

ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ «ВЕНТРОФИТ» И «ПОЛИФИТОХОЛ» ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ

A.N. Plekhanov, L.V. Borboev

PHARMACOTHERAPEUTIC EFFICACY OF THE REMEDIES “VENTROFIT” AND “POLIPHYTOHOL” IN CHRONICALLY DISTURBED DUODENAL PATENCY

¹ ФГБОУ ВО «Бурятский государственный университет», г. Улан-Удэ² ФГБНУ «Иркутский научный центр хирургии и травматологии», г. Иркутск³ НУЗ «Отделенческая клиническая больница ст. Улан-Удэ ОАО «РЖД»», г. Улан-Удэ

Представлена сравнительная характеристика действия полифитохола и вентрофита при лечении хронических нарушений дуоденальной проходимости. Вентрофит оказывает более выраженное влияние на биоэлектрическую активность как желудка, так и двенадцатиперстной кишки (ДПК) с повышением коэффициента ритмичности. Полифитохол в комплексной терапии оказывает стимулирующее влияние на активность ДПК на фоне увеличения коэффициента ритмичности, не влияя значительно на биоэлектрическую активность желудка. Кроме того, указанные препараты снижают внутридуоденальное давление, нормализуют биохимические показатели желудочного сока, улучшают как непосредственные, так и отдаленные результаты. В отдаленном периоде установлена более выраженная фармакотерапевтическая эффективность вентрофита по сравнению с полифитохолом.

Ключевые слова: нарушение дуоденальной проходимости, внутридуоденальное давление, биоэлектрическая активность, растительные препараты, лечение.

Comparative characteristics of the remedies “Polyphytohol” and “Ventrofit” for the treatment of chronically disturbed duodenal patency is presented in the article. Ventrofit influences on bioelectric activity both the stomach and the duodenum with increasing rhythmicity factor. In complex therapy, Polyphytohol stimulates the duodenum activity in the setting of increased rhythmicity factor not influencing significantly on bioelectric activity of the stomach. Besides, the remedies reduce intraduodenal pressure, normalise biochemical indicators of gastric juice, improve quality of life of patients both in acute and in long-term period. In the long-term period, more expressed pharmacotherapeutic efficacy of ventrofit in comparison with polyphytohol is established.

Key words: disturbing of duodenal patency, intraduodenal pressure, bioelectric activity, vegetative remedies, therapy.

УДК 616.34-007.272-002.2:[615.322:615.243/.244.036
doi 10.17223/1814147/60/09

ВВЕДЕНИЕ

Проблема хронического нарушения дуоденальной проходимости (ХНДП) является предметом острых дискуссий и в настоящее время далека от окончательного решения. При этом остаются неизученными многие вопросы патогенеза ХНДП при ее различных вариантах, а также методы и средства коррекции дуоденального стаза [2, 5].

Своевременная диагностика и лечение ХНДП имеют большое значение для предупреждения трансформации функциональных нарушений в органическую патологию и вовлечения в процесс смежных органов (поджелудочной железы,

печени), часто требующих оперативного лечения.

В этой связи поиск и разработка новых лекарственных средств, позитивно влияющих на моторику двенадцатиперстной кишки (ДПК), имеют большую актуальность. Среди лекарственных препаратов, применяемых с этой целью, особого внимания заслуживают средства растительного происхождения, так как они оказывают комплексное действие на патогенетические факторы заболевания, безопасны в применении, не имеют побочных эффектов [1, 6, 7].

В отделе биологически активных веществ Института общей экспериментальной биологии СО РАН (г. Улан-Удэ) были разработаны:

гепатопротекторное растительное средство «Полифитохол», которое разрешено для медицинского применения (регистрационный номер РН⁰ 001301/02-2002), и «Вентрофит», предназначенное для лечения и профилактики заболеваний желудка и ДПК, зарегистрированное как биологически активная добавка к пище (Свидетельство госрегистрации № RU.77.99.11.003.E.002032.01.12). Сведения о фармакологических свойствах и фармакотерапевтической эффективности указанных фитосредств при заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) подтверждены экспериментальными и клиническими исследованиями [3, 4].

Актуальным представилось определение фармакотерапевтической эффективности полифитохола и вентрофита в составе базисной терапии у больных с хроническим нарушением дуоденальной проходимости.

Цель исследования: оценить фармакотерапевтическую эффективность вентрофита и полифитохола в комплексном лечении больных с хроническими нарушениями дуоденальной проходимости.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В работе использованы данные обследования и фармакотерапии 166 больных (мужчины – 54%, женщины – 46%), которые находились на лечении в НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Улан-Удэ ОАО «РЖД» в период с 2006 по 2012 г. Средний возраст обследованных больных составил $(62,2 \pm 7,8)$ года. От всех пациентов, в том числе здоровых добровольцев, было получено добровольное информированное согласие на участие в исследованиях, которые проводились в соответствии с требованиями Хельсинкской декларации (Ethical Principles Medical Research; Helsinki, 2000), а также одобрены этическим комитетом НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Улан-Удэ ОАО «РЖД».

Все больные с ХНДП получали базисную терапию. Участники исследования были распределены на три группы, рандомизированы по возрасту, полу и стадии заболевания. Первая группа (69 пациентов) – больные, которые помимо стандартной терапии получали полифитохол; вторая – 59 пациентов, которым в комплекс лечения включали вентрофит; третья – пациенты, получавшие препарат сравнения метоклопрамид – церукал (38 человек).

Полифитохол получен из цветков бессмертника песчаного (*Helichrysum arenarium* L.), цветков пижмы обыкновенной (*Tanacetum vulgare* L.), листьев мяты перечной (*Mentha piperita* L.), листьев крапивы двудомной (*Urtica*

dioica L.), корней солодки голой (*Glycyrrhiza glabra* L.) и плодов шиповника даурского (*Rosa dahurica* L.) Препарат оказывает гепатопротекторное, противовоспалительное и желчегонное действие. Он предназначен для профилактики и лечения заболеваний печени и желчевыводящих путей. Препарат применяли по 2,5 г порошка 3 раза в день за 30 мин до приема пищи в течение 3 нед.

Вентрофит получен из травы сушеницы топяной (*Filaginella uliginosa* (L.) Opis), корней и корневищ девясила высокого (*Inula helenium* L.), плодов облепихи крушиновидной (*Hipporhamnoides* L.), плодов кориандра посевного (*Coriandrum sativum* L.), плодов шиповника даурского (*Rosa davurica* Pall.), плодов боярышника кроваво-красного (*Crataegus sanguinea* Pall.), корней солодки голой (*Glycyrrhiza glabra* L.), цветков календулы лекарственной (*Calendula officinalis* L.), листьев подорожника большого (*Plantago maior* L.). (Свидетельство Госрегистрации № RU.77.99.11.003.E.002032.01.12). Отвар вентрофита готовили по ГФ XI и применяли в течение 3 нед 3 раза в день по 50 мл за 30 мин до приема пищи.

Церукал вводили в инъекциях по 10 мг 3 раза в сутки в течение одной недели, а затем переходили на пероральный прием по 0,01 мг 3 раза в день. Курс лечения – 3 нед.

Для комплексной оценки функционального состояния ЖКТ применяли метод периферической компьютерной электрогастроэнтерографии. Использовали аппаратно-вычислительный комплекс «Миограф» (Россия).

Проводили измерение внутриполостного давления («поэтажная манометрия»), а также фиброгастродуоденоскопию (ФГДС) японскими фиброскопами фирмы «Olympus» (Япония).

Больным выполнялось стандартное рентгенологическое исследование – рентгеноскопия желудка с контролем пассажа контрастного вещества по ДПК.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием *t*-критерия Стьюдента, определением среднего арифметического значения *M*, ошибки среднего *m*. Расчеты выполняли с использованием пакета программ «Биостатистика» для Windows. Различия между сравниваемыми величинами считали значимыми при вероятности 95% ($p \leq 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Клиническими проявлениями ХНДП являются боли, как правило, локализующиеся в эпигастрии и правом подреберье, диспепсические явления, изжога, тошнота и рвота, горечь во рту, головная боль, утомляемость, недомогание,

астеновегетативный синдром, которые не имели связи с нарушением диеты, сезонностью и приемом пищи.

При оценке биоэлектрической активности желудка и ДПК у пациентов с ХНДП было отмечено, что активность желудка после приема пищи увеличивается в 2 раза по сравнению с исходными значениями. Активность ДПК после приема пищи снижается в 1,7 раза по сравнению с базальными значениями. Коэффициент соотношения желудок/ДПК увеличен в 2,6 раза до пищевой стимуляции, что свидетельствует о нарушениях скоординированности моторно-эвакуационной функции желудка и ДПК, которые значительно усиливаются после пищевой стимуляции (коэффициент соотношения желудок/ДПК после приема пищи превышает норму в 10 раз). При этом коэффициент ритмичности желудка увеличивается после пищевой стимуляции в 3,6 раза по сравнению с нормой, что свидетельствует о непропульсивных сокращениях гладкой мускулатуры желудка.

Таким образом, проведенные клинко-инструментальные исследования у больных с ХНДП выявили различные нарушения в клиническом статусе, биохимических показателях желудочного сока, показателях интрадуоденального давления, а также снижение моторно-эвакуаторной функции ЖКТ.

Оценка клинической симптоматики ХНДП показала статистически значимые различия в частоте основных клинических признаков заболевания до и после лечения в каждой группе и между подгруппами (рис. 1–3).

Применение в комплексном лечении вендрофита сопровождалось более ранним и выраженным купированием клинических проявлений ХНДП по сравнению с остальными группами.

Измерение интрадуоденального давления у пациентов, получавших полифитохол в компенсированной стадии ХНДП, показало, что к 21-м сут наблюдения происходило его снижение на 30% от исходных значений, а в группе больных, которым назначали вендрофит, – на 46%. Различий в динамике давления в ДПК у больных, получавших церукал, до и после лечения не отмечено (таблица).

Влияние полифитохола и вендрофита на динамику внутридуоденального давления в компенсированной стадии ХНДП, мм вод. ст.

Группа	Исходные значения,	Срок наблюдения		
		3-и сут	7-е сут	21-е сут
Полифитохол ($n = 12$)	$156,60 \pm 11,25$	$176,40 \pm 15,24$	$169,80 \pm 11,25$	$104,00 \pm 17,02^*$
Вендрофит ($n = 17$)	$172,40 \pm 10,24$	$167,40 \pm 11,45$	$177,40 \pm 12,44$	$96,60 \pm 8,90^*$
Церукал ($n = 19$)	$165,50 \pm 8,09$	$177,50 \pm 11,04$	$169,60 \pm 10,26$	$166,60 \pm 11,5$

Примечание. * – $p \leq 0,05$ по сравнению с исходными значениями; n – количество больных в группа

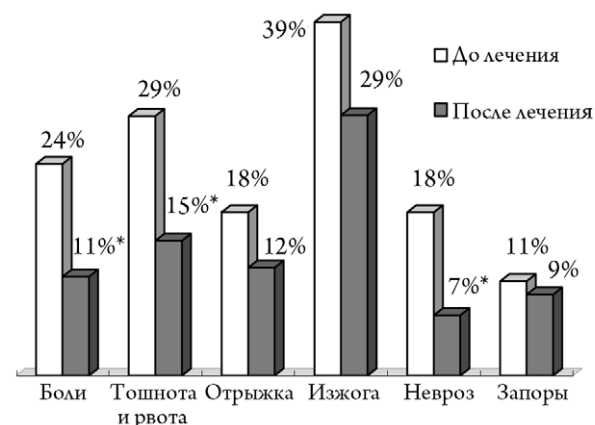


Рис. 1. Влияние полифитохола на клинические проявления в компенсированной стадии ХНДП: * – здесь и на рис. 2, 3 $p \leq 0,05$

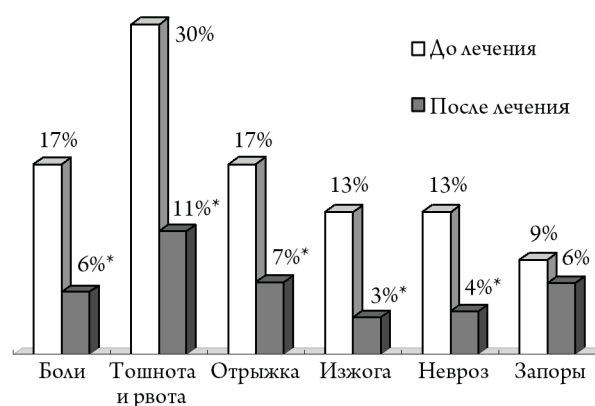


Рис. 2. Влияние вендрофита на клинические проявления в компенсированной стадии ХНДП

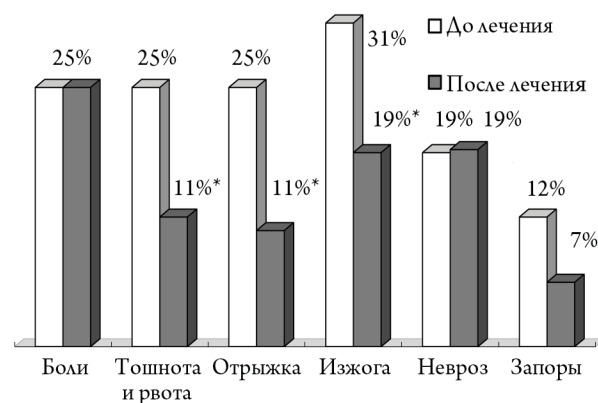


Рис. 3. Влияние церукала на клинические проявления в компенсированной стадии ХНДП

Снижение давления в ДПК наряду с клиническим улучшением в группах больных, получавших вентрофит и полифитохол, свидетельствует об их выраженной терапевтической эффективности по сравнению с препаратом сравнения.

Исследования моторно-эвакуаторной активности ЖКТ методом периферической компьютерной электрогастроэнтерографии показали, что у пациентов, которым в комплекс лечения был включен вентрофит, отмечено повышение показателей биоэлектрической активности желудка и ДПК. При этом увеличивался также коэффициент ритмичности перистальтики (рис. 4).

В группе пациентов, получавших полифитохол, электрическая активность ДПК увеличивалась на фоне снижения биоэлектрической активности желудка. Коэффициент ритмичности перистальтики ДПК также увеличивался (рис. 5).

При лечении больных с применением церукала отмечалось повышение активности ДПК при замедленной эвакуации содержимого из желудка. Наблюдалась также дискоординированность моторики желудка и ДПК.

Проведенное исследование показывает, что испытуемые фитосредства благоприятно влияют на моторно-эвакуаторную активность ЖКТ. Вентрофит оказывает более выраженное влияние на биоэлектрическую активность как желудка, так и ДПК, с повышением коэффициента ритмичности. Полифитохол в комплексной терапии оказывает стимулирующее влияние на активность ДПК на фоне увеличения коэффициента ритмичности, не влияя значительно на биоэлектрическую активность желудка.

При оценке качества жизни пациентов по шкале SF-36 после лечения отличный и хороший

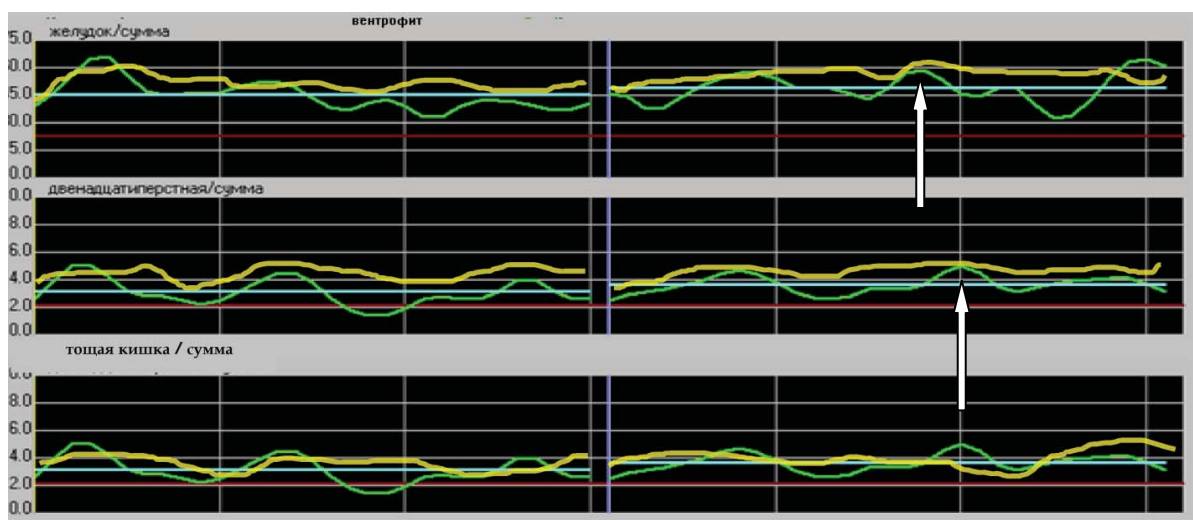


Рис. 4. Электрогастроэнтерография (I группа). Компенсированная стадия (кривая зеленого цвета). Субкомпенсированная стадия (кривая желтого цвета). Стрелками показаны усиление активности волн в желудке и ДПК после лечения вентрофитом.

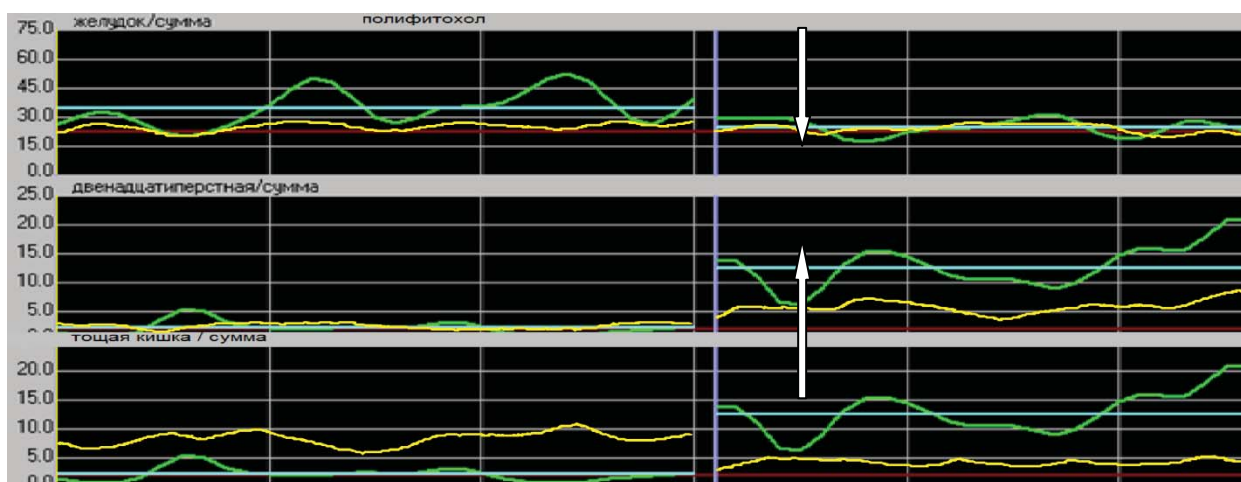


Рис. 5. Электрогастроэнтерография (II группа). Компенсированная стадия (кривая зеленого цвета). Субкомпенсированная стадия (кривая желтого цвета). Стрелками показано снижение активности волн в желудке и повышение в ДПК после лечения полифитохолом

результаты с устранением клинической симптоматики заболевания, нормализацией контрольных показателей достигнуты у 95,6% больных, в комплексном лечении которых применяли вентрофит. Хорошие результаты получены у 78% пациентов, получавших полифитохол. В группе пациентов, принимавших церукал, подобные результаты отмечены только у 56,2%.

ВЫВОДЫ

1. Применение полифитохола и вентрофита в составе базисной терапии у пациентов с

ХНДП оказывает выраженное фармакотерапевтическое влияние за счет их действия на моторно-эвакуаторную активность желудочно-кишечного тракта по снижению внутридуоденального давления, нормализации биохимических показателей желудочного сока, раннего купирования клинических проявлений заболевания, улучшения качества жизни пациентов как в остром, так и в отдаленном периоде.

2. Фармакотерапевтическая эффективность в отдаленном периоде у вентрофита более выражена по сравнению с полифитохолом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьев П.Я., Шлевков Б.А., Агафонова И.А. Фармакотерапия рецидивов язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. – М., 1990. – 197 с.
2. Жерлов Г.К., Кошель А.П., Помяткин А.В. Тактика реконструктивно-восстановительного этапа резекции желудка у больных с гастродуоденальными язвами на фоне хронической дуоденальной непроходимости // *Вопр. реконструкт. и пласт. хирургии.* – 2002. – № 2. – С. 19–23.
3. Жигаев Г.Ф. Дуоденальный стаз. – Иркутск, 1992. – 156 с.
4. Ступин В.А., Курбаков О.Е., Чернова Т.Г., Обруч В.С. Результаты лечения больных с хронической дуоденальной непроходимостью. – Тюмень, 1990. – 281 с.
5. Циммерман Я. С., Телянер И. И. Синдром хронической дуоденальной непроходимости // *Клин. медицина.* – 2000. – № 6. – С. 4–10.
6. Shiller L.R. Review article: the therapy of constipation // *Aliment. Pharmacol. Ther.* – 2010. – V. 15, № 6. – P. 749–763.
7. Szurzewski J. H. Migrating electric complex of the canine small intestine // *Am. J. Physiol.* 2009. – V. 217, № 4. – P. 1757–1763.

REFERENCES

1. Grigor'ev P.Ya., Shlevkov B.A., Agafonova I.A. [Pharmacotherapy of recurrence of gastric ulcer and duodenal ulcer]. Moscow, 1990. 197 p. (in Russian).
2. Zherlov G.K., Koshel' A.P., Pomytkin A.V. [Tactics reconstructive and restorative phase of gastrectomy in patients with gastroduodenal ulcers with chronic duodenal obstruction]. *Voprosy rekonstruktivnoy i plasticheskoy hirurgii – Issues of Reconstructive and Plastic Surgery*, 2002, no. 1, pp. 19–23 (in Russian).
3. Zhigaev G.F. [Duodenal stasis]. Irkutsk, 1992. 156 p. (in Russian).
4. Stupin V.A., Kurbaev O.E., Chernova T.G., Obruch B.C. [Results of treatment of patients with chronic duodenal ileus]. Tyumen, 1990. 281 p. (in Russian).
5. Cimmerman Ya. S., Teljaner I. I. [The syndrome of chronic duodenal ileus]. *Klinicheskaya medicina – Clinical medicine*, 2000, no 6, pp. 4–10 (in Russian).
6. Shiller L.R. Review article: the therapy of constipation. *Aliment. Pharmacol. Ther.*, 2010, vol. 15, no. 6, pp. 749–763.
7. Szurzewski J. H. Migrating electric complex of the canine small intestine. *Am. J. Physiol.*, 2009, vol. 217 no. 4, pp. 1757–1763.

Поступила в редакцию 26.11.2016
Утверждена к печати 14.02.2017

Авторы:

Плеханов Александр Николаевич – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой факультетской хирургии медицинского факультета БГУ (г. Улан-Удэ), вед. науч. сотрудник ФГБНУ «Иркутский научный центр хирургии и травматологии» (г. Иркутск).

Борбоев Леонид Владимирович – ст. преподаватель кафедры факультетской хирургии медицинского факультета ФГБОУ ВО БГУ (г. Улан-Удэ).

Контакты:

Плеханов Александр Николаевич

тел.: 8 (301-2) 65-60-76

e-mail: plehanov.a@mail.ru