

О ВЛИЯНИИ ПЛАЦЕНТАРНОГО ПРЕПАРАТА ЛАЕННЕКА НА МОТОРНУЮ ФУНКЦИЮ БИЛИАРНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИЕЙ ПЕЧЕНИ

Максимов В. А., Бунтин С. Е., Бунтина В. Г., Мысенкова Е. Е., Самарцев К. Н., Востокова Г. В.

МНТО «Гранит»

ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

THE INFLUENCE OF PLACENTAL DRUG LAENNEC ON MOTOR FUNCTION OF THE BILIARY TRACT IN PATIENTS WITH FATTY DEGENERATION OF LIVER

Maksimov V. A., Buntin E. S., Buntina B. G., Mysenkova E. E., Samartsev K. N., Vostokov G. V.

MNTO, "Granit"

Penza oblast clinical hospital named N.N. Burdenko

Резюме

Максимов В. А.

Maksimov V. A.

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) — одна из наиболее актуальных проблем современной медицины — является предметом многочисленных исследований, вызывая интерес врачей разных специальностей.

В данной работе представлен собственный опыт наблюдения за больными с жировой дистрофией печени на фоне применения гидролизата плаценты человека — Лаеннека.

Мы пролечили 11 больных с жировой дистрофией печени и изучили моторно-эвакуационную функцию гепатобилиарного тракта до и после проведённого лечения. Контрольную группу составили 50 практически здоровых субъекта в возрасте от 19 до 21 года. Лаеннек вводился внутримышечно по 2 мл через день, курс 20 инъекций.

Применение плацентарного препарата Лаеннека оказывает стимулирующее влияние на процессы желчеобразования и желчеотделения у больных с жировой дистрофией печени, а также нормализует моторику сфинктеров и сократительную способность желчного пузыря.

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

Summary

Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) is one of the most urgent problems of modern medicine — is the subject of numerous studies, causing interest of different medical specialists

This paper presents our own experience of supervision of patients with fatty degeneration of liver on the background of the application of human placenta extract — Laennec.

We treated 11 patients with fatty degeneration of the liver and examined the motor-evacuation function of the hepatobiliary tract before and after treatment. The control group consisted of 50 healthy subject aged between 19 to 21 years. Laennec was administered intramuscularly to 2 ml a day, a course of 20 injections.

Usage of placental drug Laennec has a stimulating influence on the processes of choleresis and bile secretion in patients with fatty degeneration of the liver, and normalizes the motility of the sphincter and contractility of the gall bladder

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

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) — одна из наиболее актуальных проблем современной медицины — является предметом многочисленных исследований, вызывая интерес врачей разных специальностей.

В индустриально развитых странах ожирением печени страдают 20–40% взрослого населения, у 10–20% из них выявляется НАСГ. Распространенность неалкогольной жировой дистрофии печени составляет 20–35%, однако среди больных с ожирением, особенно тяжелым ожирением, она встречается еще чаще, достигая 90%. [4,5,6].

Число больных НАЖБП в последнее время значительно увеличилось наряду с ростом распространенности ожирения и сахарного диабета и составляет 20% в общей популяции [7,8]. В США жировую дистрофию печени имеют более 34% взрослого населения — свыше 60 млн человек, в Японии — 29% взрослых жителей [8]

Проблема вопроса современного лечения заболеваний печени и желчевыводящих путей, а также их многочисленных и опасных для жизни больных осложнений, остаётся окончательно не решённой и продолжает привлекать внимание широкого круга практических врачей и научной общественности во всём мире. Мы в своей работе основной упор сделали на определяющую роль нарушений желчеобразования и желчевыделения печени в сложном механизме формирования патологической цепи у больных с различной патологией гепатобилиарной системы. Поэтому, найти рациональный подход к лечению патологии печени и желчевыводящих путей, без глубокого изучения процессов желчеобразования и желчевыделения при различных заболеваниях, представляет определённые трудности.

В данной работе мы приводим собственный опыт наблюдения за больными с жировой дистрофией

печени на фоне применения гидролизата плаценты человека- Лаеннека.

С целью изучения влияния Лаеннека на моторную функцию гепатобилиарного тракта, в плане

коррекции этих нарушений, мы пролечили 11 больных с жировой дистрофией печени и изучили моторно-эвакуационную функцию гепатобилиарного тракта до и после проведённого лечения.

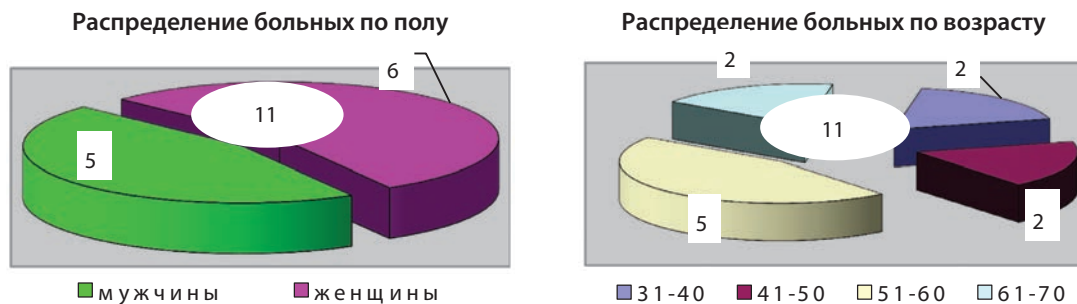


Диаграмма 1

Верификация диагноза проводилась на основании жалоб, анамнеза, клинических проявлений, биохимического исследования крови, УЗИ печени и желчного пузыря с желчегонным завтраком, данных этапного хроматического дуоденального зондирования (ЭХДЗ) с последующим лабораторным физико-химическим исследованием полученной желчи, которое позволяет графически регистрировать желчеотделение, проводить биохимическое исследование всех полученных порций желчи как по концентрации, так и по дебиту её компонентов желчи, выделившихся в 12-ти ПК за час после введения раздражителя [1,2,3].

Всем больным проводилось ультразвуковое исследование гепатобилиарного тракта с использованием желчегонного завтрака и расчётом показателя двигательной функции (ПДФ) желчного пузыря и желчевыводящих путей.

Контрольную группу составили 50 практически здоровых субъекта в возрасте от 19 до 21 года.

Математическую обработку результатов исследования проводили стандартными методами вариационной статистики. Достоверность различий средних величин определяли с помощью t критерия Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$. Статистический анализ индивидуальной динамики по каждому пациенту выполняли разностным методом.

Всем больным было проведено ЭХДЗ. Базальная желчь была получена у 5 больных (45%), пузырная желчь у 10 больных (91%) и печёночная желчь была получена у 11 больных (100%). Характеристика холереза у больных с физико-химической стадией желчнокаменной болезни представлена в *таблице 1*.

Этапы	Объём (мл)			Время (мин)			Напряжение (мл/мин)		
	Результ	Норма	Достов	Результ	Норма	Достов	Результ	Норма	Достов
I	68,2±11	30±4	$P < 0,05$	18,4±2	20±2	$P < 0,05$	3,7±0,3	1,3±0,1	$P < 0,01$
II				4,1±1	6±1	$P > 0,05$			
III	16,9±4	3±2	$P < 0,05$	5,5±1,0	3±1	$P < 0,05$	3,7±1,0	1,0±0,2	$P < 0,05$
IV	52±4,6	64±7	$P > 0,05$	23,5±1,8	33±3	$P < 0,05$	2,2±0,1	2,1±0,2	$P > 0,05$
V	77,2±24	34±5	$P > 0,05$	34,5±6	24±2	$P < 0,01$	2,2 ± 0,1	1,3±0,1	$P < 0,05$
ПЖ/ час	134±16	78±7	$P < 0,01$	60	60		2,2 ± 0,2	1,3±0,1	$P < 0,01$

Таблица 1

Поэтапная характеристика холереза по данным ЭХДЗ у больных с жировой дистрофией печени до приёма Лаеннека ($M \pm m$).

По данным ЭХДЗ на I этапе гиперхолерез выявился у 6 больных (55%), гипохолерез у 4 больных (36%).

В среднем незначительное увеличение объёма выделившейся желчи и некоторое уменьшение времени желчеотделения свидетельствовало о нормальном секреторном давлении в желчных протоках. В целом, тип желчеотделения можно условно характеризовать как нормосекреторный. Состояние сфинктера Одди по результатам II этапа соответствовало гипотонии, а сфинктера Люткенса (III этап) ЭХДЗ соответствовало гипертонии, что объяснялось сопутствующей дискинезией желчевыводящих путей. По результатам этапа желчного пузыря (IV) мы не выявили существенных изменений показателей при сравнении с нормой, за

исключением достоверного снижения показателя времени. Увеличение объёма пузырной желчи было получено у 1 больного (9%), уменьшение объёма наблюдалось у 6 больных (55%), нормальное количество пузырной желчи было получено у 3 больных (27%) и у 1 больного (9%) желчь не была получена. V этап ЭХДЗ имел гиперсекреторный тип желчеотделения, который мы наблюдали у 9 пациентов (82%), у 1 больного (9%) мы выявили гипосекреторный тип желчеотделения и у 1 больного (9%) мы отметили нормосекреторный тип желчеотделения.

Таким образом, у больных с жировой дистрофией печени был выявлен гиперсекреторный тип желчеотделения и гиперхолия. Имелась тенденция к уменьшению времени на I этапе, увеличение

объёма выделившейся желчи ($p > 0,01$) и напряжения на I этапе ($p < 0,01$), увеличение объёма, времени и напряжения на III этапе, уменьшение объёма и времени на IV этапе, а также увеличение объёма, времени и напряжения на V этапе.

Больные принимали Лаеннек внутримышечно по 2 мл через день, курс 20 инъекций. Так как препарат использовался в нашей практике впервые, перед введением препарата проводили биологическую пробу.

Изучая состояние моторной функции гепатобилиарного тракта по данным ЭХДЗ на фоне применения Лаеннека, мы получили следующие результаты: в процессе воздействия Лаеннека мы наблюдали увеличение процента нормосекреции, а также некоторое улучшение моторнотонической функции билиарного тракта. После проведённого курса приёма Лаеннека изучались результаты этапного хромотического дуоденального зондирования ЭХДЗ (таблица 2).

Таблица 2
Результаты этапов ЭХДЗ у больных с жировой дистрофией печени до и после приёма Лаеннека (M ± m).

Этапы	Объём (мл)			Время (мин)		Напряжение(мл/мин)			
	До лечения	Норма	После лечения	До лечения	Норма	До лечения	Норма	После лечения	
I	68,2±11	30±4 $p < 0,001$	21,5±3	18,4±2,8	20±2 $p > 0,05$	19,5±9	3,7±0,3	1,3±0,1 $p > 0,001$	2,1±0,2
II				4,1±0,9	6±1 $p > 0,05$	4,4±0,4			
III	16,9 ± 4	3±2 $p < 0,05$	7,6±0,7	5,5±1,0	3±1 $p > 0,05$	3,2±0,4	3,7±1,0	1,0±0,2 $p > 0,05$	2,9±0,6
IV	52,1±4	64±7 $p > 0,05$	44±8	23,5±1,8	33±3 $p > 0,05$	18,4 ± 2	2,2±0,1	2,1±0,2 $p > 0,05$	2,6±0,1
V	77,2 ± 24	34±5 $p > 0,05$	72,2 ± 4	34,5±6,9	24±2 $p > 0,05$	28±5	2,1± 0,2	1,3±0,1 $p > 0,05$	2,4±0,1
ПЖ/час	172±28	78±7 $p > 0,05$	148±15	60	60	60	2,1±0,2	1,3±0,1 $p > 0,05$	2,4±0,1

По данным таблицы, после проведённого лечения Лаеннеком мы наблюдали повышение процента нормотонии сфинктеров Одди у 5 (45%) по результатам ЭХДЗ, некоторое улучшение кинетической способность желчного пузыря. Пузырная желчь (IV этап ЭХДЗ) получена нами в 91% случаев. Уменьшение исходно-повышенного объёма пузырной желчи после проведённого курса Лаеннека получено нами у 8 больных (73%), его увеличение у 1 больного (9%). Сократительная функция желчного пузыря практически не изменилась.

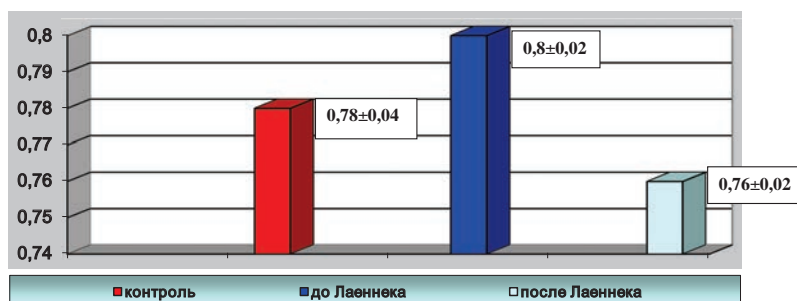
Этап печёночной секреции (V этап ЭХДЗ) после проведённого курса лечения Лаеннеком носил гиперсекреторный характер с повышением объёма

печёночной желчи у 8 больных (73%) и напряжения у 11 больных (100%). Нормосекреторный тип желчеотделения мы выявляли у 4 больных (36%) с нормальными показателями объёма печёночной желчи.

Кроме этого, мы наблюдали некоторое уменьшение исходно — повышенного ($0,8 \pm 0,07$) показателя двигательной функции (ПДФ) желчного пузыря и желчевыводящих путей, полученного методом ультразвукового сканирования с использованием желчегонного завтрака, что также свидетельствовало о некотором нормализующем действии препарата Лаеннека на состояние моторной функции гепатобилиарного тракта.

Диаграмма 2
ПДФ у больных с жировой дистрофией печени на фоне приёма лаеннека.

ПДФ У БОЛЬНЫХ С ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИЕЙ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ ПРИЁМА ЛАЕННЕКА



Таким образом, применение плацентарного препарата Лаеннека оказывает стимулирующее влияние на процессы желчеобразования и желчеотделения у больных с жировой дистрофией печени, а также существенно влияет на моторную функцию билиарного тракта, нормализуя моторику

сфинктеров и сократительную способность желчного пузыря. Поэтому Лаеннек может быть эффективен-но использован в комплексной терапии нарушений двигательной функции желчевыводящих путей, сопровождающихся болями в животе, метеоризмом и расстройством акта дефекации.

Литература

1. Лонд Э. Р., Эльштейн Н. В., Мардна У. Б. и др. Диагностика в связи с диспансеризацией больных хроническими заболеваниями желчевыводящих путей. // Актуальные вопросы гастроэнтерологии. Тез. докл. II съезда гастроэнтерологов УССР. — Днепропетровск, 1989. — С. 35–36.
2. Максимов В. А., Галкин В. А. — Значение методики определения часовой секреции печёночной желчи. // Врач. дело, 1977. — № 2. — С. 107–108.
3. Максимов В. А., Чернышёв А. Л., Тарасов К. М. Дуоденальное исследование — М.: Медицинская газета, серия «интеллектуальноёмкие технологии» вып. 9, — 1998. — 191 с
4. Шварц В., Ногаллер А. М. Неалкогольный стеатогепатит // Врач., 2011. — № 10.
5. Adams LA, Lymp JF, St. Sauver J, et al. The natural history of nonalcoholic fatty liver disease: a populationbased cohort study. *Gastroenterology*. 2005; 129: 113–21
6. Brea A, Mosquera D, Martin E, et al. Nonalcoholic fatty liver disease is associated with carotid atherosclerosis: A case-control study. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2005; 25: 1045–50.
7. De Alwis NM, Day CP. Nonalcoholic fatty liver disease: the mist gradually clears. *J Hepatol*. 2008; 48 (suppl. 1): 104–12.
8. Vuppalanchi R, Chalasani N. Nonalcoholic fatty liver disease and nonalcoholic steatohepatitis: Selected practical issues in their evaluation and management. *Hepatology*. 2009; 49:306–17.