

Желчнокаменная болезнь: есть ли шанс избежать холецистэктомии?

Н. А. Хохлачева, д.м.н., доцент, проф.
Н. Н. Глазырина, аспирант

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Ижевск

Cholelithiasis: chances to avoid cholecystectomy

N. A. Khokhlachyova, N. N. Glazyrina
Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk, Russia



Н. А. Хохлачева



Н. Н. Глазырина

Резюме

Целью исследования являлась оценка эффективности растительного препарата Хофитол® (экстракт листьев артишока) компании «Майоли Спиндлер» (Франция) в лечении пациентов с I стадией ЖКБ. Проведено комплексное исследование физико-химических свойств желчи, липидного спектра крови и функционального состояния билиарной системы у 210 пациентов с I стадией ЖКБ. В зависимости от проводимой терапии выделены три группы. Наблюдающиеся по окончании курса лечения снижение литогенности желчи, нормализация липидного обмена и моторно-эвакуаторной функции билиарного тракта оказались более выраженными в группе пациентов, получавших Хофитол®, по сравнению с пациентами, получавшими препарат урсодезоксихолевой кислоты либо комбинацию желчегонных, спазмолитических и ферментных препаратов.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, билиарный сладж, экстракт листьев артишока, Хофитол®.

Summary

The aim of the study was to evaluate the effectiveness of herbal preparation Chophytol® (artichokes leaf extract) of Mayoly-Spindler Co. (France) in the treatment of patients with cholelithiasis stage I. A comprehensive study of the physicochemical properties of bile, blood lipid spectrum and the functional state of the biliary system in 210 patients with I stage of cholelithiasis. Depending on the therapy, there were 3 groups. The decrease in the lithogenicity of bile observed at the end of the course of treatment, the normalization of lipid metabolism and the motor-evacuation function of the biliary tract were more pronounced in the group of patients treated with Chophytol® compared with the group of patients receiving ursodeoxycholic acid only or a combination of choleric, antispasmodic and enzyme preparations.

Key words: cholelithiasis, biliary sludge, artichoke leaf extract, Chophytol®.

Введение

Согласно статистическим данным, заболеваемость желчнокаменной болезнью (ЖКБ) удваивается каждое десятилетие [1, 2]. В России ЖКБ по праву считается одной из самых частых патологий, достигая распространенности от 5 до 40% в зависимости от региона проживания [3, 4]. Основным методом лечения ЖКБ был и остается хирургический — холецистэктомия, уступающая в общехирургической практике место лишь грыжесечению и аппендэктомии [5, 6, 7]. Между тем удаление желчного пузыря (ЖП) лишь избавляет организм от пораженного органа, не компенсируя сложных патофизиологических нарушений, имеющих место при ЖКБ, поэтому в большинстве случаев не может считаться окончательным этапом в лечении [8, 9, 10]. При этом высока вероятность развития постхолецистэктомического синдрома, проявлениями которого, в частно-

сти, являются холангиолитиаз и холедохолитиаз, развивающиеся у 30% пациентов и становящиеся наиболее частой причиной рецидива болей и повторных операций [6].

Целенаправленное лечение ЖКБ на докаменной стадии может дать существенные результаты в профилактике холелитиаза, значительно уменьшить число оперативных вмешательств. Медико-экономический анализ показывает, что терапия на предкаменной стадии не только более эффективна, но и экономически обоснована [11, 12, 13].

Цель: оценить эффективность растительного препарата на основе экстракта листьев артишока (Хофитол®) в лечении пациентов с I стадией ЖКБ.

Материал и методы исследования

Обследовано 210 пациентов с I (докаменной) стадией ЖКБ (клас-

сификация ЦНИИГ, 2001 год) [14], развившейся на фоне гепатобилиарной патологии (функциональные нарушения желчевыводящих путей, хронический некалькулезный холецистит, неалкогольная жировая болезнь печени на стадии стеатогепатоза). На момент обследования пациенты находились на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении БУЗ УР «ГКБ № 8» Минздрава Удмуртии.

Медиана возраста больных — 48 (32–65) лет, среди них 69 мужчин и 85 женщин. Критериями включения в исследование были возраст 20–65 лет, наличие билиарного сладжа (БС) по результатам ультразвукового исследования (УЗИ) желчного пузыря (ЖП), наличие подписанного пациентом информированного добровольного согласия (приказ № 390н Минздравсоцразвития РФ от 23.04.2012). Критериями исключения — возраст

Биологические эффекты экстракта артишока [21]



менее 20 и более 65 лет, психические расстройства, беременность и лактация, гиперчувствительность к исследуемым препаратам. Данное исследование было разрешено этическим комитетом ФГБОУ ВО «ИГМА».

В верификации диагноза, наряду с анамнестическими и общеклиническими данными, использованы результаты УЗИ ЖП на аппарате S-ДН-500. Всем больным проводилось многофракционное дуоденальное зондирование с последующим определением физико-коллоидных и биохимических свойств желчи. В порциях В и С желчи определялась [15] суммарная концентрация желчных кислот (ЖКж) и холестерина (ХСж). Проведено вычисление холато-холестеринового коэффициента (ХХК), являющегося индексом литогенности желчи. Исследование поверхностного натяжения желчи (ПНж) и вязкости желчи (ВЗж) проводилось по модифицированной методике, разработанной для слюны [16]. Удельный вес желчи (УВж) определяли с помощью ареометра для урины АУ (Украина). Кислотность желчи (рНж) исследовали с применением зонда с сурьмяным и хлорсеребряным электродами.

Состояние липидного обмена оценивалось по содержанию в плазме крови общего холестерина (ХСкр) и его фракций — липопротеинов очень низкой плотности (ЛПОНП), липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ). Уровень ХСкр, ЛПВП, ТГ опре-

деляли на анализаторе FP-901(М) фирмы LabSystems (Финляндия). ЛПОНП, ЛПНП рассчитывали по формуле: $ЛПОНП = ТГ/2$, $ЛПНП = ХСкр - (ЛПОНП + ЛПВП)$. В соответствии с полученными данными определяли коэффициент атерогенности (КА) по формуле Климова: $КА = ХСкр - ЛПВП/ЛПНП$.

Для изучения функционального состояния желчевыводящей системы использованы данные динамической ультразвуковой холецистографии (ДУХГ) и динамической гепатобилисцинтиграфии (ДГБСГ). Оценивали следующие параметры ДУХГ: длительность фазы сокращения ЖП (ДСЖП); степень максимального сокращения ЖП (СМСЖП) от исходного уровня; скорость опорожнения ЖП (СОЖП) по формуле СМСЖП / ДСЖП. ДГБСГ выполнялась на гамма-камере МВ-9200 с процессором Super Segams. При анализе гепатограмм оценивалась депонирующая функция ЖП по времени максимального накопления РФП в ЖП (T_{max} ЖП), моторно-эвакуаторная функция желчного пузыря по времени полувыведения РФП из ЖП ($T_{1/2}$ ЖП) и латентному времени желчегонного завтрака (ЛВЖЗ).

Группа наблюдения I (75 пациентов) в качестве монотерапии получали растительный препарат Хофитол® («Майоли Спиндлер», Франция) на основе экстракта листьев артишока (ЭЛА) по две таблетки три раза в день. ЭЛА имеет широкий спектр клинических эффектов, обусловленных

комплексом входящих в его состав биологически активных веществ: биофлавоноидов, терпеноидов, биогенных аминов, витаминов, микроэлементов, инулина (17).

Группа наблюдения II (79 пациентов) в качестве монотерапии получала препарат урсодезоксихолевой кислоты в суточной дозировке 10 мг на 1 кг массы тела.

Группу сравнения составили 56 больных, получавших лечение согласно стандартам диагностики и лечения болезней органов пищеварения: желчегонные, спазмолитические, ферментные препараты.

Курс лечения во всех группах составил 30 дней. Полученные результаты сравнивались с данными контрольной группы, в которую вошли 50 практически здоровых лиц в возрасте от 30 до 60 лет.

Расчет необходимого числа наблюдений был проведен на основе расчета объема выборки с уровнем статистической мощности исследования $p = 0,80$ и выполнен с помощью статистических программных пакетов Statistica 6.1 компании Stat Soft (США), позволяющих оценить выборочную совокупность как соответствующую нормальному распределению. Рандомизация больных была проведена на стадии формирования групп с использованием метода простой рандомизации с помощью таблиц случайных чисел. Для определения зависимости между анализируемыми качественными признаками использовался критерий χ^2 . Данные пред-

Таблица 1
Динамика физико-химических показателей желчи на фоне терапии

Показатель		Контрольная группа (n = 50)	Группа наблюдения I (n = 75)		Группа наблюдения II (n = 79)		Группа сравнения (n = 56)	
			До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
ХСж, ммоль/л	Порция В	7,53 ± 2,14	26,52 ± 1,63*	13,79 ± 0,80**	25,94 ± 0,86*	15,92 ± 0,64**	27,01 ± 0,70	27,89 ± 0,80
	порция С	3,45 ± 0,90	15,22 ± 1,19*	8,42 ± 0,56**	16,24 ± 0,55*	10,52 ± 0,68**	17,89 ± 0,90	19,05 ± 0,90
ЖКЖ, ммоль/л	Порция В	53,52 ± 5,40	31,97 ± 0,78*	42,61 ± 1,26**	31,28 ± 1,01*	49,37 ± 1,11**	32,05 ± 1,0	32,93 ± 1,10
	Порция С	19,14 ± 2,70	15,64 ± 1,25*	19,75 ± 1,15**	14,55 ± 1,13*	22,65 ± 1,30**	15,89 ± 0,60	17,63 ± 0,5**
ХХК, ед.	Порция В	9,53 ± 1,10	1,4 ± 0,07*	3,14 ± 0,17**	1,31 ± 0,07*	3,38 ± 0,13**	1,81 ± 0,31	1,44 ± 0,07
	Порция С	6,37 ± 1,70	1,26 ± 0,11*	2,51 ± 0,15**	0,97 ± 0,05*	2,39 ± 0,11**	1,24 ± 0,10	1,07 ± 0,06
УВж, ед.	Порция В	1019,70 ± 0,32	1045,21 ± 0,78*	1021,69 ± 0,55**	1044,65 ± 1,20	1021,59 ± 0,62**	1037,04 ± 1,02	1035,93 ± 0,92
	Порция С	1010,22 ± 0,18	1029,77 ± 1,01*	1012,56 ± 0,63**	1031,75 ± 2,87	1015,96 ± 4,48**	1021,06 ± 1,36	1058,27 ± 28,40
ВЗж, ед.	Порция В	2,74 ± 0,20	5,76 ± 0,16*	3,30 ± 0,13**	5,98 ± 0,17*	3,17 ± 0,15**	8,35 ± 0,30	8,42 ± 0,31
	Порция С	2,52 ± 0,02	6,00 ± 0,15*	3,14 ± 0,11**	6,02 ± 0,20*	3,24 ± 0,17**	8,57 ± 0,29	8,71 ± 0,31
ПНж (мкН/мл)	Порция В	22,31 ± 0,15	45,78 ± 0,66*	27,26 ± 0,69**	45,52 ± 0,69*	27,28 ± 0,54**	41,06 ± 0,73	39,83 ± 0,64
	Порция С	22,05 ± 0,14	44,89 ± 0,85*	26,59 ± 0,58**	42,49 ± 1,14*	25,43 ± 0,73**	37,11 ± 0,70	35,54 ± 0,63
рНж, ед.	Порция В	7,72 ± 0,03	10,22 ± 0,30*	7,64 ± 0,18**	10,79 ± 0,16*	8,38 ± 0,13**	9,10 ± 0,26	9,09 ± 0,25
	Порция С	7,62 ± 0,06	10,37 ± 0,33*	7,34 ± 0,14**	11,45 ± 0,27*	8,39 ± 0,20**	8,9 ± 0,25	9,01 ± 0,21

Примечание: n — число больных; * — достоверность по отношению к контролю; ** — достоверность по отношению к уровню до лечения.

Таблица 2
Динамика показателей липидного обмена на фоне терапии

Показатель	Контрольная группа (n = 50)	Группа наблюдения I (n = 75)		Группа наблюдения II (n = 79)		Группа сравнения (n = 56)	
		До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
ХСкр, ммоль/л	5,22 ± 0,07	5,40 ± 0,21	5,37 ± 0,06	5,52 ± 0,15	5,33 ± 0,13	6,32 ± 0,48	6,23 ± 0,41
ЛПОНП, ммоль/л	0,40 ± 0,00	0,76 ± 0,03*	0,49 ± 0,02**	0,80 ± 0,04*	0,59 ± 0,03**	0,72 ± 0,05*	0,70 ± 0,04
ЛПНП, ммоль/л	3,34 ± 0,07	3,71 ± 0,21*	3,37 ± 0,14**	3,86 ± 0,15*	3,53 ± 0,13**	4,57 ± 0,48*	4,17 ± 0,33
ЛПВН, ммоль/л	1,38 ± 0,01	0,90 ± 0,02*	1,54 ± 0,03**	0,86 ± 0,01*	1,21 ± 0,03**	1,00 ± 0,01*	1,36 ± 0,32
ТГ, г/л	0,83 ± 0,02	1,89 ± 0,21*	1,08 ± 0,04**	1,74 ± 0,08*	1,52 ± 0,22**	2,08 ± 0,49*	1,79 ± 0,18
КА, ед.	2,62 ± 0,04	5,16 ± 0,30*	2,82 ± 0,12**	5,44 ± 0,25*	3,56 ± 0,19**	5,37 ± 0,43*	5,56 ± 0,43

Примечание: n — число больных; * — достоверность по отношению к контролю; ** — достоверность по отношению к уровню до лечения.

ставлены в виде средних величин (M) с определением их ошибок ($\pm m$). Достоверность оценивали по критерию Стьюдента, разница считалась достоверной при $p < 0,05$.

Результаты исследований и их обсуждение

До лечения жалобы на боли в животе предъявляли в I группе наблюдения 73 пациентов (97%), во II группе наблюдения — 77 (98%), в группе сравнения — 53 пациента (95%). В большинстве случаев боль локализовалась в правом подреберье, была постоянной, тупой, усиливающейся при наклоне туловища, сопровождающейся чувством давления, распираания,

иногда наблюдалась иррадиация боли в спину, под правую лопатку, правое плечо. Реже боль была кратковременной, коликоподобной, возникающей после погрешности в диете. Среди симптомов билиарной диспепсии преобладали отрыжка, тошнота, горечь во рту, запоры. При объективном обследовании больные часто были повышеного питания, выявлялись обложенность языка желтым или серо-желтым налетом, отпечатки зубов по краям, определялись пальпаторная болезненность с локализацией в правом подреберье, положительные желчно-пузырные симптомы.

При УЗИ ЖП у всех обследуемых пациентов обнаружены признаки би-

лиарного сладжа (БС). Преобладающим вариантом БС (в 46%) была эхонеоднородная желчь со сгустками (замаскообразная желчь), реже встречались микролиты (в 35%), еще реже — сочетание замаскообразной желчи с микролитами (в 18%). В 37% случаев БС был выявлен на фоне деформации желчного пузыря (клювовидный, в форме бумеранга, песочных часов, рыболовного крючка, имеющий изгибы, перетяжки). Признаки холецистита в виде уплотнения и (или) утолщения стенки желчного пузыря отмечены лишь в 41% случаев (86 пациентов).

Биохимическое исследование состава желчи (табл. 1) пациентов

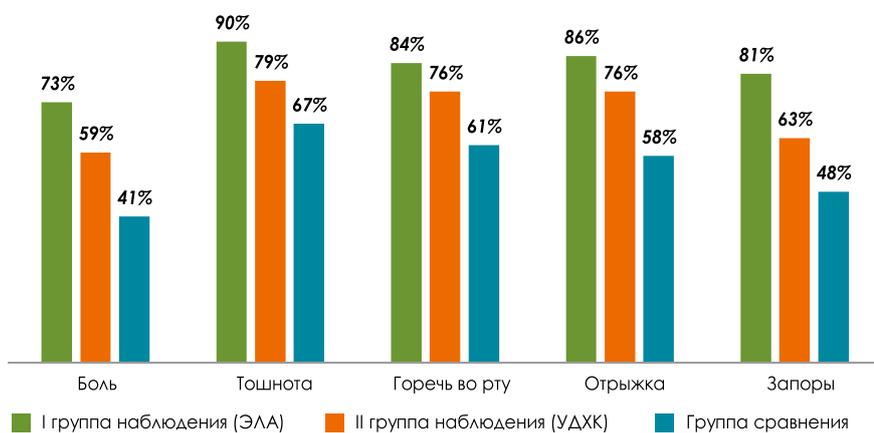


Рисунок 1. Доля пациентов с полным исчезновением симптомов.

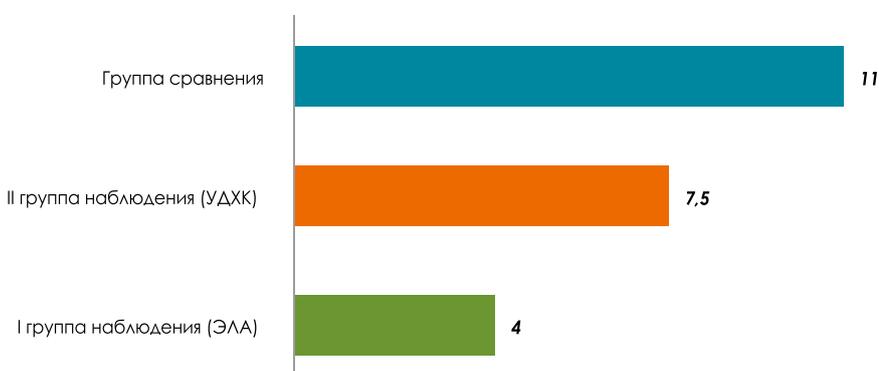


Рисунок 2. Число койко-дней.

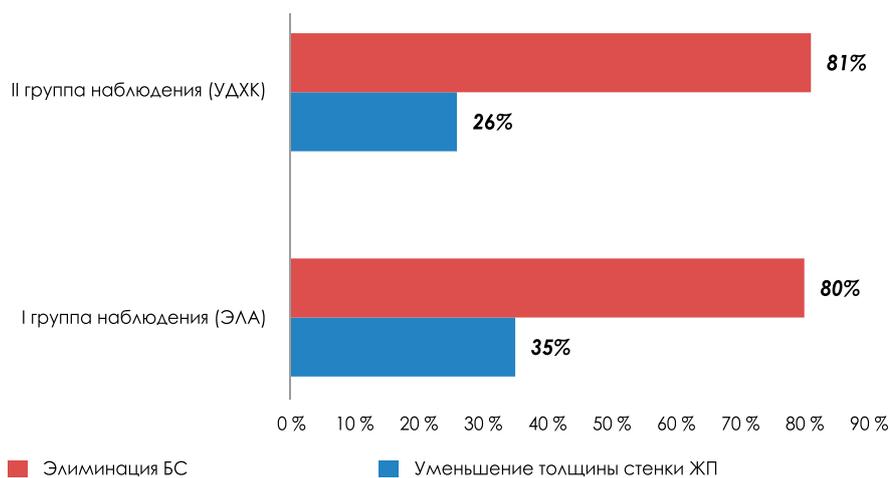


Рисунок 3. Доля пациентов с положительной динамикой УЗИ.

всех обследуемых групп выявило следующие изменения: в порциях В и С желчи уровень ХСж значительно повышен, а содержание ЖКж и ФЛж снижено. Недостаточное количество ЖКж и ФЛж, являющихся стабилизаторами коллоидного состояния желчи, не может удерживать ХСж в растворенном состоянии. ХСж выпадает в осадок, желчь становится пересыщенной, литогенной. Высокие

литогенные свойства желчи подтверждаются резко сниженным индексом литогенности — ХХК. Сгущение желчи (табл. 1), наблюдающееся при повышении УВж, ВЗж, ПНж, повышение ее кислотности уменьшают растворимость компонентов желчи, приводят к агломерации и нуклеации, что в конечном итоге способствует желчному камнеобразованию (холелитиазу).

На перенасыщение желчи холестерином, увеличение ее литогенных свойств, безусловно, влияет состояние липидного обмена. Судя по данным табл. 2, при I стадии ЖКБ выявлены существенные изменения липидного обмена в сторону уменьшения ЛПВП и увеличения ЛПОНП, ЛПНП и ТГ, но при этом уровень ХСкр практически не изменялся.

Как свидетельствуют данные табл. 3, ЖКБ развивается на фоне снижения моторно-эвакуаторной функции ЖП (увеличение $T_{1/2}$ ЖП, ЛВЖЗ и ДСЖП, уменьшение СОЖП), депонирующая функция ЖП при I стадии ЖКБ практически не изменялась, на что указывает недостоверное изменение T_{max} ЖП

По окончании курса терапии (рис. 1) отмечена положительная динамика клинических симптомов, более выраженная у пациентов, принимавших Хофитол®. Так, полное исчезновение боли в правом подреберье отмечено в I группе наблюдения в 73% ($\chi^2 = 15,4$; $p = 0,001$), тогда как во II группе — в 59% ($\chi^2 = 10,1$; $p = 0,003$), а в группе сравнения — в 41% случаев (рис. 1); исчезла тошнота у 90,2, 79,4 и 67,3% соответственно ($\chi^2 = 9,8$, $p = 0,02$; $\chi^2 = 7,6$, $p = 0,08$); уменьшилась горечь во рту у 84,8, 75,9 и 60,6% соответственно ($\chi^2 = 9,6$, $p = 0,05$; $\chi^2 = 4,7$, $p = 0,5$); не стало отрыжки в 86,5, 76,3 и 58,4% случаев соответственно ($\chi^2 = 14,4$, $p = 0,0005$; $\chi^2 = 10,8$, $p = 0,03$), нормализация стула наблюдалась у 80,8, 63,8 и 48,4% пациентов соответственно ($\chi^2 = 12,3$, $p = 0,001$; $\chi^2 = 11,8$, $p = 0,003$).

Болевой синдром и диспепсические явления купировались в I группе наблюдения (Хофитол®) к 3–5-му, во II группе (УДХК) — к 7–8-му, в группе сравнения — к 10–12-му дням от начала лечения (рис. 2).

При УЗИ ЖП по окончании курса терапии (рис. 3) в обеих группах наблюдения прослеживалась положительная динамика эхографической картины, выражающаяся в уменьшении толщины и плотности стенки ЖП в I группе наблюдения в 34,5%, во II группе — в 25,6% случаев ($\chi^2 = 9,1$; $p = 0,03$), в исчезновении признаков БС в 79,6 и 81,3% случаев соответственно ($\chi^2 = 4,7$; $p = 0,7$).

Таблица 3

Влияние проводимой терапии на показатели многофракционного дуоденального зондирования

Нарушение	Показатели	Группа наблюдения I (n = 75)		Группа наблюдения II (n = 79)		Группа сравнения (n = 56)	
		До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Гипотонус ЖП	Объем порции В, мл	114,35 ± 2,34	63,85 ± 1,12*	108,46 ± 3,30	82,50 ± 2,13*	110,26 ± 2,13	101,34 ± 1,15
Гипертонус ЖП	Объем порции В, мл	25,18 ± 3,15	48,36 ± 1,17*	27,13 ± 1,53	35,16 ± 2,26	27,34 ± 2,15	29,41 ± 2,16
Гипертонус сфинктера Одди	Время закрытого сфинктера Одди, мин.	9,15 ± 1,43	5,03 ± 2,11*	8,77 ± 1,12	6,18 ± 2,16	8,94 ± 2,26	8,07 ± 1,36
Застой в холедохе	Объем порции А1, мл	18,47 ± 2,31	10,36 ± 1,15*	18,81 ± 2,12	15,64 ± 0,4	18,65 ± 2,26	19,29 ± 2,27
Застой в печени	Объем порции С, мл	56,47 ± 3,18	31,40 ± 2,27*	53,51 ± 1,17	46,47 ± 2,08	54,47 ± 2,37	50,31 ± 2,11

Примечание: n — число наблюдений; * — достоверность по отношению к уровню до лечения.

Таблица 4

Динамика показателей сократительной функции ЖП на фоне терапии по данным ДУХГ и ДГБСГ

Показатель	Контрольная группа (n = 50)	Группа наблюдения I (n = 75)		Группа наблюдения II (n = 79)		Группа сравнения (n = 56)	
		До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
ДСЖП, мин.	45,64 ± 4,23	52,44 ± 2,16*	43,35 ± 2,26**	53,10 ± 2,43*	51,16 ± 1,31	54,28 ± 1,36	55,18 ± 2,15
СОЖП, %/мин.	1,05 ± 0,01	0,83 ± 0,02*	0,97 ± 0,01**	0,85 ± 0,04*	1,37 ± 0,71**	0,87 ± 0,06	0,97 ± 0,01
T max ЖП, мин.	43,54 ± 0,27	56,87 ± 0,70*	49,28 ± 2,55**	57,74 ± 0,73*	56,17 ± 0,48	54,39 ± 0,32	54,44 ± 0,26
T½ ЖП, мин.	72,25 ± 12,47	85,37 ± 0,67*	77,41 ± 2,16**	90,90 ± 0,77*	88,26 ± 0,75	90,44 ± 0,83	87,85 ± 0,61
ЛВЖЗ, мин.	4,85 ± 0,04	15,14 ± 0,31*	9,12 ± 0,15**	13,30 ± 0,15*	12,81 ± 0,15	14,04 ± 0,23	13,29 ± 0,16

Примечание: n — число наблюдений; * — достоверность по отношению к контролю; ** — достоверность по отношению к уровню до лечения.

В группе сравнения существенного изменения эхографической картины не отмечалось.

После курса лечения в обеих группах наблюдения прослеживалась однонаправленная положительная динамика физико-химических свойств желчи порций В и С (табл. 1). Со стороны химического состава наблюдалось снижение концентрации ХСж, напротив, содержание ЖКж увеличилось, соответственно наблюдалось и увеличение ХХК. Со стороны физико-коллоидных свойств желчи отмечалось снижение УВж, ВЗж и ПНж, повышение рНж. Примечательно, что Хофитол® оказался более эффективен в снижении содержания ХСж, но менее эффективен в повышении концентрации ЖКж, в итоге в обеих группах наблюдения повышение ХХК было примерно одинаковым. У больных группы сравнения в процессе лечения изменения химического состава желчи и физико-коллоидных свойств желчи были несущественными.

Динамика показателей липидного обмена (табл. 2) была однотипна в обеих группах наблюдения и выражалась в увеличении ЛПВП, уменьшении ЛПОНП и ТГ, как следствие,

наблюдалось уменьшение КА. Положительные изменения в I группе наблюдения (ЭЛА) были выражены в большей степени. У больных группы сравнения достоверных изменений не отмечено.

Гипохолестеринемические свойства ЭЛА обусловлены входящими в его состав биологически активными веществами. Цинарин в сочетании с фенолокислотами и кофеилхинными кислотами способствует снижению уровня холестерина за счет холеретического усиления элиминации и снижения его печеночного синтеза. Комплексное воздействие лютеолина, цинарина и хлорогеновой кислоты приводит к ингибированию биосинтеза холестерина, вероятно, вследствие специфического блокирования активации гидроксиметилглутарил-КоА-редуктазы. Хинная и кофеилхинная кислоты в составе ЭЛА снижают активность липогенных ферментов, что приводит к подавлению секреции ЛПОНП и ЛПНП, уменьшению уровня триглицеридов в крови и печени [17, 18].

Нормализация внутриклеточного обмена липидов в печени под влиянием ЭЛА, обладающего благодаря цинарину, фенолокислотам и кофеил-

хинным кислотам гепатопротективными свойствами, ведет к снижению уровня ХС в желчи: вследствие снижения синтеза холестерина в печени происходит уменьшение секреции его в желчь. Помимо этого, полифенольные производные цинарина, хлорогеновой и кофеилхинной кислот стимулируют секрецию желчи, нормализуют ее реологию, что способствует уменьшению ее литогенности [19].

При лечении пациентов ЭЛА наблюдается восстановление моторики ЖП и функции сфинктера Одди (табл. 3). Аналогичны результаты, полученные при проведении в динамике ДУХГ и ГБСГ (табл. 4). Об усилении моторно-эвакуаторной функции ЖП свидетельствуют снижение T½ ЖП, ЛВЖЗ, длительности фазы сокращения ЖП, увеличение степени максимального сокращения и скорости опорожнения ЖП. Помимо этого, нормализовалась депонирующая функция ЖП, на что указывает снижение Tmax ЖП. Недостоверными изменения были во II группе наблюдения, в группе сравнения какой-либо динамики со стороны показателей моторно-эвакуаторной функции ЖП не отмечено.

Восстанавливая сократительную функцию желчного пузыря, французский лекарственный препарат Хофитол® (ЭЛА) обеспечивает гармоничное опорожнение внутри- и внепеченочных желчных путей, своевременное и беспрепятственное поступление желчи в двенадцатиперстную кишку, тем самым усиливая энтерогепатическую циркуляцию желчных кислот [20]. Профилактика желчного камнеобразования достигается вследствие уменьшения застоя желчи и предотвращения кристаллизации холестерина.

Выводы

1. Комплексное исследование физико-химического состава желчи, липидного спектра крови и функционального состояния желчного пузыря позволило выявить патогенетические закономерности формирования литогенной желчи и развития холелитиаза.
2. Использование в лечении I стадии ЖКБ ЭЛА, обладающего холеретическими, холекинетическими и гепатопротективными свойствами, способствует эффективному устранению (или уменьшению) болевого и диспепсического синдромов, снижению литогенных свойств желчи и элиминации билиарного сладжа (в 79,6%).
3. Наблюдающиеся по окончании курса лечения снижение литогенности желчи, нормализация липидного обмена и моторно-эва-

куаторной функции билиарного тракта оказались более выраженными в группе пациентов, получавших стандартизированный экстракт листьев артишока (ЭЛА), по сравнению с пациентами, получавшими препарат урсодезокси-левой кислоты либо комбинацию желчегонных, спазмолитических и ферментных препаратов.

4. Применение препарата Хофитол® (ЭЛА) в лечении пациентов с докамменной стадией ЖКБ открывает новые перспективы в профилактике желчного камнеобразования.
5. Хофитол® (ЭЛА) улучшал симптоматику I стадии ЖКБ при курсовом приеме двух таблеток три раза в день в течение 30 дней, что соответствует упаковке № 180.

Список литературы

1. Вахрушев, Я.М., Хохлачева Н.А. Желчнокаменная болезнь: эпидемиология, факторы риска, особенности клинического течения, профилактика. Архив внутренней медицины. 2016; 3: 30–35.
2. Вахрушев Я. М., Хохлачева Н. А., Глазырина Н. Н., Быстрова А. В. Диспансерное наблюдение пациентов с желчнокаменной болезнью. Ижевск, 2019: 142.
3. Григорьева И. Н., Малютин С. К., Воевода М. И. Роль гиперлипидемии при желчнокаменной болезни. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2010; 4: 64–68.
4. Ильченко А. А. Болезни желчного пузыря и желчных путей. Руководство для врачей. Москва: МИА, 2011; 880 с
5. Лазебник Л. Б., Ильченко А. А. Насколько реально и эффективна первичная профилактика холелитиаза? Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2011; 4: 3–6.
6. Селезнева Э. Я., Быстровская Е. В., Орлова Ю. Н. и др. Алгоритм диагностики и лечения желчнокаменной болезни. Российский медицинский журнал. 2015; 23 (13):730–737.
7. Быстровская Е. В. Постхолецистэктомический синдром: патогенетические и терапевтические аспекты проблемы. Медицинский совет. 2012; 2: 83–87.
8. Kimura T., Yonekura T., Yamauchi K. Laparoscopic treatment of gallbladder volvulus: a pediatric case report and literature review. Journal Of Laparoendoscopic and Advanced Surgical Techniques. 2008; 18 (2): 330–334.
9. Шкляев А. Е., Малахова И. Г. Летальные исходы от патологии органов пищеварения в ЛПУ удмуртской республики: анализ за 2005–2010 годы. Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. 2012; 1: 33–36.
10. Иванченкова Р. А., Егоров А. В., Леонович А. Е. и др. Инновации в диагностике и лечении желчнокаменной болезни. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2012; 4: 66–73.
11. Скворцова Т. Э., Ситкин С. И., Радченко В. Г., Селиверстов П. В., Ткаченко Е. И. Желчнокаменная болезнь: современные подходы к диагностике, лечению и профилактике (пособие для врачей). Москва, 2013; 35 с.
12. Лазебник Л. Б., Ильченко А. А. Насколько реально и эффективна первичная профилактика холелитиаза? Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2011; 4: 3–6.
13. Хохлачева Н. А., Сучкова Е. В., Вахрушев Я. М. Пути повышения эффективности диспансеризации больных ранней стадией желчнокаменной болезни. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2013; 4: 15–20.
14. Ильченко А. А. Классификация желчнокаменной болезни. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2002; 1: 131.
15. Мирошниченко В. П., Громашевская Л. П., Касаткина М. Г. Определение содержания желчных кислот и холестерина в желчи. Лабораторное дело. 1978; 3: 149–153.
16. Рединова, Т. Л. Карисес зубов.— Ижевск, 2009.— 96 с.
17. Хавкин А. И., Волинец Г. В. Дисфункции билиарного тракта с билиарным сладжем у детей и их коррекция препаратом хофитол. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2006; 3: 30–34.
18. Зацепина Е. Е., Лунева И. Л. Гепатопротекторное средство из артишока колючего. Биомедицина. 2010, 5: 91–92.
19. Гриневич В. Б., Сас Е. И. Физиологические эффекты желчных кислот. Русский медицинский журнал. Медицинский обозрение. 2017; 1 (2): 87–91.
20. Смирнова Л. Е., Виноградов В. Ф., Смирнов А. В. и др. Метаболический синдром с позиций кардиолога и гастроэнтеролога: современные аспекты проблемы (обзор литературы). Верхневолжский медицинский журнал. 2012; 10 (2): 11–15.
21. Ивашкин В. Т. Научное досье по препарату Хофитол. УДК 616–03, ББК 54.135.2. Москва, 2014.

Для цитирования. Хохлачева Н. А., Глазырина Н. Н. Желчнокаменная болезнь: есть ли шанс избежать холецистэктомии? // Медицинский алфавит. Серия «Практическая гастроэнтерология». — 2019. — Т. 3. — 20 (395). — С. 5–10



Научно-практическая конференция «Гастрофорум. Доказательная гастроэнтерология: от теории к практике»

Организатор. ФГБУ «Поликлиника № 1» Управления делами Президента Российской Федерации.

Председатели. Ойоткина Ольга Шонкоровна, д.м.н., проф., действительный член (академик) РАЕН, заслуженный врач России, гл. терапевт ФГБУ «Поликлиника № 1». Пюрвеева Кермен Валериевна, зав. отделением гастроэнтерологии и гепатологии ФГБУ «Поликлиника № 1».

Место проведения. ФГБУ «Поликлиника № 1» Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва, пер. Сивцев Вражек, 26/28, большой конференц-зал (вход через проходную с Калошина пер., 3, стр. 2). Проезд до ст. м. «Смоленская», «Арбатская», «Кропоткинская».

Дата проведения. 30 ноября 2019 года.

Регистрация и начало работы. Регистрация в 09:00. Начало научной программы в 10:00.

Подробная информация Технический организатор конференции: ООО «ИИСИ Медикал».

Телефон: 8 (495) 592-06-59; +7 (916) 567-35-29.

Сайт: eestmedical.ru.

Документация по учебному мероприятию представлена в комиссию по оценке учебных мероприятий и материалов для НМО (www.sovetnmo.ru)

