



УДК: 616.36

ГЕПАТОЗАЩИТНАЯ РОЛЬ ГИДРОЛИЗАТА ПЛАЦЕНТЫ — ЛАЕННЕКА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВИРУСНО-ПАРАЗИТАРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Пальцев А. И., Ерёмкина А. А., Торгашов М. Н.
ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава

HEPATOPROTECTIVE ROLE OF PLACENTA HYDROLISAT — LAENNEC IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH VIRAL AND PARASITIC LIVER DISEASES

Paltsev A. I., Yeremenko A. A., Torgashov M. N.
Novosibirsk state medical university

Пальцев Александр Иванович
Paltsev Alexander I
paltsev-fotina@mail.ru

Пальцев Александр Иванович, доктор медицинских наук, профессор, кафедра внутренних болезней.
Ерёмкина Анна Александровна, к.м.н.
Торгашов Михаил Николаевич, к.м.н.

Резюме

В статье представлены данные о течении неалкогольной жировой болезни печени и хронического вирусного гепатита С в сочетании с описторхозной инвазией. С позиции системного подхода рассмотрены особенности клиники, лабораторных и функциональных данных при сочетанной патологии. Отмечена частота болевого, астенического, холестатического и аллергического синдромов, последнего как составной части триады Пальцева. Показана высокая эффективность гидролизата плаценты — лаеннека как средства патогенетической терапии.

Ключевые слова: неалкогольная жировая болезнь печени, хронический вирусный гепатит С, гидролизат плаценты — лаеннек, эффективность в патогенетической терапии.

Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2016; 135 (11): 4–...

Summary

The article presents data on non-alcoholic fatty liver disease and chronic viral hepatitis C in combination with opisthorchosis invasion. With the system approach considers the specific features of the clinical, laboratory and functional data in patients with combined pathology. Observed frequency of the pain, asthenic and allergic cholestatic syndromes, the latter as part of the triad Paltsev. The high efficiency of the placenta hydrolisat — laennec, as means of pathogenetic therapy.

Keywords: nonalcoholic fatty liver disease, chronic viral hepatitis C, placenta hydrolisat — laennec, efficiency in pathogenetic therapy.

Ekspierimental'naya i Klinicheskaya Gastroenterologiya 2016; 135 (11): 4–...

Хронические вирусные заболевания печени В и С относятся к социально значимым инфекциям. И если гепатиты В имеют тенденцию к снижению, вследствие широкой иммунизации населения, то число больных с гепатитом С растёт, и как предполагается число инфицированных в настоящее

время в мире составляет более 200 млн человек [22]. Значимое место в структуре заболеваний органов пищеварения занимают циррозы печени. По данным ВОЗ за последние 10–15 лет показатель смертности от цирроза печени существенно возрос до 10–20 на 100000 населения в год. В настоящее время

цирроз печени, как причина смертности занимает 10-е место и входит в 6 основных причин у лиц наиболее трудоспособного возраста 35–55 лет [6]. В соответствии с данными ВОЗ, высоким уровнем смертности от цирроза печени считается превышение 25 случаев летальных исходов в год на 100000 жителей, а низким — менее 10 случаев [21].

В мире существует ещё одна важная проблема, касающаяся поражения гепатобилиарной системы. Речь идёт о паразитарных заболеваниях. Так трематодами печени в мире поражены более 17 миллионов человек и это установленные данные. Вместе с этим риску заражения подвержены от 360 до 680 млн человек, проживающих в 13 странах. В России гиперэндемичным очагом описторхоза является Обь-Иртышский бассейн. В связи с тем, что население Западной Сибири поражено описторхозом в высоком проценте случаев, патология желчевыводящей, панкреато-дуоденальной системы оказываются преморбидным фоном других инфекционных и неинфекционных заболеваний, которые инициируют их патоморфоз, а следовательно заставляют более тщательно проводить обследование пациентов, определять методы лечения.

Инфицированность гепатотропными вирусами и инфицированность описторхами существенно влияет состояние пациентов, затрудняет лечение. Хотя каждое из них в отдельности отмечается существенной тяжестью течения. Так по данным Г.С. Архипова с соавт. [1] анализ клинического течения хронических вирусных гепатитов В и С показал, что желтуха наблюдалась у 47%, анорексия у 33,3%, диспепсический синдром у 37,5%, боли в правом подреберье у 87,5%, гепатомегалия у 45,8%, астенический синдром у 37,5%.

Нашими исследованиями было установлено, что у больных хроническим описторхозом аллергический синдром диагностировался у 91% пациентов, дискинетический синдром у 90%, холангиохолецистит у 87%, холестаза у 85%, нарушение микробиотоза кишечника — у 83%, гастроинтестинальных проявлений у 81%, вегетососудистой дистонии у 78%, панкреатопатии у 74% и холангиогепатита у 13% [13].

Клинические данные при вирусных заболеваниях печени не всегда согласуются с результатами морфологических исследований, особенно это касается гепатита С, который Д.К. Львов не случайно назвал «ласковым убийцей» [8]. Выраженных клинических проявлений может не быть при значительных морфологических изменениях. В 20% случаев активность трансаминаз не коррелирует с выраженностью гистологических изменений.

При гепатите С гистологическая картина характеризуется неспецифическими воспалительно-некротическими изменениями, сочетанием жировой и гидропической дистрофии, образованием лимфоидных фолликулов [7].

При описторхозе также в настоящее время не выявлено специфических морфологических критериев поражения печени. А.М. Тун, описывая состояние печени, отмечал воспалительно-пролиферирующие изменения в желчных протоках, межучной ткани, в сочетании с холестазом и в ряде случаев некротические изменения [14].

Из представленных клинико-лабораторных, морфологических данных особую озабоченность у клиницистов вызывают вопросы лечения больных вирусными заболеваниями печени в сочетании с описторхозом. При этом, если вопросы этиотропной терапии обоих заболеваний в какой-то степени разработаны, хотя и остаются сложными, то вопросы патогенетической терапии остаются весьма трудными. Это связано, прежде всего, с тем, что печень является системообразующим органом. Не случайно И.П. Павлов назвал её главной лабораторией организма. Поэтому и подход к лечению заболеваний гепатобилиарной системы должен быть системным. Именно об этом писали величайшие учёные и врачи своего времени. «Всё в организме — отмечал Гиппократ, — представляет одно единственное течение, одну единственную связь, одно единственное гармоничное взаимоотношение. **Всё направлено на целое**» (выделено нами — авт.) [15]. По мнению И.П. Павлова, всякий живой организм «представляет крайне сложную систему, состоящую из почти бесконечного ряда частей, как связанную друг с другом, так и в виде единого комплекса с окружающей средой» [11].

В наше время, известные философы Ю.М. Хрусталёв и Г.И. Царегородцев так определяют принципы методолого-ориентирующих функций системного подхода: 1. Организм и личность являются высокоорганизованной системой, состоящей из ряда соподчинённых подсистем и их взаимосвязанных элементов; 2. Целое (система) определяет природу частей (элементов); 3. Части не могут быть и адекватно назначены в отрыве от целого без учёта его своеобразия; 4. Составные элементы системы и подсистем следует изучать как неразрывно взаимосвязанные и взаимодействующие друг с другом; 5. Системный подход нацеливает на необходимость преодоления редукционизма [16].

Особое значение системный подход имеет в случае применения биологических лекарственных средств (БЛС). Согласно определению European Medicines Agency (ЕМЕА) «к БЛС относятся лекарственные средства, активной субстанцией которых является биологическое вещество, полученное или выделенное из биологического источника, в том числе с помощью одного или нескольких биотехнологических методов. [5].

К таким средствам с полным основанием можно отнести гидролизат плаценты человека — лаенек — первый плацентарный препарат для инъекций, зарегистрированный в нашей стране. Производителем его является фирма Japan Bio Products Co. Ltd. Плацента во истину удивительный орган, обеспечивающий связь между организмом матери и плода. Через неё плод от матери получает кислород, питательные вещества, воду, электролиты, витамины, антитела, гормоны, обеспечивая рост и развитие новой жизни. В настоящее время в ней обнаружены важные факторы роста, гормоны, ряд белков, называемые ингибинами, непосредственно связанные с беременностью, лактогены, лактоферрин, а также группа особых антикоагулянтов.

Создателем лаеннека является японский учёный, доктор медицины Хиэда Кэнтаро. Создал он его после знакомства с работами великого русского,

советского учёного Владимира Петровича Филатова. Как в этой связи не вспомнить слова В.И. Ленина: «Мы [русские] — народ по преимуществу талантливый, но ленивого ума» [2]. Казалось бы, что мешало академику Филатову, его ученикам вести дальнейшие разработки по изучению механизма действия лиофилизата плаценты, определить эффективность его при различных заболеваниях, рассматривать вопросы профилактического применения. Применяли экстракт плаценты сибирские учёные в шестидесятых годах прошлого века при заболеваниях суставов. Под руководством заслуженного деятеля науки, профессора Г.Д. Залесского, З.А. Субботиной была защищена кандидатская диссертация: «Лечение больных ревматоидным артритом плацентарной кровью». Опубликованы работы в центральной печати [4]. В нашей стране лаеннек зарегистрирован как гепатопротектор и иммуномодулятор. Лекарственное средство получено в результате многоэтапной переработки и очистки плаценты с использованием метода молекулярного фракционирования и представляет единственный препарат из плаценты человека для внутривенного введения, зарегистрированный на территории Российской Федерации. В 2 мл ампулы Лаеннека содержится 112 мг гидролизата плаценты человека. Состав препарата следующий: цитокины — факторы роста клеток Grows factor (36), HGF (фактор роста гепатоцитов), NGF (фактор роста нервов), IGF (инсулиноподобный фактор роста), TGF (трансформирующий фактор роста), EGF (эпидермальный фактор роста), FGF (фактор роста фибробластов); интерлейкины (ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-3, ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-6, ИЛ-10, ИЛ-12); эритропоэтин; интерферон, биологически активные вещества — аминокислоты (18), нуклеозиды, нуклеотиды, пептид ДНЕА, витамины В, С, Д, РР, энзимы, минералы и др. Как уже отмечалось, лаеннек является иммуномодулятором и гепатопротектором,

используется в целях восстановления функций печени и уменьшения в ней содержания липидов и холестерина, стимуляции регенерации клеток, восстановления их жизненного цикла и синтетической активности, регуляции апоптоза, улучшения тканевого дыхания, имеет противовоспалительное, противоаллергическое действие, предотвращает фиброз и спаечный процесс, индуцирует ангиогенез [3].

В проводимом исследовании нас интересовал, прежде всего, фактор роста гепатоцитов (HGF), именно с ним связывают пролиферативную активность гепатоцитов [17, 19]. Фактор роста гепатоцитов относится к цитокинам HGF/SF. Вырабатывается он непаренхиматозными клетками печени — Купфера, Ито. По химическому составу он является гликопротеином, будучи сильным митогеном для клеток печени, он участвует в её регенерации. Несомненно важную роль имеют инсулиноподобный фактор, фактор роста фибробластов и др.

Особую сложность при лечении вирусных заболеваний печени пегилированными интерферонами в сочетании с рибавирином вызывают такие побочные реакции, как снижение уровня эритроцитов, гемоглобина, лейкопении и тромбопения. В связи с этим представляется весьма интересным следующие данные: в эксперименте инсулиноподобный фактор роста стимулирует эритропоэз, увеличение уровней ретикулоцитов, оказывает воздействие на молекулярные механизмы гомеостаза железа, значительно снижая повышенных его уровней, а так же ферритина и трансферритина [18].

Целью нашего исследования являлось изучение влияния гидролизата плаценты человека — лаеннека на физическое состояние, клинико-лабораторные и функциональные показатели больных неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП), гепатитом С в сочетании с описторхозной инвазией и двух больших циррозов печени.

Клиническая характеристика пациентов и методы исследования

Нами наблюдалось 17 пациентов в возрасте от 45 до 78 лет, из них 11 больных НАЖБП в сочетании с описторхозом мужчин 4, женщин 7; больных вирусным гепатитом С в сочетании с описторхозом — 4 (мужчин 3 и женщин 1) и больных циррозом печени — 2 (обе женщины). У одной цирроз печени вирусной этиологии, у другой — цирроз криптогенный.

Проводились исследования клинические, клинико-лабораторные, серологические,

иммунологические, ультразвуковые, магниторезонансные копрологические. В оценке выраженности клинических симптомов использована цифровая аналоговая шкала, проводилось определение индекса массы тела (ИМТ).

В лечении наряду с традиционной терапией использовался гидролизат плаценты человека. Каждый пациент заполнял бланк информированного согласия. Контрольная группа была представлена лицами аналогичного пола и возраста.

Результаты исследования и их обсуждение

Как известно для НАЖБП характерно бессимптомное течение и нередко эта патология диагностируется в определённой степени случайно, при выявлении синдрома цитолиза. В случае сочетания НАЖБП с хроническим описторхозом имеются определённые отличия, что связано с тем, что в 100% случаев трематода паразитирует в желчевыводящих протоках печени, в 60% в желчном

пузыре и в 35% в протоках поджелудочной железы. *Opistorchis felinus*, имея достаточно крупные размеры от 8 до 12 мм, плотную кутикулу, присоски, оказывает выраженное влияние как местное, так и механическое, нейрогенное, воспалительное, аллергическое и ряд других. Не случайно нами дано определение хроническому описторхозу, как системному заболеванию, при котором поражаются

не только органы и системы постоянного обитания гельминта, но и находящиеся как на путях его миграции, так и интактные [13].

Результаты клинико-лабораторных исследований приведены в табл. 1, 2 и 3. Как видно из табл. 1 боли в правом подреберье у пациентов основной группы наблюдались у 72,7%, после проведённого этиотропного и патогенетического лечения болевой синдром незначительной интенсивности сохранялся только у 18,1% пациентов, в то время как в группе сравнения он наблюдался у 54,5%, при исходном одинаковом уровне. Такая разница объясняется тем, что при лечении заболеваний гепатобилиарной системы различной этиологии, сочетанной с описторхозной инвазией, выделяя гельминтологическое и клиническое выздоровление или улучшение состояния. Поэтому так важно на этапе подготовительной терапии к противогельминтному лечению, во время его проведения, а также и в реабилитационном периоде назначать эффективную, патогенетически обоснованную терапию. Как видно из табл. 1 и 2 включение в комплексную терапию больных НАЖБП, гепатитом С — лаеннека имело положительное значение. Рассматривая эффективность проводимой терапии далее видно, что чувство тяжести в правом подреберье в основной группе до лечения наблюдалось у 81,8%, после лечения у 18,1%, в то время, как в группе сравнения у 45,4%. Далее — соответственно — гепатомегалия у 91,9% — 27,2% и 54,5%, спленомегалия у 45,4% — 27,2% и 36,3%, астенический синдром у 63,6% — 9,09% и 54,5%, желтуха у 9,9% — 0 и в группе сравнения так же 0, холангиохолецистит — 100% — 36,3% и 72,7%, панкреатит у 72,7% — 45,4% и 54,5%, холестаз у 36,3% — 9,09% и 18,1%, гинекомастия у 54,5% — 36,3% и 54,5% пальмарная эритема у 72,7% — 36,3% и 72,7%. Триада Пальцева, заключающаяся в изменении конъюнктивы век оценивается как проявление аллергического синдрома. В зависимости от степени выраженности позволяет проследить степень аллергического воспаления — альтерации, экссудации или пролиферации, а так же наличие «трещин» языка — как фактор дисбиоза кишечника и тремор сомкнутых век и языка как показатель вегетативных нарушений [12]. Указанная триада диагностировалась в основной группе до лечения у 81,8%, после лечения только у 18,1%, в то время, как в группе сравнения она сохранялась у 54,5%.

Несмотря на то, что группа пациентов с сочетанной вирусно-паразитарной патологией была по количеству небольшой — 4 человека, значение проведения патогенетической терапии лаеннеком в сочетании с группой сравнения представлено достаточно отчетливо. Так, астенический синдром в основной группе диагностировался в 100% случаев, после включения в комплексную терапию лаеннека он был купирован, в то время как в группе сравнения он сохранился у 75% больных. Другие синдромы и симптомы были соответственно представлены следующим образом: боль, чувство тяжести в правом подреберье 75% — 25% и 50%, гепатомегалия 100% — 50% и 75%, спленомегалия 50% — 25% и 50%, желтуха — 50% — 0% и 0%, холангиохолецистит 100% — 25% и 50%, панкреатит 75% — 25% и 75%, холестаз 25% — 0% и 0%, гинекомастия 50% — 25% и 75%, пальмарная эритема 100% — 75% и 100%, триада Пальцева 100% — 50% и 75%.

Проведённые лабораторные исследования показали так же положительное влияние лаеннека на их нормализацию, как при НАЖБП, так и при хроническом вирусном гепатите С (ХВГС), сочетанных с описторхозной инвазией. Так наблюдавшиеся у пациентов с НАЖБП умеренная тромбоцитопения, альбуминемия, гипербилирубинемия, триглицеридемия пришли к нормальным величинам. А такие показатели, как гипергаммаглобулинемия, показатели цитолиза, холестаза, дислипидемии, гипергликемии приобрели значения, близкие к нормальным величинам.

Численность наблюдаемых пациентов с ХВГС (4 человека) не позволяет сделать однозначные выводы об эффективности лечения лаеннеком. Однако, сложности с которыми сталкивается каждый гепатолог при проведении лечения этой группы больных препаратами интерферонов и рибавирином, позволяет более оптимистично смотреть на возможности терапии пациентов с явлениями гиперспленизма, лейкопении, тромбоцитопении, анемии препаратами гидролизата плаценты.

Как видно из таблицы 3 у пациентов, которым был назначен лаеннек число эритроцитов увеличилось с $2,9 \pm 0,5$ до $3,7 \pm 0,5 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин с $102 \pm 5,3$ до $134 \pm 2,4$ г/л, лейкоцитов соответственно с $3,1 \pm 0,4$ до $4,5 \pm 0,3 \cdot 10^{12}/л$, тромбоцитов с $62 \pm 3,0$ до $116 \pm 14,5 \cdot 10^8/л$. Это позволило проводить дальнейшее лечение в соответствии с консенсусом. Существенно улучшились показатели белкового обмена — уровень альбуминов повысился с $38,4 \pm 1,2$ до $46,3 \pm 2,7$ г/л, снизились показатели цитолиза с $132,4 \pm 65,7$ е/л до $52,1 \pm 12,4$ е/л, АСТ соответственно с $139,2 \pm 59,9$ е/л до $61,2 \pm 14,6$ е/л, ЩФ с $282 \pm 11,3$ е/л до $230 \pm 15,7$ е/л, ГГТ с $87,5 \pm 28,1$ до $47,5 \pm 9,4$ е/л. Повышение показателей холестаза, индекс Де Ритиса более 1,0 у пациентов с вирусным гепатитом С можно объяснить тем, что гепатит С сочетался с хроническим описторхозом. А как мы отмечали ранее синдром холестаза у больных хроническим описторхозом наблюдается в высоком проценте случаев. Наряду с указанными методами исследования, всем пациентам проводилась ультразвуковое исследование органов брюшной полости. При динамическом исследовании на фоне приёма лаеннека у больных НАЖБП отмечалось нормализация размеров печени и селезёнки более чем у 70% пациентов, нормализация эхогенности по сравнению с почками у 63,6%, большая чёткость сосудистого рисунка у 54,5%.

У пациентов с вирусным гепатитом С с описторхозной инвазией диффузные изменения печени после включения в комплексную терапию лаеннека стали менее выраженными, размеры печени нормализовались у 2 из 4 пациентов, у 2 уменьшились, спленомегалия отмечалась только у одного больного вирусным гепатитом С. В обеих группах сохранилось уплотнение стенок желчевыводящих протоков.

Таким образом, проведённое нами исследования, заключающееся во включении лаеннека в комплексную терапию больных НАЖБП, вирусным гепатитом С, сочетанных с описторхозной инвазией, показало, что препарат хорошо переносился пациентами, ни в одном случае не было зарегистрировано побочных эффектов, в том числе аллергических, что является весьма важным при лечении больных с описторхозной инвазией, где, как известно, аллергия является одним из ведущих

Таблица 1.

Основные клинические симптомы и синдромы у больных НАЖБП в сочетании с описторхозом до и после лечения лаеннеком (n=11).

Синдромы и симптомы	до лечения		после лечения		после лечения (контрольная группа) (n=11)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Боль в правом подреберье	8	72,7	2	18,1	6	54,5
Чувство тяжести в правом подреберье	9	81,8	2	18,1	5	45,4
Гепатомегалия	10	90,9	3	27,2	6	54,5
Спленомегалия	5	45,4	3	27,2	4	36,3
Астенический	7	63,6	1	9,09	6	54,5
Желтуха	1	9,09	0	0	0	0
Холангиохолецистит	11	100	4	36,3	8	72,7
Панкреатит	8	72,7	5	45,4	6	54,5
Холестаз	4	36,3	1	9,09	2	18,1
Гинекомастия	6	54,5	4	36,3	6	54,5
Пальмарная эритема	8	72,7	4	36,3	8	72,7
Триада Пальцева	9	81,8	2	18,1	6	54,5

Таблица 2.

Основные клинические симптомы и синдромы у больных ХВГС в сочетании с описторхозом до и после лечения лаеннеком (n=4).

Синдромы и симптомы	до лечения		после лечения		после лечения (контрольная группа) (n=4)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Боль, чувство тяжести в правом подреберье	3	75,0	0	0	0	0
Гепатомегалия	4	100	2	50,0	3	75,0
Спленомегалия	2	50,0	1	25,0	2	50,0
Астенический	4	100	0	0	3	75,0
Желтуха	2	50,0	0	0	0	0
Холангиохолецистит	4	100	1	25,0	2	50,0
Панкреатит	3	75,0	1	25,0	3	75,0
Холестаз	1	25,0	0	0	0	0
Гинекомастия	2	50,0	1	25,0	3	75,0
Пальмарная эритема	4	100	3	75,0	4	100
Триада Пальцева	4	100	2	50,0	3	75,0

Таблица 3.

Динамика клинических и биохимических показателей крови у больных НАЖБП и ХВГС в сочетании с описторхозом до и после лечения лаеннеком.

Показатели	НАЖБП+ хронический описторхоз		ХВГС+ хронический описторхоз		нормальные показатели
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	
эритроциты	5,1±3,2	4,9±2,5	2,9±0,5	3,7±0,5	м-4,5-5,0*10 ¹² /л ж-3,0-4,7*10 ¹² /л
гемоглобин	154±5,9	143±4,5	102±5,3	134±2,4	м-130-130 г/л ж-120-140 г/л
лейкоциты	6,4±2,9	5,7±1,1	3,1±0,4	4,5±0,3	4,0-9,0*10 ¹² /л
тромбоциты	153±8,9	190±7,4	62±3,0	116±14,5	180-320*10 ¹² /л
альбумин	35,1±2,5	37,3±1,9	35,4±1,2	40,3±2,7	35-50 г/л
гамма-глобулин	17±1,3	12,4±0,9	15,3±2,3	11,5±3,2	8-14 г/л
АЛТ	115,6±73,6	54,2±21,2	132,4±65,7	52,1±12,4	м- до 41е/л ж- до 31 е/л
АСТ	123,3±64,9	56,1±23,4	139,2±59,9	61,2±14,6	м- до 40 е/л ж- до32 е/л
ЩФ	240±40,9	180,3±31,7	282±11,3	230±15,7	70-270 е/л
ГГТ	112,5±32,4	54,3±11,2	87,5±28,1	47,5±9,4	м- до 50 е/л ж- до 32 е/л
общий холестерин	6,1±1,4	5,7±0,9	3,9±0,8	4,5±0,9	3,6-5,2 ммоль/л
ЛПНП	4,2±1,7	3,7±1,2	4,8±2,1	4,3±1,3	1,9-4,14 ммоль/л
ЛПВП	1,09±0,12	1,25±0,9	1,13±0,5	1,36±0,2	не менее 1,56 ммоль/л
коэф.атерогенности	5,7±1,9	5,18±0,7	5,93±1,2	4,2	менее 4,0
Триглицериды	1,9±0,9	1,5±0,3	1,21±0,25	1,15±0,32	до 1,7 ммоль/л
глюкоза	7,3±1,9	5,6±1,7	4,8±0,35	4,3±0,5	3,3-5,5 ммоль/л
билирубин	19,3±7,3	16,4±4,2	14,2±0,8	13,9±0,6	до 20,5 мкмоль/л

патогенетических факторов. Данные о хорошей переносимости препарата и отсутствии побочных эффектов согласуются с результатами исследования О.Н. Минушкина с соавт. [10].

Результаты применения лаеннека в комплексной терапии НАЖБП, вирусным гепатитом С, сочетанных с описторхозной инвазией убедительно показали полимодальность его действия. Была отчетливо отмечена клиническая эффективность препарата, заключающаяся в значительном снижении болевого, астенического, аллергического, холестатического синдромов. Рассмотрение эффективности лаеннека с позиции системного подхода позволяет связать механизм действия препарата с его составом и, прежде всего, наличием цитокинов, факторов роста (HGF — гепатоцитов, NGF — нервов, EGF — эпидермального, FGF — фибробластов, IGF — инсулиноподобный). Несомненно, важное значение имеет и то, что в состав гидролизата плаценты входят 69 элементов периодической таблицы Д.И. Менделеева, в том числе установлено высокое содержание

эссенциальных микроэлементов — цинка, кобальта, серы, йода, селена [9, 20, 23]. Такой состав гидролизата плаценты позволил получить не только значительное клиническое улучшение, но и положительную биохимическую динамику, в частности противовоспалительные эффекты, что отчетливо видно по снижению практически до нормальных цифр таких базовых показателей, характеризующие функцию печени, как АЛТ, АСТ, ГГТ, ЩФ. Применение лаеннека при НАЖБП, вирусным гепатитом С, сочетанных с описторхозной инвазией и полученные весьма положительные результаты свидетельствуют о плюрипотентности препарата, что позволяет использовать его в качестве гепатопротективного средства широкого спектра действия. Механизм действия препарата, показания к его применению несомненно требуют дальнейшего изучения, так как по нашему мнению, лаеннек должен иметь значительно больше оснований для его назначений при многих других заболеваниях внутренних болезней, а так же как средство превентивного, профилактического лечения.

Литература

- Архипов Г. С. с соавт. Г.У. Новгородский отчет по клиническому исследованию влияния реамберина на клинико-лабораторные показатели у больных вирусным гепатитом / Г.С. Архипов. — 1999. — с. 10.
- Горький А. М. В.И. Ленин — Собр. сочинений в 16 томах. / М: издательство Правда, 1979. — т. 16. — с. 135–175.
- Громова О.А., Торин И.Ю., Диброва Е.А. и др. Мировой опыт применения препаратов из плаценты человека: результаты клинических и экспериментальных исследований. Обзор / О.А. Громова и др. // Пластическая хирургия и косметология. — 2011. — с. 385–576.
- Залесский Г.Д., Субботина З.А. Лечение плацентарной кровью ревматоидного артрита / Г.Д. Залесский, З.А. Субботина // Вопросы ревматизма. — 1964. — 3. — С. 61–65.
- Зырянов С.К. Биологические лекарственные препараты и их аналоги в современной медицине. Лекции для практикующих врачей / С.К. Зырянов. — М.; 2014. — с. 21.
- Ивашкин В.Т., Буеверов А.О. Настоящее и будущее клинической гепатологии / В.Т. Ивашкин, А.О. Буеверов // Болезни органов пищеварения (для специалистов и врачей общей практики): Библ. РАМН. — 2002. — т. 4, № 1. — С. 13–15.
- Гастроэнтерология. Национальное руководство. Краткое издание. / Под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. — М.: Гэотар-медиа. — 2011. — С. 283
- Львов Д.К. Вирусный гепатит С — «ласковый убийца» / Д.К. Львов // Росс. гастроэнтер. журн. — 1995. — 1. — с. 4–6.
- Минушкин О.Н., Масловский Л.В., Елизаветина Г.А. и др. Применение препарата лаеннек в гастроэнтерологической практике. Учебный центр АНК-Фарм. — С. 19
- Минушкин О.Н., Калинин А.В., Масловский Л.В. и др. Лаеннек: опыт внутривенного капельного введения при лечении некоторых диффузных заболеваний печени / О.Н. Минушкин и др. // Клиническая перспектива гастроэнтерологии, гепатологии. — 2005. — № 2. — с. 27–30.
- Павлов И.П. Полное собрание трудов. / М.: — 1951. — том 3. — с. 452.
- Пальцев А.И., Доронина С.А. Фитотерапия хронического описторхоза / А.И. Пальцев, С.А. Доронина. — Новосибирск, Издательство СО РАН. — 2004. — С. 14–16
- Пальцев А.И. Особенности нарушения желудочно-кишечного тракта при описторхозе / В кн.: Гастроэнтерология. — под ред. Л.Б. Лазебника, П.Л. Щербакова. — М.: Изд-во мед. книг. — 2011. — с. 155–189.
- Тун А.М. Функционально-морфологические изменения печени у больных хроническим описторхозом. Дис. ... канд. мед. наук. — Томск. — 1992. — с. 131
- Гиппократ. Избранные книги. Перевод с греческого В.И. Руднева. — Гос. издательство биолог. и мед. литературы. — 1936.
- Хрусталёв Ю.М., Царегородцев Г.И. Философия науки и медицины / Ю.М. Хрусталёв, Г.И. Царегородцев. — М: Гэотар-медиа, 2007. — С. 277.
- Aww M.M., Mitry R.R., Hughes R.D. Dhawan A. Serum hepatocyte growth factor and vascular endothelial growth factor in children with acute liver failure / M.M. Aww [et al.] // Peoliatr Gastroenterol Nutr. 2007. — 44(2). — p. 332–339.
- Garsia — Fernandez M., Castilla-Cortazar J. et al. Antioxidant effects of insulinlike growth factor -j (JGF-j) in rats with advanced liver cirrhosis / M. Garsia — Fernandez [et al.] // BMC Gastroenterol. — 2005. — 5–7.
- Micholopoulos G.K., De Frances M.C. Liver regeneration: molecular mechanism of growth cjntrol / G.K. Micholopoulos, M.C. De Frances // Faseby. — 1990. — 4. — p.176–187.
- Jiu K.X., Kato Y., Kaku T., Siguiyama Y. Human placental extract simulates liver regeneration in rats / K.X. Jiu [et al.] // Biol Pharm Bull. — 1996. — 21(1). — P.44–49.
- Pessione F., Dedos F., Morsellin P. et al. Effect of alcohol consumption on serum hepatitis C virus RNA and histological lesions in chronic hepatitis C // Hepatology. — 1998. — 27. — p. 1717–1722
- WHO. Global surveillance and control of hepatitis C. Repot of a WHO Consultation organized in collaboration with the viral Hepatitis Prevention Board. Antwerp. Belgium // Viral. Hepat. — 1999. — 6. — 35–47.
- Wu Y., Yong T., Wong C. Laennec protects murine from concanavalin A — included liver injury through inhibition of inflammatory reactions and hepatocyte apoptosis // Biol Pharm Bull. — 2008. — 31(11). — P.2040–2044