадок ("сладж", крупнозернистая негомогенность), у 1 больного - множественные мелкие конкременты (сократительная способность желчного пузыря у этого больного не определялась). При проведении пробы с сорбитом (25 г) у 2 больных выявлена гиперкинетическая дискинезия желчного пузыря (через 30 мин объем желчного пузыря уменьшился до 70% от первоначального), у 3 больных констатирована нормокинетическая функция и у 4 больных - гипокинетическая дискинезия желчного пузыря (через 30 мин объем желчного пузыря уменьшился на 30% от первоначального).

После курсового лечения галстеной при контрольном УЗИ объем желчного пузыря колебался от 7,7 до 61,3 см³, средний объем составил $33,7 \pm 2,1$ см³.

Симптомы гипокинезии и гиперкинезии желчного пузыря, отмеченные до лечения, исчезли. Проба с сорбитом свидетельствовала о нормотонии желчного пузыря. Негомогенная структурность пузырной желчи исчезла. Определявшийся до лечения осадок в просвете желчного пузыря у 4 больных после курса лечения не обнаруживался. Результаты ЭХДЗ представлены в таблице.

Таблица 1 Результаты ЭХДЗ у больных хроническим бескаменным холециститом (n = 8)

Результаты ЭХДЗ у больных хроническим бескаменным холециститом (n = 8)

I период исследования	1-й этап		2-й этап		3-й этап		4-й этап		5-й этап	
	холодохус фаза		фаза закрытого сфинктера Одди		фаза сфинктера Люткенса и холедох		фаза желчного пузыря		внешнесекреторная функция печени	
	объем, мл	время, мин	объем, мл	время, мин	объем, мл	время, мин	объем, мл	время, мин	объем, мл	время, мин
До лечения	18,5 ±	9 ± 2,2	8 ± 1	2	2 ± 1	45 ±	22 ± 1,5	42	20 ± 1	
1, 5, После лечения	32	0	± 0,8		1,8 4 ± 1, 2		± 2		25	
Норма	22 ± 3	10 ± 2	5 ± 1	3 ±	3 ± 1	56,4	30 ± 2	32	22 ± 2	
		0	1,5		± 4		± 3			

На фоне лечения галстеной увеличилась базаль-ная секреция желчи в 1 фазу, нормализовался тонус сфинктера Одди (до начала лечения констатировался гипертонус), отмечена тенденция к увеличению времени экскреции желчи из желчного пузыря и увеличению объема желчеотделения в 5-ю фазу, определяющую внешнесекреторную функцию печени. Таким образом, прием галстены положительно влияет на моторную функцию билиарного тракта и улучшает внешнесекреторную функцию печени.

Во 2-й группе у 3 пациенток выявлен острый лекарственный гепатит после приема интенсивного курса антибиотиков по поводу гинекологических заболеваний. У 6 больных хронический гепатит был вирусной этиологии (В и С), у 6 пациентов - алкогольной. До начала лечения на ощущение тяжести в правом подреберье жаловались все пациенты, снижение аппетита, вздутие живота - 8 человек, тошноту - 3, горечь во рту - 7,

раздражительность и депрессию - 8 человек. После завершения курса практически все жалобы в 86,7% случаев были купированы.

При УЗИ до начала лечения у 9 больных выявлены гепатомегалия с преимущественным увеличением правой доли печени, повышение эхогенности и неоднородность структуры печени. После лечения у 5 человек размеры правой доли печени уменьшились практически до нормальных и уменьшилась эхогенность печени.

Динамика биохимических показателей крови свидетельствует об уменьшении выраженности ме-зенхимально-воспалительного синдрома на фоне применения галстены, выражающееся в снижении трансаминазной активности (например, АЛТ со $104,9 \pm 1,9$ до $65,7 \pm 1,8$ ед/л), уменьшении степени дислипидемии, улучшении метаболизма печеночной клетки, на что указывает повышение уровня альбуминов в сыворотке крови (с 57 ± 2 до 64 ± 1 г/л), снижение триглицеридов (с $2,36$ до $1,62 \pm 0,85$ ммоль/л) и общего билирубина (с $33,86 \pm 18,5$ до $19,6 \pm 2,0$ мкмоль/л).

В 3-й группе жировая инфильтрация печени на фоне ожирения I-II степени констатирована у 5 человек, на фоне сахарного диабета - у 3 больных, у злоупотребляющих алкоголем (3 человека) и на фоне нарушений липидного обмена (гиперхолестеринемия, триглицеридемия) - у 5 человек. У 6 больных из этой группы в различные сроки от начала лечения (от 7 до 16 лет) произведена холецистэктомия по поводу желчнокаменной и у 1 больной впервые выявлена желчнокаменная болезнь.

До начала лечения все пациенты предъявляли жалобы на ощущение тяжести в правом подреберье, сухости, горечи во рту (12 человек), на тошноту (8 человек). У 6 больных отмечалась распирающая боль в верхней трети живота, у 10 - вздутие кишечника. У 6 больных были запоры, у 4 - стул со склонностью к послаблению.

В первые 10-14 дней у 13 больных перечисленные выше симптомы исчезли и не возобновлялись на протяжении лечения в течение 1 мес. Еще у 2 больных клинические симптомы были купированы в последующие 2 нед лечения.

При УЗИ до лечения у 5 больных этой группы выявлена гепатомегалия (длина правой доли составила в среднем $158 \pm 1,4$ см), у всех 15 больных - значительное понижение эхогенности.

После курсового лечения галстеной при контрольном УЗИ у 3 из 5 человек с констатированной ранее гепатомегалией размеры печени уменьшились до нормальных. "Столб затухания" ультразвукового сигнала по глубине с отключенным усилением уменьшился, разница до и после лечения у разных больных составила от 9 до 25,3 мм, что свидетельствует об уменьшении степени жировой инфильтрации печени. Биохимические показатели сыворотки крови до и после применения галстены у больных с жировым гепатозом улучшились. Если до лечения при биохимическом анализе крови выявили повышение трансаминазной активности (в 1,5 раза), увеличение ГГТ и триглицеридов в 1,5 раза и незначительное повышение уровня общего билирубина, то через 1 мес монотерапии галстеной практически все показатели нормализовались (активность АЛТ значительно уменьшилась).

Все больные отмечали хорошую переносимость препарата, побочных эффектов ни в одном случае не зарегистрировано.

Результаты исследования свидетельствуют об эффективности монотерапии галстеной у больных с заболеваниями гепатобилиарной системы в дозе 10 капель 3 раза в день в течение 1 мес.

Благодаря применению этого препарата достигнуты стойкий клинический эффект у 90% наблюдаемых больных, хорошая динамика биохимических показателей крови у больных хроническим гепатитом и жировым гепатозом, свидетельствующая об уменьшении выраженности мезенхимально-воспалительного синдрома и улучшении метаболизма печеночной клетки. Отмечено нормализующее влияние галстены на моторную функцию билиарного тракта и улучшение внешнесекреторной функции печени у больных хроническим холециститом, уменьшение степени жировой инфильтрации печени по данным УЗИ у больных жировым гепатозом (уменьшение "столба затухания" ультразвукового сигнала после курсового лечения галстеной).

При применении галстены не зафиксировано побочных эффектов, отмечена хорошая переносимость препарата. Считаем целесообразным включение галстены в базисную терапию больных с патологией гепатобилиарной системы на любой стадии болезни.