

ОРИГИНАЛЬНЫЕ РАБОТЫ



6. *Farrior J.* Physiologic stapedectomy // Southern. Med. J. — 1964. — № 57. — P. 148.

7. *Harkness P., Brown P., Fowler S.* A confidential comparative audit of stapedectomies: results of the Royal College of surgeons of England comparative audit of ENT surgery 1994 // J. Laryngol. Otol. — 1995. — Vol. 115. — № 2. — P. 317–319.

8. *House H. P., Hansen M. R., Al Dakhail A. A.* Stapedectomy versus stapedotomy: comparison of results with long-term follow up // Laryngoscope. — 2002. — Vol. 112. — № 11. — P. 2046–2050.

РЕЗЮМЕ

О. Н. Сопко, В. В. Дискаленко

К вопросу о щадимости в хирургии отосклероза

Статья посвящена оптимизации технических приемов современных способов операций на стремени при отосклерозе с целью как минимизации травматичности внутрен-

него уха, так и максимально возможной сохранности звукопроводящих структур среднего уха, что во многом и определяют функциональный результат операции.

Ключевые слова: отосклероз, тугоухость, операции на стремени, функциональные результаты операций, протезирование стремени.

SUMMARY

O. N. Sopko, V. V. Diskalenko

Problems of sparing surgery for otosclerosis

The article deals with optimization of the current technical methods in operations on the osteosclerotic stapes aimed at minimization of any trauma in the inner ear and at maximal possible safety for the sound-conducting structures — the factors that guarantee the functional results of the surgery.

Key words: otosclerosis, hypoacusis, stapes surgery, functional results of surgery, stapes prosthetics.

© Коллектив авторов, 2013 г.
УДК 616.13-004.6:616.36-008.8

**И. А. Горбачева, Ю. А. Сычева,
И. В. Курдюмов, Л. П. Егорова,
О. В. Михайлова**

РОЛЬ КОРРЕКЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ЖЕЛЧЕОТТОКА В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОЛИМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Кафедра внутренних болезней стоматологического факультета Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова

Общеизвестно, что гиперхолестеринемия с дислипидемией как основные факторы атерогенеза [1, 5, 9, 20, 21] патогенетически связаны с функциональным состоянием гепатобилиарной системы, когда застой желчи, компонентом которой является синтезируемый печенью холестерин, неизбежно создает условия для гиперхолестеринемии.

Конкурирующей составляющей в патогенезе атеросклеротического поражения сосудов является воспалительная реакция любого генеза [2, 3, 15, 14, 17, 18, 19], активирующая в организме цитокиновые каскады [10, 16], которые провоцируют эндотелиальную дисфункцию. Повреждение эндотелия сосудов приводит к угнетению клеток мононуклеарно-фагоцитарной системы с образованием «пенистых клеток», что влечет отложение атеросклеротических масс и вызывает нестабильность атеросклеротических бляшек [1, 5, 8, 13].

Эти воспалительно-метаболические взаимосвязи подтверждаются неизменным присутствием в полиморбидных комплексах заболеваний воспалительного характера, таких как хронические очаги инфекции, частым наличием аллергии и других иммунопатологических заболеваний, сопровождающихся асептической воспалительной реакцией [2, 14, 17].

Доказано, что атеросклеротический процесс не только инициируется, но и сам поддерживает активность воспаления в организме [7, 8, 10–12].

Нарушения желчеоттока нередко приводят к инфицированию и воспалению в желчевыводящих путях и желчном пузыре, как правило, сопровождаются выраженной аллергизацией организма, ассоциированы с развитием аутоиммунных процессов, что в совокупности повышает риск развития атеросклеротического процесса и способствует его прогрессированию.

Этот взгляд на патогенетические взаимосвязи заболеваний в полиморбидных комплексах современного больного мотивирует соответствующие подходы к профилактике и лечению множественной внутренней патологии, ассоциированной с метаболическими нарушениями и системным атеросклерозом. Очевидно, что гепатобилиарная система должна стать важнейшей мишенью в программе лечебно-профилактических мероприятий, направленных на комплексную коррекцию в организме полиморбидного больного.

Целью исследования стала разработка методов повышения эффективности лечения полиморбидных больных с системным атеросклерозом, ассоциированным с нарушением желчеоттока.

Задачи исследования: у полиморбидных больных с системным атеросклерозом и нарушением оттока желчи оценить:

Таблица 1

Динамика частоты симптомов дисфункции желчевыводящих путей и сфинктера Одди на фоне различного лечения

Боли	До лечения		Через 2 недели наблюдения		Через 4 недели наблюдения	
	I гр.	II гр.	I гр.	II гр.	I гр.	II гр.
Всего	39 чел., 100 %	20 чел., 100 %	8 чел., 24,2 %	9 чел., 45 %	3 чел., 9 %	8 чел., 40 %
Желудочная диспепсия (тошнота, отрыжка, изжога)	21 чел., 63,6 %	11 чел., 55 %	5 чел., 15,1 %	7 чел., 35 %	1 чел., 3 %	3 чел., 15 %
Диспептические кишечные расстройства (запоры, поносы)	33 чел., 100 %	20 чел., 100 %	7 чел., 21,2 %	11 чел., 55 %	5 чел., 15,1 %	11 чел., 28 %
Болезненность при пальпации живота	19 чел., 87,9 %	19 чел., 95 %	13 чел., 39,3 %	12 чел., 60 %	5 чел., 15,1 %	9 чел., 45 %

1) активность воспалительного процесса в сопоставлении со степенью дислипидемии и функциональным состоянием гепатобилиарной системы, а также с клиническими проявлениями заболеваний, обусловленных атеросклерозом;

2) эффективность фитокомплекса «Гепар» в коррекции нарушенных функций гепатобилиарной системы;

3) динамику параметров метаболических нарушений и показателей воспаления на фоне коррекции функционального состояния системы желчеоттока с помощью применения фитокомплекса «Гепар»;

4) клиническую эффективность и разработать рациональные схемы применения фитопрепарата «Гепар» в комплексе лечебно-профилактических мероприятий у полиморбидных больных с атеросклерозом и нарушением желчеоттока.

Формирование групп наблюдения (основной – I и группы сравнения – II) осуществлялось по методу «случайных чисел». Стратификация больных проводилась в соответствии со следующими критериями включения:

1) наличие трех и более заболеваний, среди которых установлены патология, обусловленная атеросклеротическим процессом, и функциональные расстройства сфинктера Одди и желчевыводящей системы;

2) приверженность к формированию новой модели пищевого поведения.

Критерии исключения:

1) наличие онкопатологии;

2) наличие ЖКБ;

3) тяжелое состояние, обусловленное функциональной декомпенсацией пораженных органов и систем;

4) непереносимость компонентов фитокомплекса «Гепар».

Для сравнительной оценки клинической эффективности разных подходов к лечению пациентов с множественной патологией, ассоциированной с атеросклеротическим процессом и гепатобилиарной дисфункцией, из общей когорты обследованных полиморбидных больных случайной выборкой (по методу «случайных чисел») была сформирована основная группа (I) из 33 пациентов (26 женщин – 78 % и 7 мужчин – 21,2 %) с клиническими признаками

Таблица 2

Динамика регрессии клинических симптомов дисфункции желчевыводящих путей и сфинктера Одди на фоне различного лечения

Клинический симптом	До лечения		Через 2 недели наблюдения		Через 4 недели наблюдения	
	I гр.	II гр.	I гр.	II гр.	I гр.	II гр.
Боли: 4 балла – сильная (требующая дополнительного медикаментозного купирования); 3 балла – выраженная (не требующая дополнительного медикаментозного купирования); 2 балла – умеренная; 1 балл – незначительная; 0 – отсутствие	2,88±0,54	2,74±0,41	1,04±0,11*	1,5±0,15*	0,45±0,12**	0,32±0,09**
Тошнота: 2 балла – постоянная; 1 балл – однократная, связанная с приемом пищи	1,24±0,3	1,18±0,2	0,45±0,09*	0,92±0,08*	0,15±0,03	0,47±0,03
Рвота: 3 балла – многократная; 2 балла – однократная, не приносящая облегчения; 1 балл – однократная, приносящая облегчение; 0 – отсутствие симптома	1,54±0,25	1,37±0,33	0,45±0,03*	0,33±0,05*	0,23±0,05	0,18±0,03
Болезненность при пальпации: 3 балла – сильная; 2 балла – умеренная; 1 балл – слабая; 0 – отсутствует	1,75±0,24	1,64±0,27	0,84±0,11*	1,29±0,12*	0,34±0,09**	0,91±0,08**

* – статистически достоверно по отношению к исходным данным; ** – статистически достоверно по отношению к 2-м неделям терапии.

функциональных расстройств сфинктера Одди, желчного пузыря и желчевыводящих путей – у большинства пациентов (25 человек – 75,8%) – смешанного типа, у 5 больных (15,2%) – билиарного типа, и столько же наблюдавшихся страдали дисфункцией панкреатического типа. У 7 пациентов (21,2%) по данным УЗИ был выявлен стеатоз печени. Одновременно была сформирована и группа сравнения (II) из 20 больных, 13 женщин – 65% и 7 мужчин – 35%, полностью сопоставимая по клинико-лабораторным характеристикам с основной группой. Пациенты получали стандартное лечение ИБС в соответствии с регламентированными кардиологическими стандартами. Наблюдавшиеся больные не имели опыта применения статинов вследствие отсутствия приверженности к приему препаратов этой группы из-за компрометации гепатобилиарной системы, кроме того, у части включенных в исследование дислипидемия с гиперхолестеринемией была выявлена впервые.

У всех пациентов, включенных в исследование, была проведена коррекция пищевого поведения по кратности приема пищи и ее качеству с учетом ограничений диет № 5, 10 (по Певзнеру), были назначены тюбажи – 1 раз в неделю. На этом фоне больным основной группы наблюдения (I гр.) был назначен фитокомплекс «Гепар», состоящий из тщательно сбалансированных по составу и сопоставимости 25 растительных компонентов, оптимизирующих работу печени, обмен желчных кислот, оказывающих спазмолитическое и разжижающее желчь действие, проявляющих антиоксидантный, антигипоксантный эффекты в организме [4, 6].

Фитопрепарат применяли внутрь за 30 минут до еды в виде настоя из расчета 1 фильтр-пакет сбора на 0,5 стакана кипятка в сочетании с приемом 2 капсул препарата после еды – 3 раза в день в течение 1 месяца, после чего у пациентов проводили контрольное обследование.

Сочетанное применение двух форм фитокомплекса «Гепар» привело к постепенному регрессу симптомов гепатобилиарной дисфункции (табл. 1). Наиболее быстро исчезал болевой синдром, как в виде самостоятельных болевых ощущений в зоне проекции органов гепатобилиарной системы, так и в виде объективно выявляемых болевых симптомов холецистита (симптомы Ортнера, Керра, Образцова и др.). Через 2 недели лечения большинство пациентов (27 человек – 81,8%) уже не

Таблица 3

Изменения биохимического состава пузырной желчи у больных хроническим холециститом и дискинезией желчевыводящих путей

Компонент	I группа		II группа	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Холестерин, ммоль/л	131,7±4,2	83,4±5,8*	127,9±5,4	103,7±5,1*
Холевая кислота, ммоль/л	624,7±10,9	528,3±11,4*	613,9±11,2	601±12,5
Холато-холестериновый коэффициент	4,7±0,12	6,3±0,25*	4,8±0,17	5,8±0,32*

* – достоверность отличия от исходных данных $p < 0,05$.

предъявляли жалоб на болевые ощущения как самостоятельно, так и при мануальном обследовании (табл. 2). При этом эффективность лечения была достоверно выше при использовании «Гепара».

Аналогичная динамика регрессирования была отмечена и в отношении диспептических расстройств.

В основной группе в динамике наблюдения было отмечено значительное снижение уровня С-реактивного белка (табл. 4), свидетельствующее об уменьшении активности воспалительного процесса.

Кроме того, установлено, что на фоне лечения «Гепаром» отмечались положительные изменения ферментообразующей функции поджелудочной железы (уровней трипсина, ингибитора трипсина, амилазы и липазы сыворотки крови), особенно заметные при выраженных исходных билиарной или панкреатической дисфункциях сфинктера Одди.

Изучение биохимического состава пузырной желчи 3 фракции дуоденального зондирования выявило достоверное уменьшение содержания холестерина у больных, получавших «Гепар», в отличие от пациентов группы сравнения (табл. 3).

Исследование биохимических параметров крови в динамике лечения (табл. 4) выявило существенное улучшение метаболических показателей функционального состояния гепатобилиарной системы (оптимизация уровней АЛТ, АСТ, билирубина, ЩФ, γ -ГТП). Дополнение лечебных мероприятий назначением фито-комплекса «Гепар» привело к достоверному ($p < 0,05$) снижению уровня холестерина в крови.

Таблица 4

Изменения биохимических параметров крови у больных хроническим холециститом и дискинезией желчевыводящих путей

Параметр	I группа		II группа	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
АСТ, ммоль/ч л	0,42±0,12	0,3±0,10	0,38±0,15	0,62±0,25
АЛТ, ммоль/ч л	0,74±0,11	0,55±0,14	0,68±0,15	0,51±0,32
Билирубин, кислота, мкмоль/л	22,1±3,2	12,5±1,4*	20,8±3,5	18,7±1,5
Щелочная фосфатаза, МЕ/л	0,035±0,001	0,020±0,001*	0,032±0,001	0,020±0,001*
γ -глутамилтранспептидаза, Ед	58±3,4	41,3±4,1*	56,7±3,1	49,2±4,5
С-реактивный белок, мг/л	4,8±1,2	2,3±0,7*	4,5±1,5	3,9±0,5
Холестерин, ммоль/л	6,8±0,7	5,3±0,5*	6,5±0,5	6,1±0,5

* – достоверность отличия от исходных данных $p < 0,05$.

Таблица 5

Динамика показателей свободно-радикального окисления тиолов у больных хроническим холециститом и дискинезией желчевыводящих путей на фоне лечения "Гепаром"

Показатель	C_{SH} , мМоль/л	C_{SS} , мМоль/л	ТДО
До лечения	6,44±0,25*	3,95±0,10*	1,06±0,12*
После лечения	4,96±0,05**	3,14±0,35**	2,48±0,15**
Здоровые	8,90±0,4	3,66±0,4	2,45±0,15

Примечание: * – достоверность отличий от нормы $p < 0,01$; ** – достоверность отличий от исходного показателя $p < 0,05$.

Результаты динамического наблюдения за больными основной группы (I гр.) и группы сравнения (II гр.) убедительно показали, что подключение фитотерапии «Гепаром» к фитотерапии и желчегонным мероприятиям ускоряет функциональную реабилитацию системы органов пищеварения в целом. При этом пациенты, получавшие «Гепар», отмечали значительное улучшение общего самочувствия: повышение толерантности к нагрузке, улучшение настроения, уменьшение потребности в нитроглицерине.

Результаты исследования дают подтверждение и дальнейшее развитие представлениям об антиоксидантной активности «Гепара».

Достоверный прирост восстановленной серы в составе SH-групп белков на фоне уменьшения образования SS-соединений за счет окисления белковой серы свидетельствует о значительном увеличении антиоксидантной защищенности белков в условиях окислительного стресса, что подтверждается и достоверным нарастанием показателя ТДО (тиол-дисульфидного отношения SH:SS).

Жизненно важным эффектом у больных, получавших лечение препаратом «Гепар», явилось увеличение содержания серы в составе белкового субстрата крови за счет антиоксидантно активных SH-групп. Учитывая, что у обследованных пациентов не было получено достоверно значимых колебаний общего белка крови, можно предположить, что «Гепар» оптимизирует конформацию белковых молекул, увеличивая экспрессию SH-групп и делая их доступными реактивам при тестировании. Этот феномен может служить биохимическим субстратом цитопротективного действия «Гепара».

Таким образом, результаты исследования показали, что эффективная коррекция функционального состояния системы желчеоттока сопровождается существенным улучшением обмена веществ в организме. Снижение уровня атерогенных липидов в крови, подавление активности свободно-радикального окисления жизненно важных субстратов, увеличение ресурсов и активности антиоксидантной защиты и на этом фоне уменьшение выраженности системного воспаления с достаточным снижением уровня С-реактивного белка в крови составляют комплекс признаков сдерживания

атеросклеротического процесса и формируют предпосылки для уменьшения связанных с ним катастрофических рисков.

Очевидно, что для решения проблем дислипидемии с гиперхолестеринемией далеко не всегда достаточна одна коррекция образа жизни и пищевого поведения, особенно у полиморбидных больных с функциональными нарушениями в системе желчеоттока. Подключение фитокомплекса «Гепар» позволяет быстро, эффективно и безопасно решать проблемы гепатобилиарной дисфункции и связанных с ней метаболических нарушений, в частности, дислипидемии, что является важным фактором профилактики атеросклероза и обусловленных им заболеваний.

ВЫВОДЫ

1. Функциональные расстройства в системе желчеоттока вызывают нарушения жирового обмена с гиперхолестеринемией и атерогенной дислипидемией, часто ассоциированы с иммунопатологическим реагированием по типу аллергических реакций, аутоиммунных процессов и формированием хронических очагов инфекции разной локализации, что поддерживает провоспалительные реакции в организме, резко повышая риск прогрессирования атеросклероза и связанных с ним заболеваний, способствуя формированию полиморбидного статуса больных.

2. Фитокомплекс «Гепар» значительно повышает эффективность диетотерапии и желчегонных мероприятий в коррекции дисфункций гепатобилиарной системы, ускоряя купирование болевого, диспептического синдромов, нормализуя кишечное переваривание.

3. Применение комплексной фитотерапии с использованием «Гепара» у полиморбидных больных с нарушением желчеоттока сопровождается метаболической коррекцией с уменьшением гиперхолестеринемии, снижением активности свободнорадикального окисления жизненно важных субстратов.

4. Показана высокая клиническая эффективность месячного курса сочетанного применения фитокомплекса «Гепар» в виде настоя и в капсулах для профилактики развития и прогрессирования атеросклероза на фоне гепатобилиарных дисфункций у полиморбидных больных, целесообразно повторение курсовой комплексной фитотерапии каждые 3–4 месяца при соблюдении диеты (№ 5 по Певзнеру) и осуществлении желчегонных мероприятий (тюбажей).

ЛИТЕРАТУРА

1. Аронов М. Д., Лупанов В. П. Некоторые аспекты патогенеза атеросклероза // Атеросклероз и дислипидемия. – 2011. – № 1. – С. 48–53.
2. Ватутин Н. Т., Чупина В. А. Инфекция как фактор развития атеросклероза и его осложнений // Кардиология. – 2000. – № 2. – С. 67–71.

3. Голубева О. А., Творогова М. Г., Малышев П. П. и др. Коррекция показателей липидного обмена и маркеров воспаления с помощью диеты и ингибитора ГМГ-КоА-редуктазы у пациентов с разными наследственными формами гиперлипидемии // Атеросклероз и дислипидемии. — 2012. — № 1 (6). — С. 16–22.
4. Горбачева И. А., Нартов В. П. Комплексный подход лечению больных с сочетанной патологией внутренних органов и профилактике заболеваемости населения сборами трав фитоконцентра "Гепар": практ. реком. для врачей разных специальностей. — СПб., 2005. — С. 12.
5. Грачева Е. В., Самвилова Н. Н., Голованова Н. К., Проказова Н. В. Нейтральные липиды интимы артерий при атеросклерозе // Кардиолог. вестн. — 2011. — Т. VI (XVIII). — № 1. — С. 49–53.
6. Журавский С. Г., Каменев И. Ю. К вопросу об истории применения многокомпонентных лекарственных композиций в традиционных медицинских системах // Terra medica. — 1998. — № 3. — С. 212.
7. Залесского В. Н., Гавриленко Т. И. Аутоиммунные и иммунно-воспалительные процессы при атеросклерозе, его нутриентопротекторная и терапия. — Киев, 2008. — 591 с.
8. Ланкин В. З. О роли свободных радикалов в атеросклерозе // Кардиолог. вестник. — 2009. — Т. I (XVI). — № 3. — С. 61–62.
9. Нагорнев В. А., Пигаревский П. В. Клеточно-молекулярные механизмы развития атеросклероза // Мед. академ. журнал. — 2009. — № 4. — С. 9–14.
10. Рагино Ю. И., Чернявский А. М., Полонская Я. В. и др. Содержание провоспалительных цитокинов, хемоаттрактантов и деструктивных металлопротеиназ в разных типах нестабильных атеросклеротических бляшек // Атеросклероз и дислипидемии. — 2011. — № 1 (2). — С. 23–28.
11. Ховаева Я. Б., Шаврин А. П., Головской Б. В. Характер действия метаболических и инфекционных факторов при атеросклеротическом процессе // Артериальная гипертензия. — 2008. — Т. 14. — № 2. — С. 147–150.
12. Шаврин А. П., Ховаева Я. Б., Черешнев В. А., Головской Б. В. Маркеры воспаления в процессе развития атеросклероза // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2009. — Т. 8. — № 3. — С. 13–15.
13. Bui Q. T., Prempeh M., Wilensky R. L. Atherosclerotic plaque development // Int. J. Bio-chem. Cell Biol. — 2009. — № 41. — P. 2109–2113.
14. Iraj Nabipour, Katayon Vahdat, Seyed Mojtaba Jafari et al. The association of metabolic syndrome and Chlamydia pneumoniae, Helicobacter pylori, cytomegalovirus, and herpes simplex virus type 1: The Persian Gulf Healthy Heart Study // Cardiovasc. Diabetol. — 2006. — Vol. 5. — P. 25.
15. Kinlay S. Low-density lipoprotein-dependent and -independent effects of cholesterol-lowering therapies on C-reactive protein: a meta-analysis // J. Am. Coll. Cardiol. — 2007. — № 49. — P. 2003–2009.
16. Kleemann R., Zadelaar S., Kooistra T. Cytokines and atherosclerosis: a comprehensive review of studies in mice // Cardiovasc. Res. — 2008. — № 79. — P. 360–376.
17. Prasad A., Zhu J., Halcox J. P. et al. Predisposition to atherosclerosis by infections: role of endothelial dysfunction // Circulation. — 2002. — Vol. 106. — № 2. — P. 184–190.
18. Radoi M., Agache I. Immune inflammatory mechanisms in atherosclerosis // Rom. Arch. Microbiol. Immunol. — 2002. — Vol. 1–2. — P. 37–38.
19. Ridker P. M., Danielson E., Fonseca F. A. et al. Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein // N. Engl. J. Med. — 2008. — № 359 (21). — P. 215–227.
20. Sadeghi M. M., Glover D. K., Lanza G. M. et al. Imaging Atherosclerosis and Vulnerable Plaque // J. Nucl. Med. — 2010. — № 51(Suppl. 1). — P. 51S–65S.
21. Wang X., Connolly T. M. Biomarkers of vulnerable atheromatous plaques: translational medicine perspectives // Adv. Clin. Chem. — 2010. — № 50. — P. 1–22.

РЕЗЮМЕ

И. А. Горбачева, Ю. А. Сычева, И. В. Курдюмов, Л. П. Егорова, О. В. Михайлова

Роль коррекции функционального состояния системы желчеоттока в патогенетическом лечении полиморбидных больных с атеросклерозом

Целью исследования явилась разработка методов повышения эффективности лечения полиморбидных больных с системным атеросклерозом, ассоциированным с нарушением желчеоттока. 33 пациентам с атеросклеротическим процессом и гепатобилиарной дисфункцией, помимо диетотерапии и желчегонных мероприятий, назначали комплексную фитотерапию (фитоконцентра «Гепар»), обеспечивающую гепатопротективный и холеретический эффекты на фоне коррекции кинетики желчеоттока. На фоне сбалансированной фитотерапии «Гепаром» было установлено достоверное снижение уровня холестерина на фоне уменьшения показателя С-реактивного белка в крови. Эти эффекты сопровождались уменьшением окисления липидных и белковых субстратов крови, что в совокупности отражало подавление выраженности окислительного стресса и системы воспаления в организме.

Ключевые слова: атеросклероз, функциональные нарушения системы желчеоттока, фитоконцентра «Гепар».

SUMMARY

I. A. Gorbacheva, Ju. A. Sycheva, I. V. Kyrdyumov, L. P. Egorova, O. V. Mikhaylova

Correction of the functional condition of the bile excretory system in pathogenetic management of polymorbid patients with atherosclerosis

The aim of the search was development of some methods for improvement of effectiveness of treatment of polymorbid patients with atherosclerosis and disordered bile outflow. Complex phytotherapy (phytoconcentration «Hepar») with its hepatoprotective and choleric effects was prescribed for 33 patients with atherosclerosis and hepatobiliary dysfunction (in addition to dietotherapy and choleric). Administration of the balanced phytotherapy resulted in significant reduction of the cholesterol level associated with the decrease of the C-reactive protein index in the blood. These changes were followed by decrease of the blood lipids and protein substrates oxidation — the factors meaning suppression of the degree of oxidative stress and of inflammation in the body.

Key words: atherosclerosis, functional disorders in the bile outflow system, phyto-complex «Hepar».