

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА ГАЛСТЕНА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Бабак О.Я.

Институт терапии АМН Украины, г. Харьков

Ключевые слова: хронический холецистит, клиническая эффективность, фитопрепарат галстена.

Хронический холецистит (ХХ) является одной из наиболее распространенных болезней гепатобилиарной системы [1, 5]. В то же время подходы к лечению этой патологии все еще далеки от совершенства. Широкий арсенал лекарственных средств, используемый для лечения больных ХХ, не удовлетворяет в полной мере клиницистов. Это, возможно, связано с тем, что побочные эффекты, свойственные лекарственным препаратам, нередко превосходят их лечебное действие [2, 6]. В настоящее время в клинической практике все шире применяются препараты терапевтическое воздействие которых направлено не на подавление симптомов заболевания, а на восстановление нарушенных функций [3, 4].

Целью нашего исследования явилось изучение клинической эффективности препарата галстена при хроническом холецистите и его безопасности для больных.

Галстена представляет собой натуральный комплексный препарат, в состав которого входят пять компонентов: *Carduus D1* – 2 мл, *Taraxacum D6* – 10 мл, *Chelidonium D6* – 10 мл, *Natrium sulfuricum D12* – 10 мл, *Phosphorus D12* – 10 мл.

Препарат галстена стимулирует отделение желчи на уровне гепатоцита и эпителия внутрипеченочных протоков, устраняет холестатический синдром, повышает бактерицидные и бактериостатические свойства желчи, улучшает адаптационные возможности больного, повышает неспецифическую иммунную реактивность. Благодаря своим составляющим, галстена оказывает гепатопротекторное, спазмолитическое и противовоспалительное действие на органы гепатобилиарной системы, нормализует процессы образования и пассажа желчи, устраняет нарушения пищеварения.

Нами обследовано 57 больных с ХХ. У 16 пациентов выявлены признаки реактивного гепатита, о чем судили по увеличению размеров печени (данные объективного обследования и ультразвуковой диагностики).

Обследуемые были разделены на две группы: основную (39 пациентов) и контрольную (18 человек). Пациентам обеих групп назначалась базисная терапия, которая предусматривала соблюдение диеты, щадящего режима, прием спазмолитиков, прокинетики, противовоспалительных и желчегонных препаратов. Больные основной группы дополнительно получали галстену (по 20 капель 3 раза в день за 30 мин до еды). Курс стационарного лечения составил 3 нед. На амбулаторном этапе больные продолжали принимать галстену в виде монотерапии в той же дозировке.

Среди обследованных основной группы мужчин было 8, женщин – 31, средний возраст пациентов составил $42,6 \pm 11,3$ года. В контрольной группе мужчин было 2, женщин – 16, средний возраст пациентов – $37,5 \pm 9,2$ года. Длительность заболевания в обеих группах варьировала от 1 до 5 лет.

Таким образом, больные двух групп сравнения были сопоставимы по полу, возрасту, длительности заболевания.

При оценке эффективности проводимой терапии учитывались сроки и полнота купирования основных клинических синдромов, динамика клинико-биохимических показателей крови, качественных параметров дуоденального зондирования, ультразвукового исследования печени и желчного пузыря.

Контрольное обследование осуществлялось по единому протоколу, который предусматривал: опрос и осмотр больного с оценкой ведущих клинических синдромов; ультразвуковое исследование печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей, включающее определение размеров, структуры органов, их эхоплотности, площади желчного пузыря, состояния его содержимого и стенок, диаметра общего желчного и Вирсунгова протоков; фракционное дуоденальное зондирование с изучением параметров стимулированного желчеотделения (времени закрытого сфинктера Одди, времени появления и истечения пузырной порции желчи, ее объема) с преследующим биохимическим исследованием желчи; определение клинико-лабораторных и биохимических показателей крови и мочи, включая количество эритроцитов и лейкоцитов, СОЭ, уровень аспартата и аланинаминотрансферазы, содержание билирубина крови, осадочные белковые пробы, выявление общего количества протеина в плазме и его фракции, мочевины, креатинина, общего холестерина, амилазы, острофазовых показателей.

Исследования проводили на следующий день после поступления больных в стационар, в конце каждой недели лечения и через 2 нед после выписки из клиники.

Анализ полученных результатов показал, что дополнительное назначение галстены способствовало ускорению купирования основных клинических проявлений болезни. В основной группе ощущение тяжести, распирания в правом подреберье, полуопоясывающая боль, отмечавшиеся практически у всех больных до лечения, значительно уменьшились у 29 больных (74%) уже через неделю приема препарата, в то время как в контрольной группе – лишь у 7 (38%).

Достоверных межгрупповых различий в частоте встречаемости диспепсического синдрома до и после лечения выявлено не было. Однако сроки исчезновения метеоризма, горечи во рту, тошноты были меньше у лиц, принимавших галстену, в среднем на 4 суток.

Контрольное обследование показало, что у всех пациентов основной группы к концу курса амбулаторного приема галстены болевой и диспепсический синдромы удалось купировать.

Что касается астенического синдрома, то в процессе приема галстены отмечена значительная положительная его динамика почти у всех пациентов основной группы (91%) в виде улучшения настроения, уменьше-

Таблиця 1. Показатели стимулированного желчеотделения в динамике лечения галстеной (пузырная порция желчи)

Показатели	Норма	До лечения		Стационарный этап		Амбулаторный этап
		Основная группа	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа
Билирубин, мг %	15 – 45	34 ± 7,5	35 ± 5,7	32 ± 3,4	36 ± 3,8	28 ± 3,1
Желчные к-ты, г/л	115	108,6 ± 8,3	107,4 ± 5,1	114,3 ± 4,6*	108,6 ± 2,3	114,5 ± 4,8*
Лецитин, г/л	35	26,4 ± 6,2	25,7 ± 4,4	32,2 ± 1,7	26,2 ± 5,2	34,6 ± 2,2*
Холестерин, г/л	4,3	3,8 ± 0,9	3,9 ± 0,7	3,9 ± 0,7	3,8 ± 1,1	3,8 ± 0,8
Амилаза, мг/лхс	1,7 – 4,5	4,2 ± 1,1	3,9 ± 1,1	3,5 ± 1,2	3,7 ± 0,9	3,4 ± 1,2

Примечание: * – $p < 0,05$ для показателей до и после лечения.

Таблиця 2. Показатели стимулированного желчеотделения в динамике лечения галстеной (порция печеночных протоков)

Показатели	Норма	До лечения		Стационарный этап		Амбулаторный этап
		Основная группа	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа
Билирубин, мг %	18	14 ± 3,3	15 ± 2,4	16 ± 1,7	15 ± 2,6	15 ± 2,9
Желчные к-ты, г/л	7 – 14	9,6 ± 3,8	7,9 ± 3,3	10,1 ± 3,6	8,6 ± 2,2	10,5 ± 2,8
Лецитин, г/л	1,0 – 5,8	5,4 ± 0,9	4,7 ± 1,1	3,9 ± 1,7	3,2 ± 1,2	4,6 ± 1,2
Холестерин, г/л	0,8 – 2,1	1,8 ± 0,9	1,9 ± 0,3	1,7 ± 0,3	1,4 ± 0,4	1,3 ± 0,6

ния раздражительности, отсутствия депрессивных состояний, в то время как в контрольной группе он сохранялся более чем у половины больных. При осмотре пациентов на амбулаторном этапе лечения у всех обследованных отмечено уменьшение фиксации внимания на своем заболевании, повышение работоспособности, появление чувства бодрости и улучшение общего самочувствия.

При анализе результатов фракционного дуоденального зондирования выявлено оптимизирующее влияние галстены на фазную моторику желчевыводящих путей. Это проявилось в уменьшении времени закрытого сфинктера Одди (с $9,1 \pm 1,4$ мин до $5,9 \pm 1,6$ мин, $p < 0,05$), в увеличении объема пузырной желчи после введения раздражителя (с $22,8 \pm 2,8$ мл до $48,2 \pm 2,2$ мл, $p < 0,05$), в ускорении и более эффективном опорожнении желчного пузыря. В то же время у больных группы сравнения после лечения сохранялись признаки гипокинетической дискинезии желчевыводящих путей.

Результаты изучения холеретического эффекта галстены отражены в табл. 1, 2.

При анализе данных стимулированного желчеотделения через 3 нед от начала лечения у больных основной группы отмечено достоверное увеличение экскреции желчных кислот по сравнению с контрольной группой. Существенной динамики остальных биохимических параметров желчи за время стационарного лечения выявлено не было. На амбулаторном этапе у лиц, получающих поддерживающую терапию галстеной, наблюдались не только дальнейшее увеличение объема экскреции желчных кислот, но и практически полная нормализация

уровня лецитина. Следовательно, длительный прием галстены во многом обеспечивает более устойчивое коллоидное состояние желчи и таким образом может препятствовать литогенезу.

Об уменьшении воспалительного процесса в гепатобилиарной зоне косвенно свидетельствовали результаты ультразвукового исследования. В основной группе отмечено снижение эхоплотности и нормализация структуры печеночной ткани, значительное уменьшение объема желчного пузыря, снижение гетерогенности содержимого и исчезновение сгустков желчи в его просвете, уменьшение толщины и плотности стенки желчного пузыря. У 3 больных с реактивным гепатитом из группы контроля после проведенного лечения сохранялось умеренное повышение эхогенности ткани печени, а также неравномерное уплотнение стенок желчного пузыря.

При субъективной оценке переносимости галстены 53% пациентов отметили ее как отличную, 47% – как хорошую.

Из вышеизложенного следует, что галстена является эффективным средством для лечения больных ХХ, способствует быстрому купированию основных клинических проявлений заболевания, улучшает физико-химические свойства желчи, при длительном приеме нормализует моторно-эвакуаторную функцию желчевыводящей системы, препятствует образованию конкрементов. Галстена хорошо переносится больными, побочные эффекты от приема препарата практически отсутствуют.

При хроническом холецистите галстена может быть препаратом выбора для поддерживающей терапии на амбулаторном этапе.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРЫ

1. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. Диагностика и лечение болезней органов пищеварения. / Руководство. – СПб.: Сотис, 1997. – 515с.
2. Рысс Е.С., Шульцко Б.И. Практическая гастроэнтерология. – СПб.: Ренкор, 1998. – 336 с.
3. Хворостинка В.Н., Моисеенко Т.А. Дифференцированное применение фитотерапии при диффузных хронических заболеваниях печени. // Врачеб. практика. – 2000. – №3. – С.47–50.
4. Чекман І.С. Фітотерапія гепатитів. // Журн. практ. лікаря. – 2000. – №3. – С.42–45.
5. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей. – М.: Гэотар Медицина. – 1999. – 864 с.
6. Яковенко Э.П., Григорьев П.Я. Хронические заболевания желчевыводящих путей. Диагностика и лечение. / Метод. пособие для врачей. М.: – Медпрактика, 2000.
7. Mc Nally P.R. GL/Liver secrets. // Hanley and Belfus, inc.: Philadelphia, 1997. – P. 1022.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ ГАЛСТЕНА ПРИ ХРОНІЧНОМУ ХОЛЕЦИСТИТІ

Бабак О.Я.

У статті досліджується вплив препарату галстена на клініко-лабораторні та інструментальні показники у хворих на хронічний холецистит. Доведено, що галстена прискорює процеси секреції жовчі, стимулює випорожнення жовчного міхура при застійних явищах, поліпшує фізико-хімічні особливості жовчі, має помірну гепатопротекторну та протизапальну дію, здійснює модифікуючий вплив на ліпідний обмін. Отримані дані свідчать про високу клінічну ефективність препарату в терапії окремих та поєднаних захворювань гепатобіліарної та серцево-судинної систем. Висока ефективність і добра переносимість хворими дозволяє рекомендувати галстену до широкого застосування в терапевтичній практиці.

EXPERIENCE OF APPLICATION OF GALSTENA OF PATIENTS WITH CHRONIC CHOLECYSTITIS

Babak O.Ya.

The article provides the research results of the effect of preparation galstena upon clinical, laboratory and instrumental indexes of patients suffering from chronic cholecystitis. It has been revealed that galstena accelerates the process of bile formation in the liver, facilitates emptying of congestive bilebladder, improves bile's physicochemical qualities, produces moderate hepatoprotective and anti-inflammatory effect. The preparation's modifying effect on lipid metabolism has been discovered.

The acquired data demonstrate galstena's good efficiency when treating both isolated and combined diseases of hepatobiliary and cardiovascular system.