

НОВОЕ В МЕДИЦИНЕ

В.М. КОРОВАЕВ

**СОЗИДАНИЕ ЗДОРОВЬЯ
И
АКТИВНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ**

**Инновационная фитотерапия в новой
медицинской технологии**

800 350 78 17
<https://fitolizin.ru>



САНКТ-ПЕТЕРБУРГ 2013

В. М. КОРОВАЕВ

СОЗИДАНИЕ ЗДОРОВЬЯ И АКТИВНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ

**инновационная фитотерапия в новой
медицинской технологии
Для пациентов и врачей**

САНКТ- ПЕТЕРБУРГ 2013

ПРЕДИСЛОВИЕ	5
1. ВВЕДЕНИЕ. О здоровье	7
1.1. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ)	8
1.2. Как «изобретался» травяной сбор для выведения желчных камней	10
1.3. Результаты «изобретательства»	11
1.4. Лечебные эффекты фитосорба	13
2. Научное обоснование применения фитопрепарата «Фитосорб» в медицинской практике	15
2.1. Результаты клинических испытаний	17
2.1.1. Во Всероссийском центре МЧС	17
2.1.2. В Военно-Медицинской Академии	20
2.2. Фитотерапия нарушений липидного обмена	24
2.3. Желчнокаменная болезнь и хронический панкреатит.	26
2.3.1. Результаты клинической апробации БАД «Фитосорб» у больных желчнокаменной болезнью	29
2.4. Отключенный желчный пузырь (ОЖП)	32
2.5. Растворение камней в желчных протоках	35
2.6. Растворение желчных и мочевых камней	37
2.7. Фитотерпия сопутствующих заболеваний	39
2.8. Новая медицинская технология	41
2.9. Новые возможности и трудности консервативной литолитической терапии	43
2.10. Заключение о научной разработке фитопрепарата «ЛИТОЛИЗИН»	46
3. Инновационная фитотерапия	48
3.1. Билиарно-кардиальный синдром — холециститное сердце	48
3.2. Фитотерапия сердечной недостаточности (СН) — средство созидания здоровья и активного долголетия	51
3.3. Технология фитотерапии СН ЛИТОЛИЗИНОМ	52
3.4. Инновационная фитотерапия печени	54
3.5. Инновационная фитотерапия ЖКБ	57
3.6. Первичная профилактика ЖКБ	62
3.7. Вторичная профилактика и превентивная (противорецидивная) терапия ЖКБ	65
3.8. Итоги инновационной фитотерапии	66
4. Заключение	69

Приложение 1.	БАД «Литолизин» в терапии желчнокаменной болезни с локализацией камней в желчных протоках	72
Приложение 2.	Литолизин — фитопрепарат для перорального, в том числе синхронного, литолиза конкрементов в желчном пузыре и почках	73
Приложение 3.	Скользкая перкуторная пальпация печени	75
Приложение 4.	Особенности прогнозирования успешности перорального литолиза у жителей Северо-Запада РФ с желчнокаменной болезнью (ЖКБ).....	83
Приложение 5.	Использование литолизина в лечении заболеваний печени.....	85
Приложение 6.	Диета № 5	88
Приложение 7.	Лечебное питание при почечнокаменной болезни.	91
Приложение 8.	Распространение Литолизина в России и ближнем зарубежье	94

ООО «Оптифарм» - Санкт-Петербург
 Т. 8 800 350 78 17
<https://litolizin.ru>

На рубеже тысячелетия происходит активное формирование ноосферы — сферы человеческого разума, где человек, став решающей геологической силой, активно изменяет природу, что сопровождается неблагоприятными экологическими последствиями. Достигла предела прежняя парадигма истории человечества, основанная на конкурентном способе производства с безудержным потреблением природных ресурсов. Возник императив выживания человеческой популяции, требующий перехода к управляемой социо-природной эволюции, в основу которой должны быть положены гармоничные отношения человека с природой и обществом. Стало очевидным, что путем устойчивого развития общества с выходом его из эволюционного тупика может быть только управляемая социо-природная ноосферная эволюция, где двигательной силой эволюции выступает совокупный человеческий интеллект, основанный на последних достижениях науки.

Отличительной чертой современной медицинской науки является ее «биологизация» с применением в диагностике и лечении заболеваний достижений клеточной и молекулярной биологии. Имеется обоснованный прогноз о том, что достижения клеточной и молекулярной медицины станут базисом предиктивно-превентивно-персонифицированной медицины будущего, основанной на изучении генома, метаболома, протеома, микробиома пациентов с определением резервов здоровья, которая позволит раскрыть индивидуальные резервы и адаптационные возможности здоровья, увеличить продолжительность активного долголетия и жизни.

Вместе с этим, еще одной тенденцией в медицине является возрастающий интерес к традиционным природным факторам лечения и профилактики заболеваний, повышение устойчивости людей к экстремальным и неблагоприятным факторам внешней среды.

Анализ мировых тенденций развития фармацевтической промышленности говорит о значительном сокращении количества новых химиофармацевтических препаратов, разработанных и пригодных к использованию в практике в соответствии с международными стандартами.

Продолжается разработка принципиально новых подходов к фарма-

котерапии: поиск генетических детерминант патологических состояний и разработка фармакогенетических, индивидуальных принципов лечения, исследование регуляторных систем на клеточном уровне и препаратов – эндогенных регуляторов для направленного воздействия на их лиганд-рецепторные взаимодействия, разработка новых носителей — наносфер с программированным освобождением активной субстанции.

Вместе с этим, должно получить распространение дальнейшее изучение на современном научном уровне доступных и эффективных средств природного происхождения в виде биологических активных добавок или лекарственных средств для профилактики и лечебных целей.

О некоторых из этих средств, уже положительно себя зарекомендовавших, говорится в этой книге, которую с пользой для себя прочитают как врачи, так и пациенты.

Заслуженный деятель науки РФ,

Заслуженный врач РФ

профессор Е.И. Ткаченко

ООО Оптифарм - Санкт-Петербург
т. 8 800 350 78 17
<https://litolizin.ru>

1. ВВЕДЕНИЕ. О здоровье

Здоровые люди —
это больные, которые не знают об этом.

Ж. Ромен

«Здоровье — это не только отсутствие болезней или физических дефектов, но полное физическое, психическое и социальное благополучие». Такое определение здоровья содержится в Уставе Всемирной организации здравоохранения — ВОЗ. Как видно из Устава, здоровье — многогранное и многовариантное состояние, даже более сложное, чем болезнь. Об этом знали уже в глубокой древности.

Врач и философ Ибн-Сина (Авиценна) около тысячи лет назад предложил следующие градации здоровья:

- тело здоровое до предела;
- тело здоровое, но не до предела;
- тело не здоровое, но и не больное;
- тело, легко воспринимающее здоровье;
- тело больное, но не до предела;
- тело больное до предела.

Составная часть здоровья по ВОЗ — «социальное благополучие» должно иметь в качестве неперменного критерия возможность полноценной активной трудовой и общественной деятельности. Болезнь не только препятствует, но нередко значительно ограничивает либо лишает человека этой возможности.

Поэтому очень важно диагностировать состояние здоровья «тело больное, но не до предела» — преморбидное (донозологическое), предболезненное, т.е. когда болезнь еще не развилась. Открываются новые возможности профилактики, профессионального долголетия и высокой работоспособности населения, а также укрепления здоровья подрастающего поколения.

Указом Президента России с 2013 года все население будет проходить диспансеризацию: дети, студенты и ветераны — ежегодно, остальные жители России — один раз в 3 года.

На эти цели в ближайшие годы будет выделено 80 миллиардов рублей.

Выявление и диагностика предболезненных (преморбидных, донозологических) состояний здоровья, факторов риска и начальных форм заболеваний позволят шире применять лекарственные средства природного происхождения, которые адекватно воздействуют на основные звенья паталогического процесса, способствуют фармакологической регуляции всех функциональных систем и повышают адаптивные возможности организма в целом. При этом, например, фитопрепараты действуют умеренно, мягко, постепенно, при фармакопейных дозах — нетоксично, без осложнений в течение многих лет. Они дешевы и доступны населению.

Согласно экспертной оценке специалистов ВОЗ (1987 г.) 75 % всех заболеваний целесообразно лечить только средствами растительного происхождения. Фитотерапия разрешена к медицинскому применению в РФ с 2000 г. (Методические рекомендации МЗ РФ № 2000/63 24.04.2000 г.), а традиционная медицинская деятельность в области фитотерапии подлeжит лицензированию в установленном порядке.

1.1. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ)

Достижения археологии и историко-культурные исследования на сегодня свидетельствуют, что люди страдают ЖКБ более 4 тысяч лет. Например, археологи на древнем кладбище Мусенае (Греция) нашли человеческие желчные камни, относящиеся к XVII в. до н. э. В настоящее время заболеваемость ЖКБ возрастает: «... в последние десятилетия на нас надвигается целая туча воспалительных процессов желчных путей. Желчнокаменная болезнь учащается во всем мире невиданными темпами», — писал известный клиницист В.Х. Василенко.

ЖКБ — серьезное заболевание, при котором в желчном пузыре (в 80 %), в общем желчном протоке — холедохе (10–20 %) и в печеночных протоках (менее 5 %) располагаются камни. В Швеции, например, таких больных более 30 %, в Великобритании — 25 %. В США насчитывается 20 млн. больных ЖКБ, причем ежегодно у более, чем у 500 тысяч производит-

ся удаление желчного пузыря (холецистэктомия) и около 6000 пациентов погибают от хирургических вмешательств. Расходы, связанные только с лечением таких больных, оцениваются в полмиллиарда долларов.

В России ЖКБ выявляется у 10–40 % населения различного возраста и в 2 раза чаще у женщин, чем у мужчин (в СССР было чаще в 3 раза). ЖКБ «омолаживается» и все чаще стала встречаться у лиц молодого возраста, в т. ч. у детей. ЖКБ протекает годами, нередко всю жизнь.

«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ЛЕЧЕНИЯ ЖКБ является хирургический метод лечения — холецистэктомия. К сожалению, даже появление лапароскопической холецистэктомии не исключает появления послеоперационных осложнений и сохранения у больных клинических признаков заболелания, т.к. удаление желчного пузыря не ведет к излечению и не влияет на причину образование камней. У 8–30 % больных развивается рецидив ЖКБ (образование камней в самой печени и желчных протоках). У 20 % пациентов появляются или сохраняются неприятные ощущения в виде «постхолецистэктомического синдрома».

КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ лечения пока еще недостаточно эффективны. В основном речь идет о синтетических препаратах импортного производства. Все эти лекарственные средства, в том числе препараты, содержащие желчные кислоты, характеризуются большим количеством противопоказаний к их назначению, значительным числом нежелательных побочных эффектов и весьма дороги для населения.

Поэтому ЖКБ по-прежнему является источником высоких показателей инвалидизации и смертности. Автор предлагает для достижения целей диспансеризации использовать новую медицинскую технологию: «способ лечения желчнокаменной болезни с помощью фитопрепарата «ЛИТОЛИ-ЗИН», которая утверждена и зарегистрирована КОМИТЕТОМ по ЗДРАВООХРАНЕНИЮ ПРАВИТЕЛЬСТВА Санкт-Петербурга (2006 г.). Открываются новые возможности профилактики заболеваний, сохранения профессионального долголетия и высокой работоспособности населения.

1.2. Как «изобретался» травяной сбор для выведения желчных камней

(патент РФ от 1994 г.)

Выбор фитотерапии, по-видимому, был неслучайным: моя бабушка и мать были травницами и собирали дары природы, которыми успешно лечили своих близких людей и соседей. Будучи военным врачом-моряком, я 15 лет прослужил на Дальнем Востоке (из них 2 года в Бангладеш), где познакомился с лечебными растениями из Уссурийской тайги, Индии, Китая, Индонезии и результатами их применения при некоторых заболеваниях печени, почек (мочекаменная болезнь), гипотонии, астенических состояниях и др.

После демобилизации в 90-х годах работал консультантом-терапевтом в хозрасчетных лечебных учреждениях, где встретился с народными целителями, якобы выводящими при ЖКБ у больных огромные «желчные» камни диаметром до 20 мм. Эти образования выходили с калом и чаще всего были зеленого цвета. Провели простой эксперимент. После промывания «камни» подсушивали на бумажных листах на батарее отопления и они превращались в масляное пятно, что несвойственно для настоящих камней. Многократное контрольное УЗИ не показывало уменьшения количества камней в желчном пузыре, т.е. народные целители неправильно интерпретировали результаты «чистки печени» от камней. В итоге мне предложили заниматься фитотерапией ЖКБ.

Начались эксперименты по составлению травяной рецептуры. В отдельных емкостях приготавливались сборы из лекарственных трав (от 2 до 4), обладающих 1–2 главными свойствами: противовоспалительными, противогаморройными, антибактериальными, противоаллергическими, мочегонными, седативными, препятствующими образованию камней, спазмолитическими, обезболивающими и анестетическими, репаративными и др. Далее они вводились в состав главного травяного сбора в пропорциях для лечения основного заболевания (стадия и тяжесть, степень обострения и др.), а также в зависимости от наличия сочетанных или сопутствующих болезней, отягощающих основное заболевание.

1.3. Результаты «изобретательства»

Диагноз ЖКБ подтверждался данными клинического и ультразвукового (УЗИ) исследований, реже — холецистографии. Проводились клинические и биохимические исследования крови и мочи. Курсовое лечение травяным чаем по 1–2 месяца проводилось в домашних условиях: 3 раза в день после еды 6 дней в неделю (доза индивидуальная, перерыв между курсами — 3–5 дней). Связь с больными еженедельно (по телефону), осмотры — по необходимости.

Предлагаемый способ применялся до написания патента 6 лет (до 1994 г.) у 341 больного (312 из них — женщины) с ЖКБ и 420 — преимущественно с заболеваниями гепатобилиарной (печени и желчных протоков) системы. Более 50 % больных были в возрасте 50–70 и более лет и имели сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы, что являлось препятствием к хирургическому лечению. У многих больных регистрировались «факторы риска» ЖКБ: ожирение, сахарный диабет, мочекаменная болезнь и др.

При приеме ФИТОСОРБА (такой товарный знак был зарегистрирован на травяной чай) у большинства больных уже через 2–4 недели исчезали болевые ощущения, диспепсические явления, уменьшались размеры выступающей из-под подреберья печени, улучшались функции кишечника. Каких-либо побочных явлений при приеме ФИТОСОРБА не было отмечено. Зато на второй год применения чая зарегистрированы растворения небольших желчных камней, а на 4-ый — поставлен своеобразный рекорд: у больной В.В.П. 55 лет за 2 недели в желчном пузыре растворились камни диаметром до 1–1,5 см (рис. 1).

А вот как растворялись камни у больной С-вой Г.И. 62 лет:

- УЗИ-Х-92 г.: желчный пузырь полностью заполнен конкрементами,
- УЗИ-ХІІ-92г.: желчный пузырь на $\frac{1}{4}$ свободен от камней,
- УЗИ-ІV-93 г.: желчный пузырь на $\frac{1}{2}$ свободен от камней,
- УЗИ-ІV-94 г.: песок в полости желчного пузыря.

Подобные примеры приведены в патенте №2097054 (Рис. 3).

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Ф.И.О. Вс. де В.Ф.
Возраст 1984
Дата исследования 10. XI 1992

Поликлиника № 48
Московского района
ул. Бабушская, 19.

ЖЕЛЧНЫЕ ПУЗЫРЬ И правильной формы; размеры 7,0х3,0 см; 0 = равномерными
 — утолщениями, — уплотнениями (0,4-0,5 см) — стенками;
 желчь гемодинамична; конкременты — выявлены; 3 конкремента
 внепеченочные желчные протоки — расширены. 2х0,1-0,15 см
до ф.

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ увеличена; контур нормальный;
 ЖЕЛЕЗА экзоструктура; изменения; изменения; проток
 поджелудочной железы увеличен.

наличиях и космическом
взрывах. Кроме того
некоторых из них не
было.

ХОЗРАСЧЕТНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ УСТРОЙСТВ

26/11/92

13

2 B.F. 1937

Политлиния Кабинета
Московского района
Кабинет УЗИ

Министерство
Московского района
Кабинет УЗИ

Вн. конструкторской
Экспертной-оценочной
комиссией принята динамическая
Экспертная оценка качества
Золотой: один показатель 10,0 балла
(из 3х).

Вводятся
исключения.



ОБЪЕДИНЕНИЕ
ИЗЫСЧЕТНЫХ РАБОТ МУРЖАНСКОГО

Рис. 1 Результаты УЗИ-исследований желчного пузыря у больной В-вой В. П. 1937 г.р.

В патенте также приводятся результаты клинического наблюдения в течение 1 года и более за 51 больными с ЖКБ (ранее им предлагалось хирургическое лечение). За срок наблюдения 22 больных чувствовали себя хорошо при систематическом приеме травяного чая (с частичным или полным растворением желчных камней), 18 — «забыли о болезни» после 3–6 месяцев лечения и только у 4 больных проведена холецистэктомия.

1.4. Лечебные эффекты фитосорба

К ним, по нашим наблюдениям, можно отнести:

- противовоспалительное действие;
- нормализация обмена веществ;
- выведение недоокисленных продуктов обмена веществ и избытка холестерина;
- улучшение моторно-эвакуаторной функции желчевыводящих путей и кишечника;
- нормализация функционального состояния печени, поджелудочной железы и кишечника;
- предупреждение образования и роста желчных камней;
- коррекция иммунологического статуса организма больного.

Механизмы лечебного действия чая «Фитосорб» пока до конца остаются невыясненными. Однако, несомненно, что нормализация обмена холестерина и функционального состояния печени препятствуют камнеобразованию. Терапия дискинезий желчных путей и изменения физико-химических свойств желчи устраняет основной фактор камнеобразования (застой желчи) и способствует растворению желчных камней. Почти у половины больных в первые месяцы лечения камни набухали, увеличиваясь в размерах, становясь более мягкими, а затем разрушались, уменьшаясь в размерах.

Вероятно, такой эффект обусловлен стимуляцией антинуклеирующих факторов (желчные кислоты, лецитин, аполипопротеин А1 и А2, ряд низкомолекулярных белков с гидрофобными свойствами и др.) препятствующих возникновению в желчи из кристаллов холестерина ядер камнеобра-

зования (А.А. Ильченко и др. 2006). На рис. 2 схематично представлены механизмы лечебного действия травяного сбора «Фитосорб».

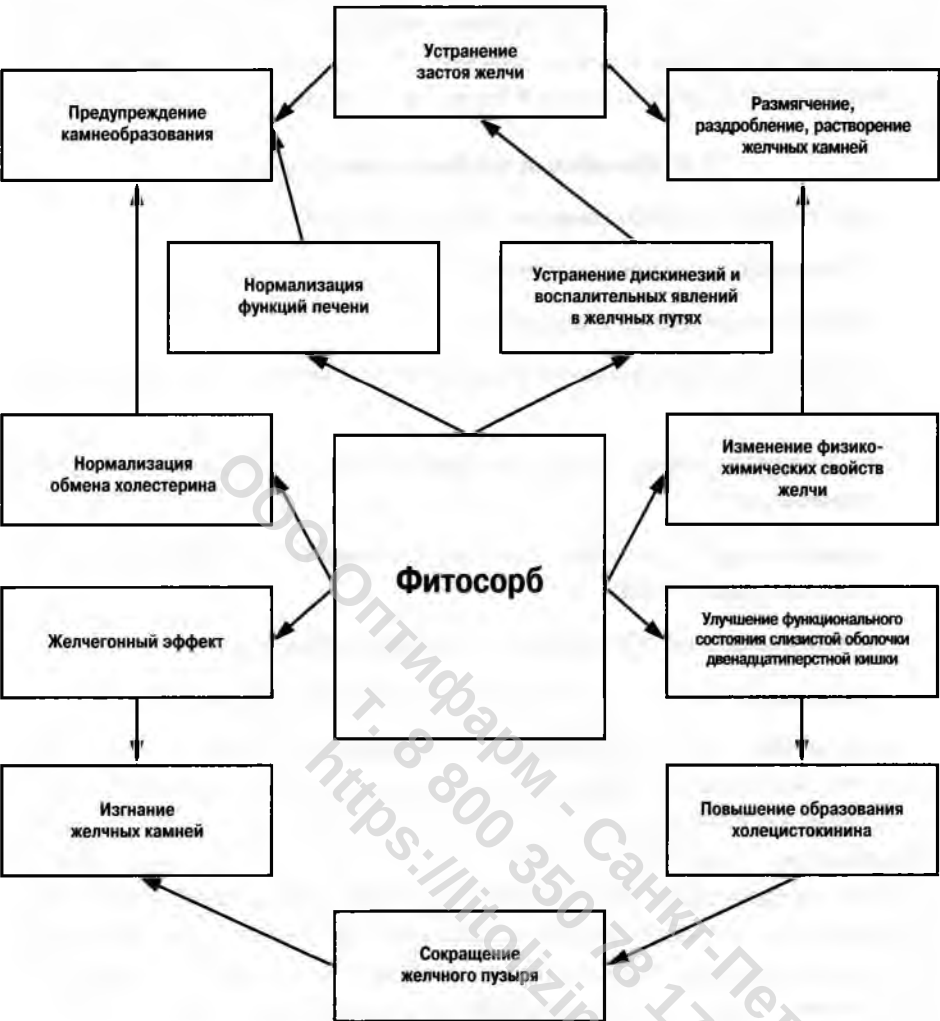


Рис. 2 Механизмы лечебного действия травяного сбора Фитосорб.

2. НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ФИТОПРЕПАРАТА «ФИТОСОРБ» В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Как видно из предыдущего раздела, автору удалось за первые 10 лет работы изобрести травяной сбор — чай «ФИТОСОРБ» (патент № 2097054, приоритет от 02.XII.94 г.; зарегистрирован в Государственном реестре 27.XI.97 г.).

Однако, в различных научных источниках при описании растворения желчных камней приводится мало сведений о механизме воздействия на организм, высказываются преимущественно предположения, почти отсутствуют документальные подтверждения исследований. В связи с этим автору в работе трудно было передать свой опыт фитотерапевтам, особенно с учетом того, что каждому больному нужно индивидуальное решение: одному больному в сборе нужно 18 трав, второму — 22, а третьему — 27!

Поэтому в последующие 10 лет проводились клинические исследования и клинические испытания в ведущих лечебных и учебных учреждениях г. Санкт-Петербурга, направленные на создание высокотехнологичного препарата «ЛИТОЛИЗИН» — (растворяющего камни) для применения в медицинской практике.

Два из таких испытаний представлены от Всероссийского Центра экстренной и радиационной медицины МЧС России (2.1.1) и Военно-Медицинской Академии (2.1.2).



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

РОССИЙСКОЕ АГЕНТСТВО ПО ПАТЕНТАМ
И ТОВАРНЫМ ЗНАКАМ
(РОСПАТЕНТ)

ПАТЕНТ

№ 2097054

на ИЗОБРЕТЕНИЕ

"Способ выведения желчных камней из желчного пузыря"

Патентообладатель (ли): Короваев Валентин Михайлович

Автор (авторы): он(а) же

Приоритет изобретения

2 декабря 1994г.

Дата поступления заявки в Роспатент

2 декабря 1994г.

Заявка №

94043388

Зарегистрирован в Государственном
реестре изобретений

27 ноября 1997г.

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДИРЕКТОР



Рис. 3. Патент РФ № 2097054 1994 г.

2.1.1. Во Всероссийском центре МЧС

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО АПРОБАЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ В РОССИЙСКОМ ЦЕНТРЕ ЭКСТРЕМНОЙ И РАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ МЧС РОССИИ

Одной из серьезных медицинских и социальных проблем XXI века является поиск эффективных средств консервативного лечения желчнокаменной болезни /ЖБ/, частота которой постоянно возрастает в связи с отрицательным воздействием современной цивилизации на здоровье человека /гиподинамия, нерациональное питание, экологический дисбаланс, нездоровый образ жизни, стрессовые ситуации и др./. Хирургические методы лечения связаны с определенным риском и не исключают повторного камнеобразования. К тому же они часто противопоказаны ввиду наличия тяжелых сопутствующих заболеваний, особенно сердечно-сосудистой системы. Современные методы консервативного лечения ЖБ малоэффективны, не лишены побочных явлений и имеют большое число противопоказаний к их использованию, что в равной степени относится к препаратам желчных кислот.

С целью расширения возможностей растворения камней при ЖБ методами народной медицины с использованием отечественного растительного сырья проведены клинические испытания биологически активной добавки к пище ФИТОСОРБ, разработанной кандидатом мед. наук В.А. Коробовым /патент № 213097054 от 02.12.94 г./. Фитосорб применяется как добавка к пище по 1,5-2 грамма в сутки после еды 3 раза в день 6 дней в неделю курсами по 1-2 месяца у 41 больного /35 женщин/ в возрасте от 18 до 69 лет на фоне обильной терапии.

Контроль за растворением желчных камней осуществлялся как при УЗИ-исследовании не реже 1 раза в квартал, так и методами медицинской иконки /амплитудный рельеф/, для чего больным проводилась каждые полгода оральная холангиография. Последний оказался наиболее ценным в диагностике и контроле литолитической терапии мелких конкрементов при МКБ, недиагностируемых другими методами /до 2 мм в диаметре/.

Эффект клинического применения фитосорба оценивали комплексно с учетом клинических данных, результатов лабораторных и инструментальных исследований. При этом основное внимание уделялось клинической картине болезни и эффекту растворения камней: 1/"хорошо"-ремиссия МКБ с полным или частичным растворением конкрементов; 2/"удовлетворительно"-улучшение клинической картины заболевания без растворения желчных камней; 3/"без эффекта"-отсутствие четко регистрируемого положительного эффекта в течение МКБ.

Апробация БАД фитосорб свидетельствует о ее высоком лечебном эффекте: противовоспалительное и антиспастическое действие, уменьшение застоя желчи, нормализация обмена углеводов, жиров и липидов /в частности холестерина/, улучшение функционального состояния печени, поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки. Лечебный эффект манифестировался значительным улучшением клинической картины заболевания /исчезновение болей, в том числе желчных и почечных коликов, диспепсических и дизурических явлений и т.п./, а также высоким процентом растворения и выведения конкрементов. Многие больные избежали от рекомендованных оперативных вмешательств.

Важно также, что применение БАД фитосорб способствует переводу хронического калькулезного холецистита /ХХХ/ в 80% в латентную стадию ЖКБ, помогает растворять мочевые камни при почечнокаменной болезни /ПКБ/ и имеет небольшое число противопоказаний к применению. Результаты комплексной оценки апробации БАД фитосорб представлены в таблице.

Таблица

Данные об эффективности апробации БАД фитосорб

Группы больных, диагноз	Число больных	Эффект лечения		
		хорошо	удовлетво- рительно	без эффекта
ХХХ	21	7	10	4
ЖКБ	13	9	2	2
ЖКБ + ПКБ	7	5	2	-

Таким образом, положительный эффект при апробации БАД фитосорб был получен у 35 больных /в 85,3% /, в том числе с растворением конкрементов у 21 больного /50,1%/, что позволяет рекомендовать биологически активную добавку к пище фитосорб для применения в широкой клинической практике как обладающую высоким лечебным эффектом при ЖКБ и ПКБ.

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ДИРЕКТОРА ВПОРМ МЧС РОССИИ
ПО КЛИНИЧЕСКОЙ РАБОТЕ:

= Ю.И. Листопадов =

" 17 " июля 2000 года

МАТЕРИАЛЫ ПО КЛИНИЧЕСКОЙ АПРОБАЦИИ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНОЙ ДОБАВКИ К ПИЩЕ ЛИТОЛИЗИН

Заболеемость населения многих стран мира желчнокаменной болезнью является одной из актуальных проблем современной медицины. Многие вопросы консервативной помощи при этом заболевании остаются неразрешенными. Хирургическое лечение представляет определенную опасность, противопоказано больным с сопутствующими болезнями сердечно-сосудистой системы и не устраняет причин повторного камнеобразования.

Эффективность консервативной терапии нельзя признать успешной. Используемые различные лечебные травы обычно обладают только желчегонным и антивоспалительным эффектами. Широко рекламируемые препараты желчных кислот из-за многочисленных противопоказаний и побочных явлений могут применяться только у 18-20% больных желчнокаменной болезнью. Ввиду большой стоимости этих препаратов они недоступны для широких слоев населения.

Кандидат медицинских наук В.М. Короваев в течение многих лет разрабатывал и успешно испытал предложенный им оригинальный метод профилактики и помощи при желчнокаменной болезни с использованием биологически активной добавки к пище литолизин из трав отечественного происхождения. Биологически активная добавка к пище литолизин была также успешно апробирована в условиях клиники при кафедре общей терапии № 2 Военно-медицинской академии – она была применена у 81 больного желчнокаменной болезнью (74 женщины и 7 мужчин) в возрасте от 19 до 83 лет (в среднем 53,9 года). Контрольная группа из 10 больных того же профиля была близка к опытовой по возрастным и половым характеристикам.

Диагноз желчнокаменной болезни верифицировался данными клинических, биохимических и ультразвуковых исследований, реже – холецистографии. Тщательно изучались отдаленные результаты приема литолизина 1,5-2 грамма в день курсами по 1-2 месяца на фоне общепринятой терапии, кроме

приема антибиотиков и средств, нормализующих обмен билирубина и холестерина. Больные в контрольной группе литолизин не принимали. Оценка результатов – комплексная с учетом улучшения клинической картины заболевания в целом («хорошо») или ее отдельных синдромов («удовлетворительно»). Отсутствие положительной динамики в течение заболевания оценивалось критерием «без эффекта».

Положительный эффект от применения БАД литолизин манифестировался значительным улучшением клинической картины желчнокаменной болезни: частичное или полное исчезновение болей, в том числе желчных коликов, и диспепсических явлений в середине первого курса, уменьшение или полное отсутствие чувства тяжести в правом подреберье и горечи во рту, нормализация повышенной температуры тела, повышение аппетита на фоне расширения пищевого рациона, нормализация функции кишечника. Положительная оценка результатов применения литолизина была получена у 77,9% больных (63 человека): у 51 больного состояние оценивалось ближе к «хорошо», 12 – «удовлетворительно». В контрольной группе у половины больных оценка была «без эффекта». Во многих случаях установлено профилактическое действие литолизина: предупреждение рецидивов болезни и повторного камнеобразования, в том числе после хирургического вмешательства на желчевыводящих путях, зарегистрировано торможение роста желчных камней.

По результатам клинических испытаний биологически активной добавки к пище литолизин к числу основных положительных эффектов действия можно отнести следующие данные:

1) противовоспалительное действие, которое манифестировалось уменьшением СОЭ и количества нейтрофилов, особенно палочковидных, в формуле крови, нормализацией повышенной температуры тела, уменьшением количества «воспалительного» осадка и хлопьев в полости желчного пузыря при хроническом калькулезном холецистите. Такое противовоспалительное действие литолизина обусловлено, по нашему мнению, тем, что половина всех трав, входящих в состав биологически активной добавки к пище обладают противовос-

палительным и бактерицидным действием, а их эффект воздействия потенцируется друг другом;

2) улучшение моторно-эвакуаторной функции желчевыделительной системы и уменьшение застоя желчи приводило к усиленной эвакуации из полости желчного пузыря хлопьев и «песка», уменьшению на 12-20% объема полости увеличенных в размерах желчных пузырей, уменьшению спастических явлений и дискинетических дискомфортных ощущений;

3) нормализация обмена углеводов, жиров и липидов (в частности холестерина), а также билирубина. В результате снижался повышенный уровень сахара крови на 15-27%, а повышенный уровень холестерина в среднем на 25,4% (в среднем с 7,24 до 5,42 ммоль/л). При этом возрастало количество альфа-холестерина и уменьшались триглицериды и бета-липопротеиды крови. Зарегистрировано также снижение уровня содержания повышенного билирубина крови в среднем с 18,8 до 12,8 ммоль/л. Такие изменения обмена веществ способствовали профилактике камнеобразования, торможению и предупреждению роста уже имеющихся желчных камней, а в ряде случаев даже их растворению.

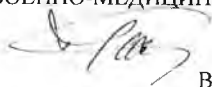
4) нормализация функционального состояния печени, поджелудочной железы и кишечника, что проявлялось в уменьшении размеров увеличенной печени в среднем на 2,7 см, снижении повышенного уровня аминотрансфераз крови, например АлАТ с 0,52 до 0,34 мкмоль/(чл), уменьшению запоров и др.

Биологически активная добавка к пище литолизин имеет некоторые преимущества перед другими средствами помощи при желчнокаменной болезни: значительно меньшее число противопоказаний для применения, что позволяет ее применять даже при хроническом калькулезном холецистите, отсутствие побочных явлений, длительное безопасное применение в домашних условиях, доступность населению по себестоимости, эффективное использование в комплексе профилактических и реабилитационных мероприятий в целях предупреждения повторного камнеобразования, в том числе у больных после оперативного вмешательства на желчевыделительной системе.

Таким образом, на основании проведенных клинических испытаний, можно рекомендовать литолизин в качестве биологически активной добавки к

пище, тормозящей образование и рост желчных камней, улучшающей течение желчнокаменной болезни и функциональное состояние желудочно-кишечного тракта и печени. При этом рекомендуется принимать литолизин по 2 капсулы (1 таблетка) 3 раза в день курсами по 1-2 месяца. При необходимости курсы приема литолизина можно повторять после краткосрочного (недельного) перерыва.

НАЧАЛЬНИК КАФЕДРЫ ОБЩЕЙ ТЕРАПИИ № 2
ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ



ПРОФЕССОР
В. ГОЛОФЕЕВСКИЙ

« 7 » мая 2003 г.

Подпись профессора В. Голофеевского заверяю:

НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА КАДРОВ
ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ



С. СИТНИКОВ

« 8 » мая 2003 г.

ООО Оптифарм - Санкт-Петербург
т. 8 800 350 78 17
<https://litolizin.su>

2.2. Фитотерапия нарушений липидного обмена

Ниже представлены примеры лечения гиперлипидемии (повышенного содержания холестерина в крови) фитопрепаратом «Литолизин».

Таблица 1. Применение Литолизина при гиперлипидемии:

№ п/п	Ф.И.О.	Возраст, лет	Содержание холестерина в крови, ммоль/л.		Снижение содержания холестерина, %	Срок лечения, мес.
			до лечения	после лечения		
1	Щ.А.П.	61	8,73	7,70	11,8	3
2	М.Е.В.	72	7,30	4,10	43,8	5
3	К.Л.А.	66	7,70	5,70	26,0	4
4	К.Л.В.	45	6,08	4,06	33,0	3
5	А.Т.В.	66	6,64	5,40	18,7	3
6	Ф.О.А.	43	6,20	4,00	35,5	2
7	М.В.И.	58	7,30	6,30	13,7	2
8	Л.Ю.В.	72	7,50	6,60	12,0	4
9	Ч.Т.А.	56	7,41	4,95	33,2	4,5
10	С.Г.И.	62	7,50	5,40	28,0	5
Итого: (в среднем)	—	60	7,24	5,42	25,4	3,6

Таблица 2. Влияние Литолизина на содержание фракций холестерина в крови (больная П.Л.В., 53 года, срок лечения 4 месяца):

Показатели	Норматив	Содержание в крови	
		до лечения	после лечения
Общий холестерин	3–6,5 ммоль/л	5,095	4,36
Альфа -холестерин	0,9–1,95 ммоль/л	0,82	1,78
Триглицериды	0,45–1,85 ммоль/л	0,33	0,44
Бета-липопротеиды	35–55 единиц	43,6	31,6
Бета-холестерин	0–4,4 единицы	4,60	2,38
Коэффициент атерогенности	2,5–3 единицы	5,21	1,45
Фенотип. Заключение		Гипоальфа-липопротеидемия	Норма

Как видно из табл. 1, холестерин у 9 больных женщин и 1 мужчины до приема фитопрепарата составлял в среднем 7,24 ммоль/л (от 6,08 до 8,73), а после приема Литолизина в среднем в течение 3,6 месяцев снизился на 25,4 % (11,8–35,5 %).

Данные табл. 2 свидетельствуют, что травяной чай может активно вмешиваться в неблагоприятное влияние наследственности. У больной П.Л.В. 53 лет с хроническим калькулезным холециститом образовался камень на фоне гипоальфалипотеидемии (уменьшения содержания Альфа-холестерина, препятствующего атеросклерозу и камнеобразованию). После приема Литолизина в течение 4 месяцев количество Альфа-холестерина увеличилось в 2 раза, коэффициент атерогенности (образно говоря, «угрожаемости») нормализовался, а камень уменьшился в размерах.

Материалы по апробации фармацевтической формы сбора Фитосорб в виде капсул по 0,2 г и таблеток по 0,65 г («ЛИТОЛИЗИН») в профилактической дозе (2–3 за сутки) представлены по результатам исследований на кафедре терапии №2 ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ профессором В.Ю. Голофеевским. Было доказано, что даже профилактическая доза фитопрепарата способна нормализовывать обмен жиров и липидов, углеводов и билирубина, функции печени, поджелудочной железы и кишечника, моторно-эвакуаторные функции желчевыделительной системы с уменьшением на 12–20 % объемов увеличенных в размерах желчных пузырей и др. (смотри материалы Военно-Медицинской Академии).

2.3. Желчнокаменная болезнь и хронический панкреатит.

Общеизвестно крылатое выражение В.Х.Василенко: «При хорошем холецистите почти всегда имеется хороший панкреатит». Сочетание хронического панкреатита (ХП) с другими болезнями органов пищеварения затрудняет не только диагностику, но и лечение больных, приводя к взаимному отягощению течения патологических процессов.

Под руководством профессора А.Ю.Барановского был проведен анализ результатов фитотерапии Фитосорбом больных с ЖКБ (ХКХ) и с ХКХ + ХП, выбранных из 142 больных с ХКХ в условиях поликлиники. Соответствующие клинико-инструментальные и биохимические исследования позволили установить наличие ХП у 32 больных (22,5 %).

Клиническая картина ХП существенно влияла на клинические проявления ХКХ. Так, симптоматика ХП превалировала в общей клинической картине заболеваний над проявлениями ХКХ у 2 больных, имевших кальцифицирующую форму ХП. У 5 больных (фиброз и липоматоз поджелудочной железы) симптомы ХП и ХКХ были выражены в равной степени. У 25 больных с паренхиматозным ХП обращали на себя внимание «редуцированные» опоясывающие боли («полуопоясывающие»).

Как следствие эндокринной недостаточности поджелудочной железы у 4 больных диагностирован сахарный диабет. Экзокринная недостаточность у половины больных проявлялась неустойчивостью стула, особенно при перегрузке жирной пищей, мегафекалией. У всех больных выявлялся симптом «красных капель».

Средний возраст больных составлял 57 лет (28 женщин и 4 мужчин). 16 больных не хотели подвергать себя риску оперативного вмешательства и неоднократно отказывались от холецистэктомии, остальные — имели противопоказания к операции, преимущественно со стороны сердечно - сосудистой системы. Контрольная группа (17 женщин и 3 мужчин) с ХП, но без ХКХ, близкая по клинико-возрастным характеристикам, получала лечение по принятым стандартам.

Характеристика конкрементов: единичные (6–24 мм) в полости желчного пузыря — у 7 больных, множественные (4–30 мм) — у 25. Среди последних 2 больных имели дополнительно: 1 конкремент в холедохе у пер-

вого и 1 камень 10 мм в шейке желчного пузыря у второго. У 5 больных диагностирован «нефункционирующий» желчный пузырь из-за «желчного пузыря, полного камнями».

После обследования и уточнения диагноза проводилось курсовое лечение в домашних условиях. В индивидуальной дозе назначался травяной чай «Фитосорб». Чай рекомендовалось применять 3 раза в день в конце еды 6 дней в неделю, курсами по 1–2 месяца. При необходимости курсы повторялись. Уже через 3–4 недели приема фитопрепарата у 22 больных ХКХ с ХП (69%) исчезли болевые ощущения и диспепсические явления, уменьшились размеры увеличенной печени, улучшилась функция кишечника, снизилась активность воспалительных процессов в желчных протоках, желчном пузыре и поджелудочной железе.

У больной М-вой А.В. 48 лет с мелкими конкрементами в желчном пузыре и кальцинатами в головке поджелудочной железы боли уменьшились незначительно и пациентке рекомендовали оперативное лечение. У остальных 9 больных процесс нормализации затянулся до 2–3 месяцев, что мы связываем, в основном, с более выраженными изменениями в поджелудочной железе.

Для снижения уровня сахара крови у 4 больных с сахарным диабетом в среднем с 8,9 ммоль/л (8–10 ммоль/л) до 5,2 ммоль/л (3,7–6,6) потребовалось от 4 до 8 (в среднем 6) курсов лечения фитопрепаратом.

Больным в контрольной группе с ХП для достижения ремиссии заболевания общепринятую терапию требовалось проводить 2–3,5 месяца.

Продолжение фитотерапии приводило к стойкой ремиссии ХКХ и ХП, улучшалось качество жизни пациентов, повышалась их работоспособность и выносливость, расширялась диета. У 37,5% больных произошло полное (у 5 больных) или частичное растворение и выведение как единичных, так и множественных желчных камней, в том числе из желчных пузырей, полностью заполненных камнями (они все стали функционирующими).

Для растворения камней в холедохе потребовалось 2 курса фитотерапии у одного больного и 4 — у другого. Частично растворить и вывести камень 10 мм из шейки желчного пузыря у больного Б.М.А. 80 лет удалось

после 4 двухмесячных курсов фитотерапии.

Травяной чай (сбор) «Фитосорб» обладает широким диапазоном лечебного воздействия и обеспечивает действенный терапевтический эффект при сочетании ХКХ и ХП. Можно с уверенностью говорить о ряде свойств чая:

- противовоспалительное действие при хронических холециститах, холангитах и панкреатитах;
- нормализация обмена веществ; выведение недоокисленных продуктов обмена веществ и избытка холестерина из организма;
- улучшение моторно-эвакуаторной функции желчевыводящих путей и кишечника;
- нормализация функционального состояния печени, поджелудочной железы и кишечника;
- предупреждение образования и роста желчных камней, способность размягчать, раздроблять, растворять и выводить конкременты из желчевыводящих путей.

Это подтверждается более быстрой (чем у больных в контрольной группе) динамикой обратного развития воспаления в поджелудочной железе у большинства больных, ликвидацией дискинезии панкреатических протоков, улучшением кровообращения и метаболизма и санацией органа.

Полученные результаты фитотерапии ХКХ + ХП и данные других исследований позволили профессору Барановскому А.Ю. дать положительное заключение по результатам клинической апробации БАД «ФИТОСОРБ» (2.3.1).

2.3.1. Результаты клинической апробации БАД «ФИТОСОРБ» у больных желчнокаменной болезнью

РЕЗУЛЬТАТЫ

КЛИНИЧЕСКОЙ АПРОБАЦИИ БАД "ФИТОСОРБ" ® У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Клиническая апробация биологически активной добавки к пище "Фитосорб" ®, разработанной канд. мед. наук В.М.Короваевым / патент РФ №2097054 02.12.94 г., товарный знак "Фитосорб" от 05.04.94 г., лицензия №02003, сертификат №002512 на право ее использования/ проведена на базе кафедры и клиники гастроэнтерологии и диетологии Санкт-Петербургской Медицинской академии последипломного образования.

На фоне общепринятой терапии для желчнокаменной болезни / ЭКБ / применялась БАД "Фитосорб" в суточной дозе 1,5-2 грамма 6 дней в неделю курсами по 1-2 месяца у 83 больных ЭКБ. Почти половина больных составляли лица с третьей стадией ЭКБ-хроническим калькулезным холециститом / ХХХ /, преимущественно старшей возрастной группы с сопутствующими болезнями /гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца и др./, из-за которых они не могли воспользоваться предлагаемым оперативным лечением. У 32 больных ХХХ сопровождался хроническим панкреатитом.

Анализ материалов исследования позволяет отметить следующие особенности:

- высокий лечебный эффект /исчезновение болевых ощущений и диспепсических явлений, растворение и выведение желчных камней из желчного пузыря и желчных протоков/;
- противовоспалительное действие при холецистите, холангите и др.
- улучшение функций печени и кишечника.

Апробация БАД "Фитосорб" выявила и другие положительные

ее качества:отсутствие побочных эффектов,хорошая переносимость и возможность использования в домашних условиях.По сравнению с другими методами консервативной терапии ЖКБ круг противопоказаний для применения биологически активной добавки к пище Фитосорб значительно сужен.

Эффект клинического применения БАД "Фитосорб" оценивался комплексно с учетом прежде всего эффекта растворения и выведения конкрементов: 1/."ХОРОШО" - полное или частичное растворение желчных камней; 2/."УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" - улучшение субъективных и объективных показателей клинической картины ЖКБ /исчезновение болей и диспепсических явлений, нормализация функций печени,уменьшение воспалительных процессов в желчевыводительной системе и др./; 3/."БЕЗ ЭФФЕКТА" -отсутствие положительной динамики в течении ЖКБ

В таблице представлены данные об эффективности использования фитосорба в двух группах больных.Различия в возрасте / в среднем около 57 лет / между группами были не существенными; 88-89,1% от численности групп были женщины.Первая группа включала 51 больного с латентной стадией ЖКБ и с ХХХ с легким течением.Вторая группа из 32 больных с ХХХ сочетаным с хроническим панкреатитом,что,как известно,приводит к взаимному стягиванию течения заболеваний.

Таблица

Данные об эффективности использования БАД "Фитосорб"

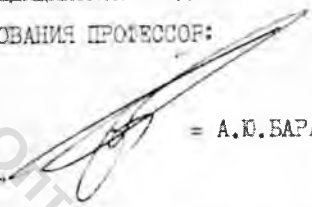
Группы больных	Число больных	Эффект лечения		
		Хорошо	Удовлетворительно	Без эффекта
<u>I</u>	51	22	21	8
<u>II</u>	32	12	19	1

Таким образом, положительный эффект при использовании БАД "Фитосорб" был получен в 92,2% случаев / у 74 больных/. Полное или частичное растворение и выведение желчных камней зарегистрировано в 41% случаев / у 34 больных ЖКБ /.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Разработанный канд. мед. наук В.М.Короваевым и успешно апробированный оригинальный метод лечения ЖКБ с помощью биологически активной добавки к пище "Фитосорб" обладает высоким лечебным эффектом и может быть рекомендован для широкой клинической практики.

ЗАВЕДУЩИЙ КАФЕДРОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ И ДИЕТОЛОГИИ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПРОФЕССОР:

"29" июня 2000 года.

 = А.Ю.БАРАНОВСКИЙ-



Подпись	А.Ю. Барановского	
Виза	де	
Дата	06	2000

2.4. Отключенный желчный пузырь (ОЖП)

У больных с ЖКБ нахождение камней в шейке и перешейке желчного пузыря чревато «отключенным желчным пузырем» (ОЖП) с развитием водянки или эмпиемы (нагноения) и других тяжелых осложнений. Удаляются такие камни только хирургическим способом, а больным старшего возраста операции часто противопоказаны. К работе при показании «отключенный желчный пузырь» подвел случай. Ко мне обратилась врач С. с таким диагнозом, который ей был поставлен. Она не решалась проводить холецистэктомию (у нее умерли родственники от операций при ЖКБ).

В табл. 3 и 4 представлены результаты выведения и растворения камней при ОЖП и нефункционирующем желчном пузыре из-за заполнения полости камнями.

Табл. 3. Выведение камней из шейки нефункционирующего желчного пузыря.

№	ФИО, возраст	Размеры желчного пузыря, мм	Срок лечения, мес.	Данные УЗИ-исследования до лечения	Результаты лечения
1	С.А.С., 70 лет	Небольших размеров	2,5	В шейке камень 1 см, в области дна камни от 0,9 до 1,5 см	В шейке желчного пузыря камня нет
2	Г.Л.А., 28 лет	60х23	7	В шейке камни 12 мм, пузырь не функционирует. Камни на дне пузыря до 6 мм.	В шейке камня нет, сократительная функция пузыря снижена
3	Б.М.А., 80 лет	Не увеличен	3	В шейке камни 10 мм, в полости — 1 см	В шейке камней нет, в полости до 1,1 см
4	Л.Ю.Б., 70 лет	118х52	6	В шейке камень 27мм, на дне желчного пузыря камень 28 мм	В шейке камня нет. В полости камни до 20 мм
5	Б.Э.Л., 37лет	124х45	7	В шейке камень 19мм, в полости 3 камня	Желчный пузырь 89х26мм. В шейке камня нет. В полости 4 камня до 2 см
6	И.А.А., 66 лет	90х40	5	В шейке камень 19мм, в полости — множество камней	В шейке камня нет, в полости множество от 4 до 17 мм
7	К.Н.П., 46 лет	Гипотоничен 93Х37	4,5	В шейке камни до 13 мм, в области дна — подвижные	В шейке камня нет
8	К.Т.Р., 39 лет	89х37	4	В шейке камень 25 мм, в полости множество камней разного диаметра	В шейке желчного пузыря камня нет, на уровне перешейка группа камней до 18 мм, в полости — взвесь экзогенных частиц
9	С.А.К., 73 года	Не увеличен	10	В шейке вколочен камень 30мм, в полости несколько камней разного диаметра	В шейке камня нет, в полости камни до 24 мм в диаметре

Табл. 4. Выведение желчных камней из нефункционирующего желчного пузыря из-за заполнения его полости конкрементами (полностью).

№	ФИО, возраст	Размеры желчного пузыря в мм		Размеры желчных камней в мм		Срок лечения (мес.)	Результаты лечения
		до	после	до	после		
1	С.Л.В., 40 лет	63x22	74x33	Не указаны	Не указаны	2	Полоска желчи 11 мм у стенки пузыря
2	Ф.О.А., 43 года	78x26	68x27	Не указаны	10	2	$\frac{2}{3}$ объема пузыря занимает желчь
3	К.Л.В., 45 лет	73x20	77x21	Эхотень 55 мм	14	5,5	$\frac{2}{3}$ объема пузыря занимает желчь
4	М.В.П., 59 лет	—	—	7	5	5	$\frac{2}{3}$ объема пузыря заполнено желчью
5	Е.Т.Я., 64 года	48x21	48x21	Не указаны	8	7	$\frac{2}{3}$ объема пузыря занимает желчь
6	В.Н.М., 70 лет	80x63	76x26	5	8	13	$\frac{1}{3}$ объема желчного пузыря занимает желчь
7	Я.Е.Г., 18 лет	Не увеличен	80x40	6	Не указаны	21	В полости мелкие подвижные камни
8	С.Г.И., 61 год	Не увеличен	80x24	6	—	36	Желчный пузырь без камней
9	С.А.К., 70 лет	В объеме не увеличен	32x33	30	—	42	Желчный пузырь без камней, стенки неравномерно утолщены, уплотнены

В адрес III Национального конгресса терапевтов (2008 г.) нами были представлены следующие результаты:

- из шейки (46 пациентов) и перешейка (36 больных) 89 % холестериновых (рентгенотрицательных) камней были выведены в полость желчного пузыря в среднем за 8,7 месяца (от 3 до 42 мес.);
- камни плотностью от +90 до +857 ед. Хаунсфилда растворялись лишь в 19 % случаев при более значительных сроках выведения.

Например, у больной Л. 55 лет камень 19 x 10 мм вышел из перешейка в виде маленьких камешков 3, 4 и 6 мм плотностью от +390 до +450 ед. Хаунсфилда лишь через 4 года терапии Литолизинном.

ДО: желчный пузырь 160х42 мм, увеличен. В перешейке конкремент 29х20 мм. ЖКБ. Отключенный желчный пузырь



ЧЕРЕЗ 6 МЕС. ЛЕЧЕНИЯ: в дистальном отделе желчного пузыря «плавающий» конкремент 28х25 мм. Отток восстановлен.



Рис. 4. Данные УЗИ-контроля за фитотерапией водянки желчного пузыря у больной Г. И.Н. 40 лет.

Представлен результат терапии водянки желчного пузыря: до — желчный пузырь 160 х 42 мм, в перешейке — камень 29 х 20 мм; через 6 месяцев приема — отток восстановлен, в дистальном отделе нормального по размерам желчного пузыря «плавающий конкремент» 28 х 25 мм.

У 21 больного ЖКБ удалось определить изменения размеров камней при их выходе в полость желчного пузыря: в среднем они уменьшались в диаметре на 5,3 мм (от 2 до 11 мм). У остальных изменения определить не удалось из-за наличия в полости камней близких по размерам.

2.5. Растворение камней в желчных протоках

Растворение конкрементов в желчных протоках позволяет корректировать результаты «золотого стандарта» лечения ЖКБ — холецистэктомии, после которой в 8–30 % случаев сохраняется литогенность желчи, из-за чего образуются камни уже в желчных протоках (табл.5).

Табл. 5. Растворение камней в желчных протоках

№	ФИО, возраст	Наличие камней в желчном пузыре	Количество и размеры камней в желчных протоках	Срок лечения.	Результаты лечения
1	Л.А.Л., 64 года	Холецистэктомия, 1989 г.	Камень диаметром 6 мм в холедохе.	6 мес.	Конкремент выведен из желчных путей
2	Х.Е.Л., 63 года	Холецистэктомия, 1967 г.	Множество камней в месте деления печеночного протока	8 мес.	Желчные протоки свободны от конкрементов
3	Н.К.А., 69 лет	Конкременты в желчном пузыре	«Цепочка» камней диаметром 4 мм в холедохе	6 мес.	Камни выведены из желчных путей и частично из желчного пузыря
4	В.О.М., 57 лет	Камни диаметром до 20 мм	Множество конкрементов в пузырном протоке	6 мес.	Камни выведены из желчных протоков. Уменьшение размеров камней в желчном пузыре до 10–12 мм
5	К.А.Л., 67 лет	Конкременты до 7 мм в диаметре	Камень пузырного протока диаметром до 6 мм	1,5 мес.	Желчные протоки свободны. Камни частично выведены из желчного пузыря
6	С.В.В., 40 лет	Желчный пузырь туго заполнен камнями	Пузырный проток заполнен конкрементами	2 мес.	Желчные протоки свободны. Камни частично выведены из желчного пузыря
7	С.В.П., 64 года	Холецистэктомия, 1972 г.	Конкременты желчных протоков до 6 мм в диаметре	1,5 года	Камни выведены из желчных протоков
8	Я.И.О., 18 лет	Камни диаметром до 9 мм	Пузырный проток 12мм с группой камней до 8,5 мм в диаметре	6 мес.	Камни выведены из желчных протоков. Уменьшение размеров камней в желчном пузыре
9	М.Л.И., 55 лет	«Отключенный» желчный пузырь	Камень пузырного протока диаметром 7,6 мм	3 мес.	Камни выведены из желчных протоков. В желчном пузыре плавающие камни до 7 мм

Кстати, из табл. 5 видно, что литогенность желчи бывает такая «свирепая», что ей мало полного камнями желчного пузыря (больные С.В.В.

40 лет и М.Л.И. 55 лет), — она образует камни еще и в пузырном протоке. Литолизин за 2–3 месяца успевал растворить камни в пузырных протоках и частично — в желчных пузырях.

При отсутствии желчного пузыря после холецистэктомии скорость растворения камней в общем желчном и печеночных протоках замедлялась как минимум в 2 раза. Наблюдение за 17 больными с камнями в пузырном протоке и холедохе зарегистрировало растворение камней до 10 мм в диаметре у 15 пациентов полностью и у 2 — частично, в сроки от нескольких месяцев до 1,5–2 лет (приложение 1).

Растворение камней в желчных протоках требует строгого врачебного контроля с участием гастроэнтеролога и хирурга.

ООО Оптифарм - Санкт-Петербург
т. 8 800 350 78 17
<https://litolizin.su>

2.6. Растворение желчных и мочевых камней

Больные с почечнокаменной болезнью (ПКБ) к нам обращались относительно редко (табл. 6), но чуть ли не у каждого пятого больного с ЖКБ имелись камни или микролиты в почках. Чаще всего размеры камней в почках были меньше, но они были более мобильными и уже через 2–3 недели начинали выходить в мочевые пути.

Таблица 6. Растворение камней при почечнокаменной болезни

№	ФИО, возраст	Диаметр камней, мм		Количество		Срок лечения, мес.	Результаты лечения
		до	после	до	после		
1	Г.Г.Я., 55 лет	7	—	1	—	2,5	В почках камней нет
2	З.Е.Ш., 60 лет	5	—	1	—	1,5	В почках камней нет
3	У.Н.И., 47 лет	Микролиты	—	Множество	—	2	Микролитов в обеих почках нет
4	Х.Л.А., 34 года	4	—	2	—	2,5	В почках камней нет
5	М.В.А., 49 лет	4	—	Множество	—	4	В почках камней нет
6	С.Т.М., 55 лет	6; 8	—	1; 1	—	2	Камней в левой почке нет
7	Г.Я.Н., 51 год	4,5	—	Множество	—	4	В почках камней нет
8	А.Б.Х., 50 лет	6	—	1	—	2	В почках камней нет, микролиты в обеих почках
9	В.Е.Ю., 40 лет	6	—	1	—	1,5	В почках камней нет
10	В.Н.С., 64 года	8	—	1	—	1	В почках камней нет
11	К.А.А., 37 лет	4,5	—	2	—	3	Камней, микролитов в почках и экзогенных частиц в желчном пузыре нет
12	К.О.А., 40 года	14; 7,6	11; 5	1; 1	1; 1	5	В почках и желчном пузыре размеры камней уменьшились

Растворение и выведение камней при мочекаменной болезни требует особой осторожности. После того, как несколько лет назад я на даче

купировал у больного М. 67 лет упорно державшуюся почечную колику, а вышедший через несколько часов «камень» оказался микролитом в 2 мм, пришлось эти небольшие камни уважать и прием чая Литолизин начинать с небольших доз. Вероятно, этим объясняется удлинение на 30–40 % времени синхронного растворения желчных и мочевых камней у больных с ЖКБ и ПКБ (см. статью о синхронном растворении камней, приложение 2).

2.7. Фитотерпия сопутствующих заболеваний

Проводя синхронное растворение желчных и мочевых камней нам приходилось лечить пациентов с другими (сочетанными и сопутствующими) заболеваниями, а «заодно» лечить и их, т.к. они «тормозили» растворение камней и увеличивали сроки терапии (табл. 7).

ФИТОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, СОЧЕТАННЫМ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

В. М. КОРОВАЕВ, А. Ю. БАРАНОВСКИЙ

(Медицинская академия последипломного образования,
Санкт-Петербург)

Сочетание хронического панкреатита (ХП) с другими болезнями органов
только диагностику, но и лечение больных, приводя к
положительные результаты

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ЛИТОЛИЗИН» ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ИР-АССОЦИИРОВАННОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.

Ю.А. Грухин, А.Е. Ашкинезер, В.М. Коровяев

*Кафедра госпитальной терапии
Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург*

Инфицированность населения России бактерией *Helicobacter pylori* очень велика и
достигает 80% в таких крупных регионах как Санкт-Петербург, Сибирь, Дальний Восток
Юг России.

Таблица 7. Синхронное растворение желчных и мочевых камней у больных с ЖКБ и ПКБ и сопутствующими заболеваниями

№	ФИО, возраст	Диагноз	Срок лечения, мес.	Результаты лечения
1	М.В.И., 58 лет	ПКБ. Камни обеих почек 7–9 мм. Хронический пиелонефрит, обострение. ЖКБ. ХКХ. Множество камней в желчном пузыре до 22 мм, в т.ч. в перешейке. Подагра. Хронический фиброзный панкреатит, нестойкая ремиссия	4	Камни в почках растворились, в желчном пузыре уменьшились. Ремиссия болезней.
2	Е.Л.М., 64 года	ПКБ. Камень 4 мм и микролиты в обеих почках. Хронический пиелонефрит, обострение. ЖКБ. ХКХ. Множество камней в желчном пузыре до 15 мм.	8	Камней, микролитов в почках нет, в желчном пузыре — до 7 мм. Ремиссия болезней.
3	Ф.О.А., 43 года	ПКБ. Гидроколикос. Нарушение минерального обмена (оксалатурия ++++). Хронический пиелонефрит, обострение. ЖКБ. ХКХ. «Отключенный» желчный пузырь, туго заполнен конкрементами.	1,5	Оксалатурия (+). Желчный пузырь на $\frac{1}{3}$ свободен от камней. Ремиссия болезней
4	К.О.А., 40 лет	ПКБ. Множественные камни обеих почек (справа — 14 мм, слева — 7,6 мм). Хронический пиелонефрит, резкое обострение. ЖКБ. ХКХ. Камень желчного пузыря с плотной акустической тенью диаметром 16 мм. Жировая дистрофия печени. Хронический панкреатит, нерезкое обострение.	5	Уменьшение размеров камней в почках и желчном пузыре. Ремиссия болезней. Жировой дистрофии печени нет.
5	Х.Е.Л., 62 года	ПКБ. Камни правой почки 4 и 6 мм. Хронический пиелонефрит, обострение. ЖКБ. Холецистэктомия (1976 г.). Множественные камни печеночного протока. Стеатоз поджелудочной железы. Сахарный диабет средней тяжести. Коронарокардиосклероз. Недостаточность кровообращения II «А» степени.	10	Камни в почках и желчных протоках растворились. Недостаточности кровообращения нет. Ремиссия всех болезней.
6	С.Л.В., 66 лет	ПКБ. Множественные камни обеих почек до 6 мм. Нефроптоз слева. Хронический пиелонефрит, нерезкое обострение. ЖКБ. Холецистэктомия (1972 г.). Камни желчных протоков до 6 мм. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, рубцующиеся «зеркальные» язвы луковицы двенадцатиперстной кишки. Хронический колит. Ишемическая болезнь сердца. Гипертоническая болезнь 2 стадии, коронарокардиосклероз. Недостаточность кровообращения II «А» степени.	18	Камни в почках и желчных протоках растворились, язвы зарубцевались, недостаточности кровообращения нет. Ремиссия всех болезней.

У больной Х.Е.Л. 62 года (№ 5) нас поразило не столько синхронное растворение камней в почках и множественных камней печеночного протока, а такая поливалентность (многосторонность действия) Литолизина, которая позволила лечить и перевести в стадию ремиссии такие заболевания как стеатоз поджелудочной железы, сахарный диабет средней тя-

жести, коронарокардиосклероз с недостаточностью кровообращения 2 «А» степени.

Еще более поразительны результаты лечения болезней у больной С.Л.В. 66 лет (№6) при диагнозах, с которыми она обратилась к нам: ПКБ. Множественные камни обеих почек до 6 мм. Нephроптоз слева. Хронический пиелонефрит, нерезкое обострение. ЖКБ. Холецистэктомия (1972 г.). Камни желчных протоков до 6 мм. Язвенная болезнь 12-типерстной кишки, рубцующиеся «зеркальные» язвы луковицы 12-типерстной кишки. Хронический колит. Ишемическая болезнь сердца. Гипертоническая болезнь 2 стадии, коронарокардиосклероз. Недостаточность кровообращения 2 «А» степени.

В последующем, когда число пролеченных больных, например, ЖКБ+язвенная болезнь 12-типерстной кишки, перевалило за 200 (у 14 пациентов регистрировались язвенные дефекты луковицы), казалось, что удивление сменилось повседневностью. Так нет же!

К.м.н. Грухин Ю.А. и аспирант Ашкинзев А.Е. на кафедре госпитальной терапии Военно-Медицинской Академии применили наш фитопрепарат. Они выяснили, что при ремиссии язвенной болезни у многих больных наступает одновременно санация организма от инфекции - хеликобактериоза (способствует язвообразованию и даже опухолей). Процесс эрадикации *Helicobacter* проанализирован в статье «Возможности применения препарата «Литолизин» при лечении больных с НР-ассоциированной гастродуоденальной патологией» (стр. 38).

2.8. Новая медицинская технология

Непревзойденный уровень инновационного препарата Литолизин был достигнут благодаря тесному союзу российских ученых мирового уровня и ведущих фармацевтических компаний С-Петербурга (ЗАО «ФАРМАКОР», «ФАРМПРОДУКТ» и др.). На сегодняшний день мировых аналогов препарата не выявлено. Руководитель проекта — Вице-президент Научного общества гастроэнтерологов России ТКАЧЕНКО Евгений Иванович, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ. В настоящее время — главный гастроэнтеролог Комитета по здравоохранению Правительства г.Санкт-Петербурга, заведующий Кафедрой пропедевтики внутренних болезней. Им активно разрабатывается инфекционно-метаболическая теория возникновения терапевтических заболеваний и терапии природными соединениями.

Е.И. ТКАЧЕНКО провел на Кафедре пропедевтики внутренних болезней апробацию нового клинического метода исследования «СКОЛЬЗЯЩАЯ ПЕРКУТОРНАЯ ПАЛЬПАЦИЯ ПЕЧЕНИ» (приложение 3) изобретенного мною еще в 1983 г., что позволило улучшить диагностику у постели больного (ведь даже такое заболевание как цирроз печени в 20–30 % случаев находят после жизни больного — на вскрытии!).

Аспирантка кафедры Т.Э. Скворцова, проводя клинические испытания, зарегистрировала, что прием Литолизина в течение 3 месяцев улучшает клиническую картину ЖКБ, функциональное состояние печени, желчного пузыря, микробный пейзаж в толстом кишечнике (у части больных был дисбактериоз) и его эвакуаторную функцию. В 36,4% случаев растворялись и уменьшались в размерах камни в желчном пузыре плотностью до 150 ед. по шкале Хаунсфилда. У больной С. 46 лет после 7 месяцев приема Литолизина плотность камня в желчном пузыре уменьшилась с 732 до 438 ед. Хаунсфилда.

Наш совместный с нею труд «Способ лечения желчнокаменной болезни с помощью фитопрепарата «ЛИТОЛИЗИН» в 2006 году был утвержден и зарегистрирован Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга в качестве новой медицинской технологии.

Министерство Здравоохранения и Социального Развития Российской Федерации
Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова

СОГЛАСОВАНО

Главный гастроэнтеролог
Комитета по здравоохранению
правительства Санкт-Петербурга
проф. Е.И. Ткаченко
«21» X / 2006 г.

УТВЕРЖДАЮ

Первый Заместитель председателя
Комитета по здравоохранению
правительства Санкт-Петербурга
В.Е. Жолобов
«21» X / 2006 г.



Способ лечения желчнокаменной болезни с помощью фитопрепарата «ЛИТОЛИЗИН»

новая медицинская технология

Санкт-Петербург

2006

2.9. Новые возможности и трудности консервативной литолитической терапии

В г. Санкт-Петербурге проведено следующее статистическое исследование: канд. медицинских наук Е.Б. Федяев, проведя спиральную компьютерную томографию (СКТ) у 542 пациентов с УЗИ-диагностируемой ЖКБ (хронический калькулезный холецистит), зарегистрировал рентгенконтрастные камни у каждого второго мужчины и у 8 женщин из 10 (смотри отчет-справку от 3.06.2008 г.). Кстати, в Западной Европе кальцинированные (рентгенположительные) камни встречаются лишь у 1 больного из 10 пациентов с ЖКБ.

Подобные результаты получены также в государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова врачом Жориной О.М. Обобщение полученных данных позволило более четко отработать показания к проведению консервативной пероральной литолитической терапии (приложение 4). При этом количество больных с УЗИ-диагностируемой ЖКБ, например, способных с эффектом применять препараты желчных кислот сократилось почти в 5 раз от общего числа таких пациентов в г. Санкт-Петербурге (500 тысяч).

Наш совместный с центром МЧС опыт обследования населения Санкт-Петербурга свидетельствует о том, что многие его жители испытывают недостаток жизненно важных и необходимых макро- и микроэлементов: кальций, магний, кобальт, медь, селен, цинк. Одновременно определяют повышенные концентрации токсичных элементов: алюминия, стронция, серебра, кадмия, свинца.

Причины микроэлементозов (искаженной минералограммы человека) кроются в биогеохимических и экологических особенностях Северо-Запада России, вода и почва которого бедна биогенными и перегружена токсичными микроэлементами; в нарушении количественной и качественной адекватности питания; в широком распространении среди населения таких вредных привычек как табакокурение и злоупотребление алкоголем. Существенное значение имеют нарушения состояния кишечного микробиоценоза, проявляющиеся признаками дисбактериоза, дискинезией желчевыводящих путей, диспепсическими расстройствами.

Типичные жалобы при этом: утомляемость, судороги мышц, начальные стадии сахарного диабета, повышение уровня холестерина, выпадение волос, ослабление функций предстательной и поджелудочной желез, печени, признаки мочекаменной и желчнокаменной болезней.

В качестве примера эффективности корректирующих мероприятий по нормализации микроэлементного статуса организма можно привести опыт применения фитопрепарата Литолизин для профилактики и безоперационного лечения ЖКБ и ПКБ. Как мы отмечали выше, в патогенезе этих болезней не последнюю роль играют отклонения в минеральном обмене в организме человека. Этим, в определенной мере, можно объяснить эффективность применения данного фитопрепарата, содержащего широкий набор биоэлементов (таблица 8), которые, вследствие растительного происхождения, находятся в наиболее доступной форме.



**ВСЕРОССИЙСКИЙ ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ
И РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ МЧС России
КАБИНЕТ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ**

Россия, г.Санкт-Петербург, ул. Лебедева 4/2.
Телефон (812) 542-38-10.

ОТЧЕТ-СПРАВКА.

В период с 2004 по 2008 гг. спиральная компьютерная томография (СКТ) была проведена 542 пациентам с диагнозом ЖКБ (хронический калькулезный холецистит). Исследования проводились на мультислайсовом рентгеновском компьютерном томографе «Somatom Emotion Duo» фирмы «Siemens». Мужчин среди обследованных пациентов было 147 человек, а женщин 395 человек. Возраст пациентов варьировал от 23 до 84 лет. Rg-контрастные конкременты были выявлены у 417 человек (77%). У 289 пациентов визуализировались одиночные конкременты, а у 128 множественные. Конкременты имели различные размеры (от 0,4 см. до 3,8 см. в поперечнике). Денситометрические характеристики визуализируемых конкрементов в полости желчного пузыря распределялись в пределах от (+) 90 ед. Хаунсфилда до (+) 1200 ед. Хаунсфилда.

Зав. отделением РКТ ВЦЭРМ МЧС России



Федяев Е.Б.

3 июня 2008 года.

Таблица 8. Экспертное заключение по результатам химического анализа препарата «Литолизин» (таблетки)

Элементы	Единицы измерения	Результат
Литий	мкг/г	0,235
Бериллий	мкг/г	0,005
Бор	мкг/г	5,489
Алюминий	мкг/г	66,21
Ванадий	мкг/г	0,272
Хром	мкг/г	0,267
Железо	мкг/г	26,2
Марганец	мкг/г	7,12
Кобальт	мкг/г	0,128
Никель	мкг/г	0,592
Медь	мкг/г	3,095
Цинк	мкг/г	14,1
Мышьяк	мкг/г	0,075
Селен	мкг/г	0,125
Рубидий	мкг/г	1,341
Стронций	мкг/г	5,505
Серебро	мкг/г	0,003
Кадмий	мкг/г	0
Барий	мкг/г	2,59
Ртуть	мкг/г	0
Талий	мкг/г	0
Натрий	мкг/г	129
Магний	мкг/г	469,6
Фосфор	мкг/г	210,8
Калий	мкг/г	2389
Кальций	мкг/г	1423
Молибден	мкг/г	0,058
Йод	мкг/г	0
Цезий	мкг/г	0,007
Свинец	мкг/г	0

2.10. Заключение о научной разработке фитопрепарата «ЛИТОЛИЗИН»

За 15 лет с положительными результатами проведены десятки клинических испытаний фитопрепарата «ЛИТОЛИЗИН» (ФИТОСОРБ) преимущественно в городе Санкт-Петербурге под руководством профессоров, докторов мед. наук Андрея Юрьевича Барановского (МАПО), Вячеслава Юрьевича Голофеевского (Военно-Медицинская Академия), Валерия Григорьевича Радченко (СЗГМУ им. И.И. Мечникова).

Автором создан фитопрепарат — мировой рекордсмен возможностей растворения желчных камней по следующим показателям:

- по величине: до 51х38 мм;
- по локализации: шейка и перешеек желчного пузыря; желчные протоки;
- по полости желчного пузыря при 100% наполнении конкрементами;
- в стадии ЖКБ: 3 (хронический калькулезный холецистит);
- при плотности: до 700 ед. Хаунсфилда и более.

Написано более 40 научных работ, 5 монографий, проведены десятки докладов на конференциях, съездах и др. По-видимому, результаты клинических исследований подтверждают точку зрения некоторых авторов об аддитивной терапии — методу дотации промежуточных метаболитов, механизм которого позволяет объяснить многие загадки фитотерапии: высокий лечебный эффект, поливалентность действия, безвредность, возможность длительного применения (месяцы, годы) лекарственных средств из цельных растений

В одной таблетке по 0,65 г содержится 24 мг каждой отдельно взятой травы (тысячелистник — 14 мг, 3 травы — в виде экстрактов и в несколько большей дозе).

При официально разрешенной дозе фитопрепарата «Литолизин» Форте — 1 таблетка по 1,5 г. 3 раза в сутки (соответствует 7 таблеткам «ЛИТО-

ЛИЗИНА» по 0,65 г) человек за сутки будет употреблять в среднем 170 мг «официальной» не ядовитой и не сильнодействующей травы. Согласно фармакологическим справочникам максимальная абсолютно безвредная доза на сутки составляет 15 грамм. То есть, при рекомендованном применении «ЛИТОЛИЗИН» Форте» и «Литолизина» мы получаем гомеопатическую дозу применения! Вот почему сотни петербуржцев принимают Литолизин по 10–15 лет, доживая до 80–85 и даже более 90 лет. Фактически, Литолизин является катализатором и восстановителем многочисленных биохимических реакций, необходимых человеку в любом возрасте.

ООО Оптифарм - Санкт-Петербург
т. 8 800 350 78 17
<https://litolizin.ru>

3.1. Билиарно-кардиальный синдром — холециститное сердце

Еще С.П. Боткин считал, что поражение сердца при ЖКБ обусловлено рефлекторным влиянием со стороны желчных путей. Поэтому существуют другие названия синдрома: холецистокоронарный, холецистокардиальный, билиарная грудная жаба, желчно-пузырное сердце и др. Нарушения ЭКГ при воспалении желчного пузыря наблюдаются у 75 % больных, а в острых случаях — у 90–100 %.

Важно, что ИБС и ЖКБ имеют очень много общих факторов риска: избыточное потребление жирной и высококалорийной пищи, гиперхолестеринемия, малоподвижный образ жизни, ожирение и др. Все это ведет к сердечной недостаточности, обусловленной нарушением насосной функции одного или обоих желудочков сердца. Половина больных с СН (сердечной недостаточностью) имеют ИБС и почти у 20 % всех больных имеют место кардиомиопатии — поражение мышцы сердца при беременности, почечной недостаточности, сахарном диабете, тиреотоксикозе, простудных заболеваниях, алкогольном и профессиональных токсикозах.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) подразделяется на стадии (Россия) или функциональные классы (США):

Первая (1 — начальная, скрытая) — одышка и сердцебиение только при физической нагрузке и первый (1) — обычная физическая нагрузка не вызывает чрезмерного сердцебиения, одышки или приступа стенокардии.

Вторая (период А) — недостаточность «правого» или «левого» сердца. Явления застоя выражены слабо и чаще проявляются к концу дня (или после физического напряжения). Второй (2) — обычная физическая нагрузка вызывает чрезмерную усталость, одышку, сердцебиение или же приступ стенокардии.

При диагностике СН врачи выделяют признаки, каждый из которых достаточен для определения стадии (класса) ХСН (Воробьев А.И. и соавт., 1990):

Стадия 1:

жалобы при незначительных или более значительных нагрузках;

Стадия 2 А:

- а) жалобы при незначительных нагрузках;
- б) повторное появление отеков;
- в) повторное увеличение печени;
- г) приступы удушья;
- д) увеличение размеров сердца;
- е) мерцательная аритмия.

Почему же так подробно автор рассмотрел вопрос о сердечной (хронической) недостаточности? Да потому, что половина внезапных смертей происходит от нее!

Например, Алексей Черепанов 19 лет, хоккеист. Умер во время матча. Александр Белов 25 лет, баскетболист. Умер за 3 секунды до конца матча.

Отмечая положительные результаты лечения больных Литолизином, автор неоднократно указывал, что до 80 % больных находятся в старших возрастных группах и страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями! А статистика России как раз и свидетельствует, что половина умирающих ежегодно больных гибнет именно от сердечно-сосудистых болезней.

У каждого больного с ЖКБ после 40 лет (за исключением единичных случаев) нами регистрировались: увеличение печени (нижний край выступал из-под подреберья на 2–11 см, в среднем на 4,8 см по среднеключичной линии), расширение границ сердца влево на 1–1,5 см (редко — на 2–2,5 см), отеки (чаще небольшие) голеней и стоп. У некоторых больных находили пролапс митрального клапана или дополнительные хорды (малые сердечные аномалии). Приступы удушья и мерцательная аритмия регистрировались редко.

90 % наблюдаемых нами больных ликвидировали СН после 3–4 месяцев лечения, принимая Литолизин из расчета по 2 капсулы (0,2 + 0,2 г) или 1 таблетке (0,65 г) на 15–20 кг веса пациента 4–5 раз в сутки в конце

еды. Фактически 1–2 класс (1 и 2 А стадия) сердечной недостаточности являются преморбидными (предболезненными) состояниями здоровья (см. первые страницы). Для остальных больных (10 %) срок лечения был больше в 1,5 раза.

Для наших больных с ЖКБ СН являлась тормозом при растворении желчных камней — скорость растворения замедлялась как минимум в 1,5–2 раза. Чтобы стимулировать больных на выполнение назначений и лечение СН мы приводили и здесь повторяем следующий пример: Какое дно у речки или ручья на перекате при быстром течении? Каменистое или песчаное! А в старице или тихой заводи? Ил!

Так же и в организме человека: если «течение» (кровообращение) не будет быстрым (энергичным), неминуемо образуется «ил» (камни). Поскольку СН не может обеспечить достаточное кровообращение, это создает условия для образования конкрементов.

ООО Оптифарм - Санкт-Петербург
т. 8 800 350 78 17
<https://litolizin.su>

3.2. Фитотерапия сердечной недостаточности — средство созидания здоровья и активного долголетия

«Если бы молодость знала, если бы старость могла». Это выражение известно давно. Сейчас в России начали создаваться условия самореализации и молодых, и зрелых специалистов. По государственной программе создаются 25 млн. рабочих мест с интеллектуальным уклоном и достойной зарплатой и для начинающих, и для опытных специалистов старших возрастных групп. Претворяется в жизнь мечта современных ученых о донозологической (преморбидной, предболезненной) медицине.

Наши инновации в создании фитопрепарата могут помочь в решении не только медицинских, но и социальных задач, связанных с продлением жизни в состоянии здоровья: ведь пока еще половина «уходящего» на «тот свет» населения России страдает именно от заболеваний сердечно-сосудистой системы. Рано или поздно любое такое заболевание приводит к сердечной недостаточности. Больные плохо переносят физические нагрузки: при первой стадии — большие, при второй — повседневные.

Эти стадии СН можно компенсировать с помощью лекарственных растений, обладающих кардиотоническим (календула) или антигипоксическим действием (крапива), мочегонным эффектом (горец птичий), седативными (успокаивающими) свойствами (шишки хмеля, душица). Такие травы присутствуют в рецептуре фитопрепарата Литолизин (Пастушенков Л.В., Лесиовская Е.Е., 1994).

Фитотерапия требует выяснения причин СН, уменьшения нагрузки (полноценный отдых, борьба с избыточной массой тела), ограничение соли и жидкости, улучшения энергетического обмена в мышце сердца.

3.3. Технология фитотерапии СН ЛИТОЛИЗИНОМ

Доклинические (преморбидные, донозологические) формы СН начинают лечить по 1 капсуле (0,2 г) в конце обеда и ужина. Далее добавляют через 2 дня по 1 капсуле в конце завтрака. Следующая добавка 1 капсулы — в конце вечернего чая (кефира, йогурта и т.п.) с сухариком или кусочком хлеба. Для достижения необходимой дозы из расчета 2 капсулы на 15–20 кг веса тела продолжают их прием с увеличением на 1 капсулу через каждые 2 дня (но больше 8 капсул в сутки не принимать).

Далее по графику и субъективным ощущениям вместо капсул применяют таблетки. Дозу не увеличивают даже при большом весе (100 кг и более). Сразу вопрос читателя: Почему применяется такая сложная схема? Отвечаю:

1. Фитотерапевты почти всегда отмечают, что в первые 2–3 недели приема фитотерапевтических средств происходит в той или иной степени обострение заболеваний. Можно ли этого избежать? Можно! Начинайте с маленьких доз и не увеличивайте ее, если чувствуете дискомфорт!
2. Некоторые авторы сообщают, что после 60 лет каждый второй россиянин имеет камни. Мелкие камни в почках (микролиты) требуют особого врачебного внимания. В шутку приведу притчу врача, дежурящего по больнице: «Если ты видишь больного, забравшегося от боли на шкаф, — значит, это почечная колика!». От большой дозы Литолизина камни могут «побежать» и вызвать действительное обострение.
3. Самые «строгие» заболевания по отношению к дозировке и лекарственной форме (капсулы или таблетки): эрозивный гастрит, язвенная болезнь с язвенным дефектом, хронический колит и др. Следует учитывать раздражающее действие чая из таблеток на язвенные дефекты в желудке и то, что именно капсулы преодолевают желудочный барьер и растворяются в тонком кишечнике. Поэтому при дискомфортных ощущениях от приема чая из таблеток дозу не увеличивать, пока эти ощущения не пройдут. Особо чувствительным лицам можно вместо 1 таблетки применять 1 капсулу + 0,5 таблетки и далее уже целую таблетку (кстати ее заваривают крутым кипятком!).

Таблица 9. Прием Литолизина при сердечной недостаточности:

завтрак	обед	ужин	вечерний чай
—	1 к	1 к	—
1к	1 к	1 к	—
1 к	1 к	1 к	1 к
1 к	2 к	1 к	1 к
1 к	2 к	2 к	1 к
2 к	2 к	2 к	1 к
2 к	2 к	2 к	2 к
2 к	1 т	2 к	2 к
2 к	1 т	1 т	2 к
2 к	1,5 т	1 т	2 к
2 к	1,5 т	1,5 т	2 к

ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА В МЫШЦЕ СЕРДЦА автор добавлял в течение 3–4 месяцев РИБОКСИН по 1 табл. 3 раза в день также в конце еды (зарегистрировано положительное влияние на энергетику печени). При этом рекомендуется проверить содержание мочевой кислоты в крови, — если выше нормы, то курс препарата РИБОКСИН следует ограничить на 1–2 мес. и заменить препаратом ДИБИКОР в той же дозировке.

Наконец, если эффективность терапии замедлена, а у пациента при проведении эхокардиографии обнаружены малые сердечные аномалии или тоногенная дилатация (расширение границ сердца от потери тонуса мышцы) с регургитацией в клапанном аппарате (обратном токе крови 1–2 ст.), срок терапии увеличивают в 1,5–2 раза. Также в конце обеда 1 раз в сутки 6 дней в неделю рекомендуется принимать 5 капель спиртовой настойки травы ГОРИЦВЕТ ВЕСЕННИЙ. Продается в аптеках: 22 г мелко нарезанной травы заливают 200 г 70–96% спирта, настаивают в темной мелкой посуде 2–3 недели, затем хранят в холодильнике без процеживания.

3.4. Инновационная фитотерапия печени

Врачи древнего Вавилона считали печень центральным органом человека. В 21 веке печень вновь приобретает почти «вавилонское» значение. Действительно, в индустриально развитых странах болезни печени переместились на 4-е место среди причин смерти. У россиян же заболевания печени и желчных путей составляют 40 % от всех болезней органов пищеварения. Причины известны: нарушения экологии, высокая степень урбанизации и гиподинамии, химизация сельскохозяйственного и промышленного производства, широкое внедрение лекарств синтетического происхождения, неправильное и некачественное питание и др.

Особо следует сказать об алкогольном поражении печени. Официально алкоголиков в России 2 млн., но неофициально — в несколько раз больше. В своем ежегодном послании депутатам Государственной Думы президент В.В. ПУТИН сообщил, что в России наибольшая смертность наблюдается среди мужчин зрелого возраста.

Нас удивило следующее «отношение» Литолизина к приему алкоголя. Будучи в отпуске на Волге наш больной передал препарат двум своим знакомым. После 2 месяцев приема травяного чая один из них вообще перестал алкоголь употреблять (не хочется!), а второй — в несколько раз уменьшил дозу (не вкусно!).

В дальнейшем автор выяснил, что Литолизин после злоупотребления алкоголем значительно облегчает и даже ликвидирует «похмельный» синдром (1–2 таблетки растворить в 50 мл кипятка, добавить столько же холодной воды и выпить по необходимости).

Литолизин повышает антиоксидентные способности печени. Прием 1–2 таблеток за полчаса до торжеств с употреблением алкоголя в 1,5–2 раза снижает степень опьянения (при одинаковых дозах). Пациенту Г.Н.К. 55 лет стоматолог проводил новокаиновую блокаду — пришлось вводить большую дозу новокаина для достижения необходимого эффекта. Больного даже спросили, не злоупотребляет ли он алкоголем? Следовательно, нужно учитывать такое свойство Литолизина при необходимости применять анестезию.

Кстати, злоупотребление алкоголем приводит к своеобразной эйфо-

рической манере поведения, одутловатости лица, некоторой выпученности глаз с инъекцией сосудов склер, гинекомастии (увеличении груди, как у женщин), ладонной эритеме («печеночные ладони» — красные ладони), телеангиоэктазиям (скоплениям расширенных красноватых сосудов на коже лица, шеи, груди) и т.п.

В целом, клинические данные свидетельствуют о положительном влиянии Литолизина (Фитосорба) на состояние печени таких лиц: нормализация печеночных ферментов и уровня холестерина в крови, уменьшение размеров увеличенной печени и др. Независимо от причин поражения печени, лечебно-профилактический эффект Литолизина (Фитосорба) возможен при отказе от алкоголя, соблюдении диетических рекомендаций и здоровом образе жизни.

Пример. Больной С.В.П., 47 лет. Диагноз: цирроз печени. Портальная гипертензия. Состояние после кровотечения из расширенных вен пищевода. Хронический панкреатит. Анемия средней тяжести.

Осмотр 01.03.96 г.: печень выстоит из-под подреберья на 7–8 см по средне-ключичной линии (подтверждено на УЗИ). Проведены 3 месячных курса терапии чаем Фитосорб плюс.

Осмотр 12.05.96 г.: анемии нет, стал бодрее, печень выстоит из-под подреберья на 3 см.

В дальнейшем лечился чаем Фитосорб плюс нерегулярно. В 1997 г. — проведена хирургическая операция; в 1997–98 г.г. чувствовал себя удовлетворительно, почти не лечился.

Главный специалист-гепатолог С-Петербурга профессор В.Г. Радченко в соавторстве с врачом Л.В. Турьевой так описал механизмы детоксикации. Содержащиеся в травах флаволигнаны, в т. ч. силибин, дегидросилибин, изосилибин, силимарин, дегидросилимарин, силихристин, тасифолин стабилизируют лизосомальные и клеточные мембраны, предотвращая выход из клеток ферментов. Ингибируют процессы перекисного окисления липидов. Благодаря антиоксидантному действию тормозят проникновение в клетки печени различных токсинов (в т. ч. хлорированных углеводородов, альфа-аманитина бледной поганки, нитрозоаминов).

Силибин, силимарин и их производные стимулируют специфическую РНК-полимеразу А, в результате этого активизируется синтез белков и фосфолипидов в клетках печени, ускоряются процессы регенерации и детоксикации, происходит нормализация белково-синтетической функции печени.

ВЫВОДЫ:

- 1 «ЛИТОЛИЗИН» — гепатопротектор растительного происхождения;
- 2 фитопрепарат — альтернативное средство для коррекции липидного спектра у больных с заболеваниями печени и метаболическим синдромом (с соблюдением диеты);
- 3 «ЛИТОЛИЗИН» можно использовать при наличии противопоказаний для стандартной терапии:
 - а) минимальное или полное отсутствие побочных эффектов;
 - б) широкий спектр действия;
 - в) экономичность.

3.5. Инновационная фитотерапия ЖКБ

Очень высока планка инновационной фитотерапии ЖКБ — **МИРОВАЯ!**

Но вот внедрение в жизнь россиян оставляет желать лучшего: очень мало врачей пока еще хорошо знают и проводили на практике растворение желчных камней фитопрепаратом Литолизин.

Автор «живую» на фотографиях камней из желчного пузыря, подвергавшихся воздействию Литолизина, покажет, как они выглядят и насколько индивидуален этот процесс.

Камень №1 из желчного пузыря больной З.Н.К., 44 года, (стр. 59)

Диаметр камня №1 — 12 мм как при УЗИ-исследовании, так и во время компьютерной томографии (обызвествление по периферии плотностью 514 ед. по шкале Хаунсфилда). УЗИ-контроль через полгода терапии Литолизином не показал очевидного положительного эффекта, и больная решила оперироваться. Операция прошла хорошо. Мы видим, что внешне камень № 1 как будто не изменился, но на поверхности есть большие и маленькие «выщербливания», достигающие или не достигающие более мягкой (менее 70 ед. плотности по Хаунсфилду) центральной части камня. Это следы «растворяющей» работы Литолизина, и в данном случае требовалась значительно большее время для растворения и выведения камня.

Камень №2 больной А.В.Г., 76 лет, (стр. 59)

Камень № 2 рентгенотрицательный. Его как будто сверлили большим сверлом: за 1,5 года терапии Литолизином диаметр с 35 мм уменьшился на 16 мм (до 19 мм).

Камень №3 больной С.Т.Ю., 55 лет, (стр. 59)

Камень № 3 размерами 20 x 40мм, рентгеноположительный, имеет «щербинку» более 1 см². Но какой толстый слой извести на поверхности!

Больной Н.А.С., 48 лет.

УЗИ 12.12.2011 г.: Камни множественные 10–14 мм в диаметре. Желчный пузырь 89 x 39 мм, стенки уплотнены, неравномерны до 4 мм.

Заключение: ЖКБ. ХКХ. Стеатогепатоз. Липоматоз поджелудочной

железы.

УЗИ 25.12.2012 г.: Стенки желчного пузыря утолщены равномерно до 4,2 мм. Конкременты множественные 4–5 мм в осадке; единичный 20 мм. Холедох 5 мм. В положении стоя конкременты «плавающие».

Заключение: ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит.

Больная С. (см. рис. 5-8, стр. 60)

Камень 15 мм в диаметре (на УЗИ), а в нем ядро диаметром 7 мм и плотностью 732 ед. Хаунсфилда. 7 месяцев она принимала Литолизин в таблетках по 0,65 г. до 6–7 в сутки. Результат: ядро камня «разбухло» до 11 мм и стало плотностью 438 ед. Хаунсфилда, а сам камень на УЗИ увеличился до 22 мм в диаметре.

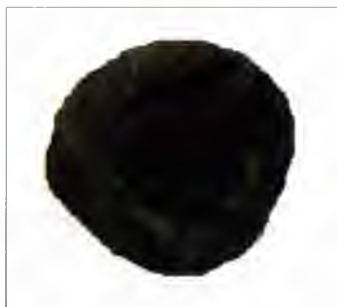
Как видите, растворение идет неравномерно и неодинаково: одни камни рассыпаются на мелкие части, единственный — разбухает до 2 см в диаметре.

Вот еще несколько фактов растворения конкрементов там, где их никогда не обнаруживали, потому что не считали возможным:

- у больного в г. Москва растворен камень в околоушной железе (ООО «Флайтекс»);
- у больной С. 58 лет в г. С.-Петербург растворились камни в кистах щитовидной железы, а еще через 2 года и сами кисты. Это обнаружилось в процессе растворения крупных камней в желчном пузыре — они уменьшились в объеме в 2 раза, в размерах — в 1,5);

Вместе с тем, наиболее «зловредные» мелкие камни — это часто встречающиеся камни от 2,5–3 мм до 4–6 мм. Они могут выйти в холедох (общий желчный проток) диаметром 3–6 мм и застрять на выходе в 12-типерстную кишку. Они выходят через Фатеров сосок и сфинктер Одди, которые имеют размер 3–4 мм, но при воспалительных процессах в них могут сужаться до 2,5 мм. Именно поэтому нужен индивидуальный подход в дозировке и наблюдение за пациентом.

Наконец, «изобретение» больной М.Н.В. 68 лет. Она работала водителем трамвая (5 дней в неделю с 11–12 до 21–22 часов) и по условиям работы не могла нормально обедать и ужинать (питалась бутербродами). Выполняя инструкцию, принимала только капсулы Литолизина 2 x 4–5 раз



Камень №1 из желчного пузыря больной З.Н.К.44 г



Камень №2 больной А.В.Г. 76 лет



Камень №3 больной С.Т.Ю. 55 лет
(проекция 1)

Камень №3 больной С.Т.Ю. 55 лет
(проекция 2)

ООО Оптифарм - Санкт-Петербург
т. 8 800 350 78 17
<https://litolizin.ru>



Рисунок 5. Данные КТ желчного пузыря пациентки С. (до лечения: рентгеноконтрастный конкремент в полости желчного пузыря диаметром +7 мм плотностью 732 HU)



Рисунок 6. Данные УЗИ той же пациентки С. до лечения: (камень в желчном пузыре диаметром 15 мм)



Рисунок 7. Данные КТ желчного пузыря пациентки С. после 7 мес. лечения: Рентгеноконтрастный конкремент в полости желчного пузыря диаметром +11 мм плотностью 438 HU)



Рисунок 8. Данные УЗИ той же пациентки С. после 7 мес. лечения: (камень в желчном пузыре диаметром 22 мм)

в сутки. Итог следующий.

ДО ЛЕЧЕНИЯ (заключение УЗИ 04.08.2012 г.): Гепатомегалия. Жировой гепатоз печени. Липоматоз поджелудочной железы. ЖКБ. ХКХ. Деформация желчного пузыря. В полости 3 конкремента: диаметром 1,5; 1,3 и 1,0 см. Хронический пиелонефрит, микролиты, кисты синусов обеих почек.

ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ 7,5 мес. (заключение УЗИ 14.05. 2013 г.): ЖКБ. Камень желчного пузыря 8 мм, подвижный. Диффузное уплотнение поджелудочной железы. Кисты синусов обеих почек.

ООО Оптифарм - Санкт-Петербург
т. 8 800 350 78 17
<https://litolizin.su>

3.6. Первичная профилактика ЖКБ

Общепринято, в зависимости от целевых задач, различать первичную и вторичную профилактику. Контингентом для первичной профилактики являются здоровые люди (не имеющие ЖКБ), а для вторичной — больные с ЖКБ.

Первичная профилактика должна включать комплекс мероприятий, с целью искоренения условий, способствующих возникновению болезней (ЖКБ). Давно известно, что легче предупредить болезнь, чем ее лечить. Профилактическое направление было всегда свойственно именно российской медицине. Великий русский хирург Н. И. Пирогов считал, что «будущее принадлежит медицине предохранительной. Эта наука, идя рука об руку с государственностью, принесет несомненную пользу человечеству».

Мероприятия первичной профилактики должны носить как общеоздоровительный характер, содействуя улучшению условий жизни, укреплению здоровья населения в целом, так и строго целевое назначение по предотвращению ЖКБ, в частности устранению факторов риска. Меры первичной профилактики являются обязательным компонентом лечебных и реабилитационных мероприятий вторичной профилактики.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ — основной метод проведения профилактических и лечебных мероприятий, направленных на сохранение, восстановление и укрепление здоровья населения. Ее задачи:

- массовое регулярное углубленное медицинское обследование населения для выявления лиц, подлежащих динамическому наблюдению;
- динамический учет результатов медицинского обследования для определения объема лечебно-профилактических мероприятий; -
- раннее выявление лиц с предболезненными (преморбидными) состояниями и факторами риска.

Концепция о **ФАКТОРАХ РИСКА** — один из важнейших принципов, лежащих в основе современных представлений о профилактической медицине. Они ассоциируются с большей частотой тех или иных заболеваний. Факторов риска довольно много и они взаимосвязаны, а некоторые из них специфичны для развития определенных заболеваний. Комбинированное воздействие увеличивает вероятность развития болезни.

Многие факторы риска начинают влиять уже в детском возрасте, поэтому противодействие им нужно начинать как можно раньше. Обычно у одного и того же человека имеется не один, а несколько факторов риска. Поэтому часто речь идет о многофакторной профилактике. Очень важна оценка комбинированного воздействия факторов риска.

Например. Курение повышает вероятность развития онкологических заболеваний в 1,5 раза, а злоупотребление алкоголем — в 1,2 раза. Комбинированное (объединенное) действие значительно сильнее — в 5,7 раза.

Какие СПЕЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ЖКБ нужно учитывать?

1. Женский пол (до 60 лет — камни в 2 раза чаще).
2. Возраст (увеличивается литогенность желчи в пожилом и старческом возрасте).
3. Заболевания желчевыводящей системы (аномалии развития, дискинезии, хронический холецистит, холестероз желчного пузыря).
4. Перенесенный острый вирусный гепатит, хронический гепатит, цирроз печени (возрастает литогенность желчи).
5. Сахарный диабет (ожирение, снижение сократительной способности желчного пузыря).
6. Ожирение (пресыщение желчи холестерином).
7. Снижение массы тела (у каждого 4-го больного с ожирением при назначении строгой диеты образуются камни в желчном пузыре).
8. Язвенная болезнь 12-типерстной кишки и мочекаменная болезнь часто сочетаются с ЖКБ.
9. Беременность (усиливается секреция холестерина в желчь).
10. Прием некоторых лекарств: сандостатин — изменяет обмен холестерина и желчных кислот; у женщин — эстрогены и оральные контрацептивы.
11. Отягощенная наследственность (ЖКБ у родителей и близких родственников).
12. Заболевания подвздошной кишки (повышение литогенности желчи вследствие увеличенного выведения желчных кислот).

Для профилактики ЖКБ рекомендуется Литолизин, который использовался последние 15 лет в г. Санкт-Петербург у более чем 2000 больных (1200 больных были с ЖКБ), а также у нескольких тысяч больных из различных регионов России.

Литолизин может ПОЛНОСТЬЮ УСТРАНИТЬ ИЛИ ЗНАЧИТЕЛЬНО ОСЛАБИТЬ ДЕЙСТВИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ЖКБ (1–8, 10–11).

Борьбу с факторами риска ЖКБ нужно начинать как можно раньше и наиболее активно в осенне-зимний (из-за увеличения в суточном рационе жирной, острой, консервированной пищи) и в весенние периоды (из-за недостатка свежих овощей и витаминов). При воспалительных процессах — в любое время года.

Начинать нужно с приема фитопрепарата в капсулах по более «мягкой» схеме. Вполне достаточно ежеквартально 1–2-х – месячного курса. В отдельных случаях курсы продлевают или переходят на Литолизин в таблетках. При необходимости консультируются у врача. Дозировка: 2 капсулы (1 таблетка) в конце еды 3–4 раза в день 6 дней в неделю курсами по 1 месяцу с перерывами 2–5 дней до получения стойкой ремиссии.

Лицам с повышенной чувствительностью при одинаковой суточной дозе фитопрепарата увеличивают число приемов до 5 раз в сутки по схеме:

1-й и 2-й завтрак: 1–2 капсулы ($\frac{1}{2}$ –1 табл.);

обед, ужин: 1–1,5 таблетки;

вечерний чай: 2 капсулы.

Прием капсул, особенно на ночь, позволяет сохранить действие Литолизина на период ночного сна (камни растут в наибольшей степени с 1 до 3 часов ночи). Время действия капсул 8–12 часов, таблеток 4–6 часов. Прием капсул в 1-й или 2-й завтрак позволяет ограничить объем принимаемой пищи (полстакана густого сока, яблоко, банан, ягоды или сухофрукты) и жидкости (запивать капсулы несколькими глотками простой воды).

Для обеспечения эффекта при применении Литолизина необходимы:

1. Здоровый образ жизни, диетотерапия, лечебная физкультура.
2. Систематический врачебный контроль для корректировки терапии и клинических исследований (анализы крови, УЗИ и др.).

3.7. Вторичная профилактика и превентивная (противорецидивная) терапия ЖКБ

Вторичная профилактика направлена на предупреждение развития обострений и осложнений уже диагностируемой ЖКБ. Она увеличивает продолжительность жизни человека, тормозит прогрессирование болезни и развитие инвалидности.

Литолизин представляет возможность надежной и безопасной профилактики рецидивов ЖКБ, в том числе как средство предупреждения повторного камнеобразования. Так, в группе больных ЖКБ, получавших Литолизин в течение 3 лет, случаев повторного камнеобразования не было. В то же время в контрольной группе лиц с ЖКБ (не получавших Литолизин) образование или рецидивы камней в желчных путях наблюдалось в 22,3 % случаев.

При определении оптимального периода для проведения противорецидивного лечения следует руководствоваться данными наблюдения над больными в предшествующие годы. Если есть сезонность обострения болезни, то желательно начать превентивную терапию примерно за месяц до возможного рецидива, при отсутствии «сезонности» — в любое время года.

Наряду с фитотерапией в состав противорецидивной терапии входят: диетическое лечение, лечебная физкультура, психотерапевтическое воздействие, мероприятия здорового образа жизни; при необходимости — лекарственное лечение и физиотерапевтические процедуры. Все мероприятия превентивного лечения должны проводиться под контролем врача, который определяет объем и содержание лечения, начало и продолжительность его проведения.

Перед подведением итогов по инновационной фитотерапии хочу привести небольшое сравнение по некоторым данным американской печати о перспективных изобретениях и изготовлении новых лекарств. Оказывается, чтобы создать новое лекарство, требуется 10 лет только научной работы и затраты более миллиарда долларов.

3.8. Итоги инновационной фитотерапии

По научной значимости новая технология терапии ЖКБ с помощью фитопрепарата Литолизин самая передовая.

Но социальная значимость значительно выше в следующих областях:

1. Литолизин из-за уникальности своего состава может в короткие сроки лечить сердечную недостаточность относительно переносимости физически нагрузок (1–2 класс — США; 1 и 2А фазы недостаточности кровообращения — Россия), то есть доклинические (предболезненные) состояния. Такая терапия вернет миллионы россиян из состояния «тело больное, но не до предела» в состояние «тело, легко воспринимающее здоровье» (см. Введение, Авиценна о градациях здоровья). Тем самым возвращается здоровье — гарантия активного долголетия.
2. «ЛИТОЛИЗИН» признан учеными гепатопротектором (защитником печени) с минимальными побочными эффектами и даже с полным отсутствием таковых. Может применяться для коррекции липидного спектра (нормализации обмена холестерина) как альтернативное средство стандартной терапии у больных с заболеваниями печени и метаболическим синдромом.

Следует помнить, что еще в Древней Греции связывали характер человека с преобладанием в организме различных субстанций: сангвис — кровь (сангвиник), флегма — слизь (флегматик), холе — желчь (холерик), меланхоле — черная желчь (меланхолик). Чем меньше будет заболеваний печени у россиян, тем лучше будет настроение всего населения, меньше агрессии, лучше отношения в семье и на работе.

3. Результаты клинических испытаний свидетельствуют, что «ЛИТОЛИЗИН» может полностью устранить или значительно ослабить действие почти 80 % факторов риска ЖКБ.

Литолизин может использоваться также в комплексной терапии отдельных заболеваний, являющихся факторами риска ЖКБ: почечнокаменная болезнь, язвенная болезнь 12-типерстной кишки, сахарный диабет легкой степени и др.

Существует более 700 центров здоровья в различных городах России, врачи которых могут успешно использовать фитопрепарат уже сегодня в борьбе с факторами риска ЖКБ, а фирмы «ФАРМАКОР» и «ФАРМПРОДУКТ» готовы выпускать миллионы упаковок «ЛИТОЛИЗИНА».

«Фунт профилактики стоит пуда лечения» — говорили земские врачи еще в XIX в.

4. ЖКБ может коварно, часто даже без видимых причин, обостриться — хорошо еще, если обострение проявится в виде желчной колики и ее удастся купировать! Поэтому растворение желчных камней — это напряженный, часто многолетний труд врача и пациента. Этот процесс индивидуализируется в зависимости от наличия у больных осложнений, сочетанных и сопутствующих заболеваний, стадии ЖКБ, локализации, величины, плотности и количества камней. Фитотерапия может проходить в домашних условиях.

Она требует большой выдержки и терпения. Запрещена тяжелая физическая работа с напряжением брюшного пресса (подъем тяжестей и др.) и наклоном туловища вперед (мытьё полов, стирка, работа на даче и т.п.), прыжки, избыточная нагрузка на правую половину плечевого пояса и др.

Противопоказано применение Литолизина при индивидуальной непереносимости, беременности, кормлении ребенка грудью.

Сам процесс растворения сопровождается изменениями камней в различной последовательности: набухание–размягчение–раздробление–растворение (см. инновацию о ЖКБ). В виде муки и мелкого порошка частицы камней безболезненно выходят через желчные пути в 12-типерстную кишку. Но очень рискованно популярными способами бесконтрольно «изгонять» камни из желчного пузыря («чистки» с растительным маслом, «тюбажи», желчегонные и т.п.) — выходное отверстие (фатеров сосок) может быть сужено фиброзом, отеком, воспалением и даже спазмом. В этом случае срочное хирургическое вмешательство неминуемо.

По снимкам УЗИ можно регистрировать не только прямые показатели растворения (см. инновации ЖКБ — уменьшение размеров, изъеденность тела камня), но и косвенные признаки:

1. Узурация (изъеденность краев камня).
2. Уменьшение плотности или появление неравномерности акустической тени.
3. Уменьшение ширины акустической тени (камень с тенью по форме напоминает гриб с ножкой);
4. Даже увеличение камня в размерах может считаться фазой растворения (набуханием), особенно, если в процессе лечения камень из неподвижного или малоподвижного становится подвижным или плавающим.

Конечно, компьютерная томография — более точный метод определения величины и плотности камней. Но это дорогой метод для диспансеризации населения.

ООО Оптифарм - Санкт-Петербург
т. 8 800 350 78 17
<https://litolizin.su>

4. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение было бы логично выделить основные преимущества фитопрепарата «ЛИТОЛИЗИН» в профилактике и лечении таких прогрессирующих сейчас заболеваний как ЖКБ (желчнокаменная болезнь), ПКБ (почечнокаменная болезнь) и СН (сердечная недостаточность).

1. «Литолизин» — это высокотехнологичный инновационный продукт, имеющий патент и десятки клинических испытаний в течение 15-ти лет в ведущих клиниках и медицинских академиях Санкт-Петербурга.
2. «Литолизин» вошел в медицинскую практику и широко освещен в научных трудах специалистов медицины: статьях, монографиях, докладах на медицинских конференциях и съездах.
3. «Литолизин» изобретен как средство профилактики и безоперационного лечения (растворения и выведения камней) при ЖКБ и ПКБ. «Литолизин» признан гепатопротектором (защитником печени) с минимальными побочными эффектами и даже с полным отсутствием таковых. Может применяться для коррекции липидного спектра (нормализации обмена холестерина) как альтернативное средство стандартной терапии у больных с заболеваниями печени и метаболическим синдромом.
4. «Литолизин» — 100 % натуральный препарат из трав, созданный по инновационной рецептуре, в которой отсутствуют ядовитые и сильнодействующие растения. Поэтому он может применяться длительное время, необходимое для растворения и выведения камней.
5. «Литолизин» — абсолютный мировой рекордсмен возможностей растворения желчных камней по следующим показателям: по величине — до 51 x 38 мм; по локализации: шейка и перешеек желчного пузыря, желчные протоки, полость желчного пузыря при 100 % наполнении конкрементами; в стадии ЖКБ — 3 (хронический калькулезный холецистит); при плотности — до 700 ед. Хаунсфилда и более.

6. «Литолизин» оказывает сложное системное воздействие на организм человека, восстанавливая функции самых «ответственных» органов: печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, кишечник, почки, сердце.
7. «Литолизин» успешно корректирует предболезненные изменения в общем (в том числе, холестериновом и минеральном) обмене веществ в организме человека, поскольку содержит до 30 наименований биоэлементов растительного происхождения в наиболее доступной форме.
8. «Литолизин» в комплексном врачебном подходе успешно справляется с поражением сердца при ЖКБ: холециститным сердцем, кардиомиопатией и преморбидной (донозологической) сердечной недостаточностью (СН).
9. «Литолизин» обладает таким составом и свойствами, которые позволяют **ОДНОВРЕМЕННО** лечить ЖКБ, ПКБ и СН (1 и 2 класс — США, 1 и 2А степень — Россия)
10. «Литолизин» является катализатором и восстановителем многочисленных биохимических реакций, необходимых человеку в любом возрасте.
11. «Литолизин» может использоваться также в комплексной терапии отдельных заболеваний, являющихся факторами риска ЖКБ: почечнокаменной болезни, язвенной болезни 12-типерстной кишки, сахарном диабете легкой степени, а также при почечной недостаточности, хроническом панкреатите, сахарном диабете, простудных заболеваниях, алкогольном и профессиональных токсикозах.
12. В процессе профилактического и лечебного контроля при применении фитопрепарата «Литолизин» используются компьютерная томография, рентгеноскопия, УЗИ и авторский метод диагностирования «Скользкая перкуторная пальпация печени».

Дорогой читатель, если вдуматься, то нетрудно прийти к выводу, что самый большой капитал для человека — это его здоровье. Здоровье — основа оптимизма, благополучия, успеха, активной жизни в любом возрасте. «Литолизин» создан для поддержания здоровья.

Автор книги хотел бы надеяться на то, что читатель внимательно отнесется к тем преимуществам и возможностям, которые открываются для каждого человека в предупреждении многих болезней и избавлении от них.

ХОЧЕШЬ БЫТЬ ЗДОРОВЫМ — БУДЬ ИМ!

ДЕЛОВЫЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ АВТОРА

1. Организовать частно-государственное партнерство для внедрения инновационной фитотерапии с целью созидания здоровья и активного долголетия у населения России.
2. Создать в г.Санкт-Петербург научно-клинический медицинский центр для инноваций и обучения врачей под руководством главного гастроэнтеролога Евгения Ивановича Ткаченко. Разрешить медицинский туризм в этот центр больным с ЖКБ из Западной Европы.

**Оптовые продажи, обучение врачей,
консультации автора-разработчика фитопрепарата**

ООО "Фитосорб", г. Санкт-Петербург.

**Тел.: +7 921–636–91–30
с 10⁰⁰ до 20⁰⁰.**

6-й Славяно-Балтийский научный форум**224 БАД «Литолизин» в терапии желчнокаменной болезни с локализацией камней в желчных протоках**

Короваев В.М.

Центр безоперационного растворения желчных и мочевых камней. Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: оценить возможности использования БАД «Литолизин» в комплексной терапии больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) и с локализацией камней в желчных протоках.

Материал и методы. Наблюдали 17 женщин (средний возраст $55 \pm 0,25$ года). У 6 из них при УЗИ камни обнаружены в пузырном протоке, а у 11 – в холедохе. 4 пациентки, по данным анамнеза, перенесли холецистэктомию по поводу ЖКБ. Контроль составили 14 женщин с ЖКБ, перенесших холецистэктомию, но без рецидива камнеобразования. На фоне общей терапии применяли БАД «Литолизин» по оригинальной методике с ежемесячным УЗИ-контролем.

Результаты. При наличии камней размером до 5 мм полное растворение отмечено в среднем через $4,8 \pm 0,4$ месяца, а при размерах до 10 мм – $9,6 \pm 0,3$ месяца. Следует отметить, что у 3 женщин уже спустя 6 недель камни не обнаружены. Интересно то, что фактор холецистэктомии был связан с замедлением скорости растворения почти в 2 раза. В целом у 14 больных (82,4%) в конечном итоге зарегистрировано полное растворение камней, а в 2 случаях – частичное; у одной пациентки размеры камней не изменились, несмотря на трехлетний прием препарата.

Заключение. БАД «Литолизин» может быть использована в комплексной литолитической терапии желчных камней с локализацией в желчных протоках, а также для вторичной профилактики камнеобразования у больных с ЖКБ после перенесенной холецистэктомии.

**ЛИТОЛИЗИН — ФИТОПРЕПАРАТ ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО, В ТОМ
ЧИСЛЕ СИНХРОННОГО, ЛИТОЛИЗА КОНКРЕМЕНТОВ В ЖЕЛЧНОМ
ПУЗЫРЕ И ПОЧКАХ.**

**Ткаченко Е. И., Голофеевский В.Ю., Скворцова Т.Э., Петросян К.К.,
Короваев В.М.**

*ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная медицинская академия
им. И.И. Мечникова» Росздрава, Санкт-Петербург*

*ГОУ ВПО «Военно-Медицинская академия им. С.М. Кирова»,
Санкт-Петербург*

*Ереванский государственный медицинский университет, Ереван
Центр безоперационного лечения ЖКБ, Санкт-Петербург*

Желчнокаменная и почечнокаменная болезни (ЖКБ и ПКБ) широко распространены среди населения, являются источником высоких показателей инвалидизации и смертности и часто сочетаются у одного больного. Однако «золотым стандартом» лечения ЖКБ по-прежнему остается холецистэктомия.

Цель исследования: разработка новых технологий литолиза при ЖКБ и ПКБ — важная социальная задача.

Материал и методы. В течение 15 лет в различных медицинских учреждениях Санкт-Петербурга более 1400 пациентов в возрасте 16–84 года (2/3 старше 50 лет; 80% — женщины) с УЗИ-диагностируемыми ЖКБ (1210 больных) и ПКБ (195) курсами по 1–3 месяца принимали фитопрепарат литолизин (патент РФ №2097054 от 02.12.1994). Длительность приема в индивидуальной дозировке — от 4–6 месяцев до 10 лет. Критерием эффективности служили клиничко-лабораторные и биохимические исследования, динамика УЗИ и результаты спиральной компьютерной томографии (СКТ) у 767 пациентов. Вычислялся коэффициент эффективности растворения (КЭР) — величина уменьшения диаметра камня (камней в среднем) в мм за 1 месяц (мм/мес). Литолизин успешно апробирован в клиниках академий Санкт-Петербурга, а его применение у больных с ЖКБ утверждено Комитетом по здравоохранению правительства Санкт-

Петербурга в 2006 г. как новая медицинская технология. Также успешно проходит апробация литолизина в Армении с 2006 г. у 150 больных с ЖКБ и ПКБ на базе третьей городской больницы и на кафедре Ереванского медицинского университета.

Результаты. У больных с ЖКБ частичное или полное растворение конкрементов было зарегистрировано более чем у 50 % пациентов: при небольших единичных камнях КЭР мог достигать 1,5–1,8 мм/мес. уменьшаться в 2 раза — при множественных и составлять всего 0,1–0,3 мм/мес при крупных и плотных (до +200 – +300 ед. Хаунсфилда). У больных с ПКБ литолиз был зарегистрирован в 65 % случаев: при уратных единичных камнях КЭР мог достигать 1,5–2,5 мм/мес., фосфатных — около 1 и оксалатных — 0,1–0,3 мм/мес. Полученные данные превосходят результаты всех других методов консервативного литолиза. Сочетание у одного больного ЖКБ с ПКБ тормозило в целом растворение камней на 30–40 %, но не мешало их синхронному растворению. При разнокалиберных камнях наибольшее внимание уделялось заболеванию с микролитами (чаще это была ПКБ).

Выводы. Фитопрепарат Литолизин можно рассматривать в качестве стандарта для синхронного литолиза конкрементов в желчном пузыре и почках и предупреждения повторного камнеобразования

СКОЛЬЗЯЩАЯ ПЕРКУТОРНАЯ ПАЛЬПАЦИЯ ПЕЧЕНИ

В. М. Короваев, Е. И. Ткаченко

При многих заболеваниях регистрируются различные изменения формы, величины, консистенции и положения печени, которые имеют неодинаковое значение в зависимости от направленности этих изменений [1, 2, 3, 4]. Так, смещение верхней границы вверх или вниз чаще связаны с внепеченочными изменениями (высокое или низкое стояние диафрагмы, поддиафрагмальный абсцесс, пневмоторакс, эксудативный плеврит). Только при эхинококке и раке печени верхняя граница может смещаться вверх. Повышение нижней границы печени свидетельствует об уменьшении ее размеров, но может наблюдаться при метеоризме и асците, оттесняющих печень вверх.

Наибольшее значение для клинициста имеет смещение нижнего края печени. Как правило, увеличение органа является следствием ее поражения различными патологическими процессами: гепатоз, гепатит, цирроз, эхинококк, острый и хронический лейкоз, гемосидероз, сердечная недостаточность и т.п. Но иногда опускание нижнего края печени может быть при низком стоянии диафрагмы и спланхноптозе [5, 6, 7, 8].

Как известно, врач при непосредственном исследовании больного пользуется для определения размеров, положения и консистенции печени сочетанием двух методов: перкуссии и пальпации.

Нижний край печени методом перкуссии определяется с определенными трудностями из-за близости полых органов (желудок, кишечник), дающих при перкуссии высокий тимпанит, скрадывающий печеночный звук. Пальпация нижнего края печени в России проводится по В.П. Образцову [5, 7]. Его суть в том, что при глубоком вдохе нижний край печени опускается навстречу пальпирующим пальцам и затем, натываясь на них и соскальзывая с них, становится осязаемым. При таком методе пальпации наиболее активная роль принадлежит больному (его дыхательной активности), а не исследователю (врачу), пальпирующие пальцы которого остаются в это время неподвижными.

Наиболее точную оценку методам пальпации и перкуссии дал Н.Д. Стражеско (1948): «... приходится принимать во внимание возраст, телосложение, питание и состояние поддерживающего связочного аппарата и состояние других органов, окружающих печень, а также условия внутрибрюшного и внутригрудного давления, словом, рассматривать полученные данные в свете индивидуальных особенностей больного. Это обстоятельство до известной степени подрывает диагностическое значение перкуссии и пальпации и требует создания нового точного метода, притом совершенно объективного, который позволил бы точно установить положение печени, ее форму, величину и состояние ее паренхимы».

Предложены различные приемы, сводящиеся главным образом к разнообразным положениям рук исследующего (приемы Гленара, Матье, Шаффара) или к изменению позиции исследующего по отношению к больному (прием Ширея — исследуют печень, обхватив наклонившегося кпереди больного сзади; прием Жильбера — прощупывают край печени двумя руками, одновременно соприкасающимися концами пальцев, расположив их одну сверху, а другую снизу и др.). При скоплении жидкости в брюшной полости пальпацию проводят в диагональном или вертикальном положении больного.

При оценке результатов пальпации печени по В.П. Образцову следует учитывать данные исследований самого автора. В своей работе «О прощупываемости и прощупывании печени» (1916) В.П. Образцов указывает, что у 100 здоровых студентов ему удалось прощупать печень в 88 % случаев. В то же время при исследовании 168 больных В.П. Образцову прощупать печень удалось в меньшем числе случаев: у 58 % мужчин и у 69 % женщин. Его выводы по результатам пальпации: 1) выходит у здоровых легче прощупать печень, чем у больных; 2) очень жирная стенка затрудняет прощупывание; 3) трудно прощупать печень у неврастеников, ...лиц с болезненным краем печени, ...не умеющих дышать диафрагмой — не потеряли значение до настоящего времени. Из-за указанных трудностей пальпации В.П. Образцов и его ученики для ориентировочного исследования нижнего края печени применяли поверхностное пальпаторное определение «резистентности». Н.Д. Стражеско (1948) так описывает этот процесс: «Поставив 4 пальца правой руки под реберной дугой и произведя легкое давление на переднюю брюшную стенку, я скользжу пальца-

ми отвесно вниз по брюшной стенке; тогда на месте, где кончается печень, т.е. где проходит край печени, получается ощущение изменившегося сопротивления (резистенция)».

При применении пальпации печени по методу В.П.Образцова в повседневной медицинской практике зарегистрированы расхождения клинических и инструментальных данных в 50 % случаев [10], а такое серьезное заболевание, как цирроз печени, оказывается случайной находкой на вскрытии [11] в 19 % или даже в 20–30 % [12].

С учетом вышеизложенного, нами предлагается новый, более информативный вид пальпации — скользящая перкуторная пальпация, положение пальцев рук при которой показано на рис. 9. Суть пальпации отражается в ее названии: скользящая — 4 пальца правой руки с легким давлением на переднюю брюшную стенку скользят от уровня пупка вверх к реберной дуге; перкуторная — быстро движущиеся пальцы соударяются с краем печени (перкуссия); пальпация — в результате соударения пальцев и края печени возникает сила торможения, а также ощущения консистенции печени (резистенция — Н.Д.Стражеско, 1948). При этом сила торможения подчиняется II закону Ньютона и выражается формулой:

$$\Delta F = \frac{\Delta(mV)}{\Delta t} = \frac{kg \cdot m}{c^2}, \text{ где}$$

F — сила торможения, Н;

m — масса тела (в данном случае — масса движущейся правой верхней конечности, жестко связанной с движущимися пальцами), кг;

V — скорость движения пальцев и верхней конечности, м/сек;

t — время торможения, сек

Δ — символ для обозначения приращения (уменьшения) величины;

mV — так называемый кинетический момент, от которого прямо пропорционально зависит сила торможения F .

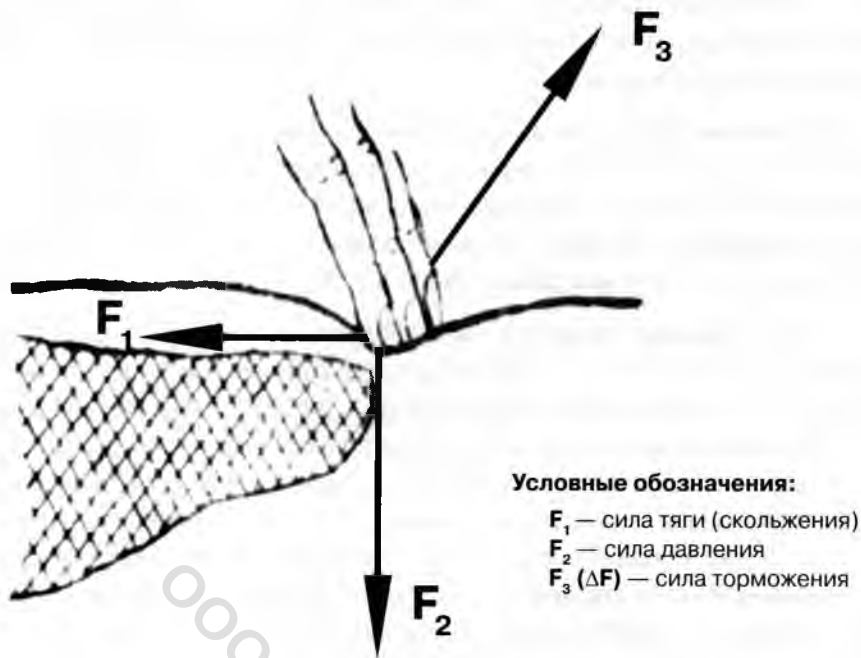


Рис. 9. Скользящая перкуторная пальпация печени

В условиях терапевтического отделения госпиталя им Н.Н. Бурденко у 8 больных с различными заболеваниями печени и выстоянием нижнего ее края из-под подреберья не менее чем на 3–4 см (по данным пальпации по Образцову, УЗИ и компьютерной томографии) проводились метрологические исследования нижнего края печени. При моделировании скользящей перкуторной пальпации использовалась тензометрия печени (рис. 10).

При горизонтальном положении больного на переднюю брюшную стенку укладывался каток определенного веса, который воздействовал на нее с силой F_1 , вызывая волну деформации. При передвижении катка от уровня пупка к правому подреберью с равномерной небольшой скоростью необходимо было приложить к нему силу тяги F_2 . Сила тяги и ее колебания при торможении вызывали деформацию в тензодатчике Т и измерялись автоматическим измерителем деформации (АИД-2М) с точ-

ностью ± 3 г. [13]. У каждого больного исследования проводились не менее трех раз и оценивались по таблице Стьюдента для малых выборок [14].

Исследования выявили, что при катке весом 400 г сила тяги составляла в среднем 104 г (в первой серии измерений — 98 г, во второй — 105 г, в третьей — 108 г). При наезде на край печени за счет силы торможения F_3 (ΔF) сила тяги F_1 возрастала в среднем на 100 % (до 200 г): в меньшей степени эти изменения были выражены при жировой дистрофии печени — на 60 % (до 160 г), в большей — при гепатите и циррозе печени — на 100–160 % (от 200 до 260 г) и, особенно, при метастазах рака в печень — +180–200 % (280–300 г).

Итак, тензометрия аппаратом АИД-2М зарегистрировала силу торможения при наезде катка на край печени, величина которой зависела от метрологических свойств края печени (плотности) и достигала $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{2}$ от его веса (силы давления на брюшную стенку). Многократные исследования силы торможения пружинными чувствительными динамометрами при скользящей перкуторной пальпации края печени показали, что она может достигать килограмма и более. Такую силу не может не заметить не только врач, но студент-медик, что позволяет быстро обучать данному методу. Скользящую перкуторную пальпацию (СПП) можно применять при горизонтальном, диагональном и вертикальном положении больного. Только следует учитывать, что при вертикальном положении больного все границы печени понижаются на 1–2 см, а при вдохе нижний край печени может опускаться на 1–2 см [5, 8].

Для верификации метода СПП проводились клинко-экспериментальные исследования при активной помощи сотрудников кафедры терапии, возглавляемой главным терапевтом СА и ВМФ генерал-лейтенантом м/с профессором Е.В. Гембицким. Из инструментальных методов был выбран метод эхографии — УЗИ печени с использованием серой шкалы и одномерного датчика, что позволяет визуализировать и точно определять край печени в 100 % случаев [15, 16]. В качестве клинического метода для верификации СПП применялась пальпация по В.П. Образцову по среднеключичной линии, т.к. справа печень может быть скрыта костным скелетом грудной клетки, а слева пальпацию по В.П. Образцову затрудняет толстый слой брюшных мышц [8].

Исследования проходили в условиях слепого опыта, когда автор не знал больного и в присутствии преподавателя и лечащего врача или начальника кабинета УЗИ определял нижний край печени только методом СПП и рисовал его проекцию на переднюю брюшную стенку. Немедленно после этого проводились контрольные исследования. Только в одном случае, у больного А., когда лечащие врачи не могли пальпировать край печени, все было наоборот. Всего было проведено 24 таких исследования. Полученные результаты статистически обработаны с вычислением средних величин и оценкой достоверности различий с использованием критерия Стьюдента [14].

При исследовании 12 больных методом СПП и по В.П.Образцову в 11 случаях получены результаты, близкие друг к другу. В 4-х случаях они были тождественны и печень выстояла из-под подреберья на 2–6 см; в 7 случаях отличия не превышали 1 см; в 1 случае — 2,5 см. В среднем, выстояние нижнего края печени по В.П.Образцову составляло 4,1 см, а по методу СПП — 3,3 см.

При этом различия составляли 0,8 см и были достоверными ($P=0,01$). Большее выстояние при пальпации печени по В.П. Образцову мы объясняем тем, что оно проводится в конце глубокого вдоха, когда нижний край печени может опускаться из-под подреберья на 1–2 см [5]. Метод же СПП применялся нами при обычном спокойном дыхании больных и тем самым более точно отражал истинное положение нижнего края печени. С особой наглядностью это проявилось при сопоставлении результатов исследования нижнего края печени методом СПП и УЗИ. Кроме того, у больного А. печень по В.П.Образцову вообще не пальпировалась, хотя и выстояла из-под подреберья на 2,5 см (подтверждено методом УЗИ).

При исследовании методом СПП и УЗИ нижнего края печени у 12 больных оказалось, что различия не превышали 0,5–0,7 см, составляя в среднем 0,4 см по среднеключичной линии и 0,2 см по окологрудинной ($P>0,05$). Они не имели существенного практического значения и были связаны только с дыхательными движениями диафрагмы, что мы четко наблюдали при УЗИ-исследовании.

По результатам проведенных исследований был подготовлен реферат и проведены два доклада на кафедральном совещании. Метод скользья-

щей перкуторной пальпации печени признан научно обоснованным и рекомендован для внедрения в повседневную медицинскую практику в ВС. В дальнейшем метод СПП начал широко распространяться в медицинской службе Краснознаменного Тихоокеанского Флота (доклады на гарнизонных и флотских конференциях, методические указания по организации медицинской помощи в отдаленном гарнизоне [17, 18], апробация метода СПП в условиях поликлиники и непосредственно перед боевой службой на кораблях, например, авианосце.

В 1990г. под руководством главного гастроэнтеролога Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга профессора Е.И. Ткаченко при участии доктора мед. наук С.С.Бацкова в стенах Военно-Медицинской Академии также была успешно проведена апробация метода СПП печени с последующим докладом на кафедральном совещании.

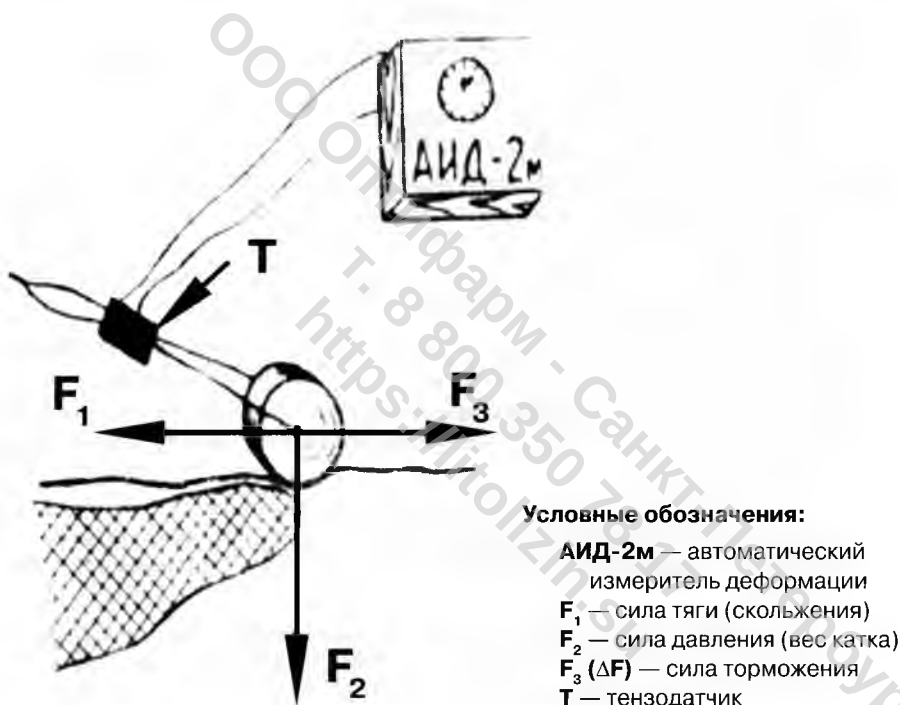


Рис. 10. Тензометрическое исследование печени

1. Мясников А.Л. Болезни печени. М., Медгиз, 1949.
2. Блюгер А.Ф. (ред.). Основы гепатологии. Рига, изд. Звайгэне, 1975.
3. Подымова С.Д. Хронический гепатит. М., Медицина, 1975.
4. Калинин А.В., Хазанов А.И. (ред.). Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение. Москва: Миклош, 2009. – 602 с.
5. Стражеско Н.Д. Основы физической диагностики заболеваний брюшной полости. Киев, Медгиз, 1948.
6. Черноруцкий М.В. Диагностика внутренних болезней. Л., Медгиз, ЛО, 1954.
7. Мясников А.Л. Пропедевтика внутренних болезней. М., Медгиз, 1957.
8. Василенко В.Х., Гребенева А.Л. (ред.). Пропедевтика внутренних болезней. М., Медицина, 1983.
9. Образцов В.П. О прощупываемости и прощупывании печени.// Избранные труды, Киев, 1950, с. 242-249
10. Галкин В.А., Радбиль О.С., Кривоблацкая С.В. Применение ультразвука в гастроэнтерологии. М., изд. ВНИИМИ, 1979.
11. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. М., Медицина, 1980, т.2
12. Комаров Ф.И., Гребенев А.Л., Хазанов А.И. (ред.) Болезни печени и билиарной системы// М. – Медицина. – 1995..
13. Величкин Н.Н. Сопротивление материалов.// Методические указания к лабораторным работам для студентов всех специальностей. М., изд. ВЗПИ, 1973, ч. 3.
14. Бессмертный Б.С. Математическая статистика в клинической, практической и экспериментальной медицине. М., Медицина, 1967
15. Макаренко Т.П. и др. Радиоизотопное скеннирование, ультразвуковая биолокация и тепловидение в клинике. М., Медицина, 1973.
16. Шатахин А.И. и др. Ультразвуковые и морфологические параллели у больных хроническими диффузными заболеваниями печени.//Тер. Архив, 1983, №2, с. 45–48.
17. Короваев В.М. О верификации нового клинического метода исследования скользящей перкуторной пальпации печени.//Метод. указ. по орг. мед. помощи в отдаленном гарнизоне. Выпуск 4. ТОФ. Владивосток, 1985, с. 28–33.
18. Короваев В.М. Тензометрия — новый метрологический метод исследования печени.//Метод. указ. по орг. мед. помощи в отдаленном гарнизоне. Выпуск 4. ТОФ. Владивосток, 1985, с. 33–38.

ОСОБЕННОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ УСПЕШНОСТИ ПЕРОРАЛЬНОГО ЛИТОЛИЗА У ЖИТЕЛЕЙ СЕВЕРО-ЗАПАДА РФ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ (ЖКБ)

1. Центр безоперационного лечения ЖКБ г. Санкт-Петербург.
2. Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины МЧС РФ (ВЦЭРМ МЧС России)
3. Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И.Мечникова(СПбГМА им. И.И.Мечникова)

1. Короваев В.М., к.м.н.

3. Скворцова Т.Э.

2. Федяев Е.Б., к.м.н.

3. Жорина О.М.

3. Жорина А.С.

Цель и задачи исследования. С целью уточнения прогноза перорального литолиза проводилось сравнительное исследование эффективности различных методов диагностики и консервативной литолитической терапии у больных ЖКБ.

Материалы и методы. В период с 2004 по июнь 2008 г. у 767 жителей Северо-Запада с УЗИ-диагностируемой ЖКБ была проведена спиральная компьютерная томография (СКТ): в ВЦЭРМ МЧС РФ — у 542 больных, в СПбГМА им. И.И.Мечникова — 225. Мужчин было 187, женщин — в 3 раза больше — 580; возраст варьировал от 7 до 84 лет. УЗИ и обзорная рентгенография живота проводились также и в других медицинских учреждениях, чаще в поликлиниках.

Полученные результаты. У $\frac{3}{4}$ больных (76,5 %) — 587 человек зарегистрированы рентгеноконтрастные камни плотностью от +90 до +1200 ед. Хаунсфилда. У 391 пациента камни были единичными, у 196 — множественными. Они имели слоистую структуру с обызвествлениями по периферии и размерами от 4 до 38 мм в поперечнике. При этом плотность содержимого желчного пузыря была повышена, неоднородная и колебалась от 0 до +87 ед. Хаунсфилда. Рентгенопрозрачные (холестериновые) камни регистрировались у 50 % мужчин и менее чем в 20 % (18,9 %) у женщин.

В целом количество и размеры конкрементов при УЗИ желчного пузыря превышали результаты СКТ, т.к. УЗИ выявляет камни почти независимо от их плотности и структуры. В то же время СКТ позволяет отказаться от не показанного лечения благодаря более точному определению плотности камней: нами было зарегистрировано применение препаратов желчных кислот при их плотности до +300 и даже +400 ед. Хаунсфилда. Данные СКТ в 5 и более раз ограничивают применение препаратов желчных кислот у женщин Северо-Запада, т.к. большинство из них имеют рентгеноконтрастные камни (в Европейской популяции таких камней всего 10 %).

Выводы.

1. Большинство жителей Северо-Запада с УЗИ-диагностируемой ЖКБ имеют рентгенонепрозрачные камни, особенно женщины (в 80%), что значительно снижает область применения желчных кислот для перорального литолиза.
2. СКТ более точно характеризует критерии перорального литолиза (размеры, рентгенопрозрачность и др.), что позволяет избежать не показанной терапии.
3. Необходимо исследование причин избыточной кальцификации желчных камней у жителей Северо-Запада, особенно у женщин.

Использование литолизина в лечении заболеваний печени.**Радченко В.Г., Турьева Л.В.**

Кафедра внутренних болезней с курсом нефрологии и терапии ФПК
Санкт-Петербургской государственной медицинской академии,
им. И.И. Мечникова.

Хронические заболевания печени являются актуальной проблемой современной гастроэнтерологии.

Печень — самая крупная железа в организме человека, которая характеризуется чрезвычайной сложностью и многообразием функций. Она является одновременно органом и пищеварения, и кровообразования, и обмена веществ.

От ее функции зависит состояние гомеостаза и работоспособность человеческого организма. Печень содержит большое количество мембран, целостность которых определяет ее дезинтоксикационный потенциал, метаболические, синтетические и регенераторные возможности. Воздействуя непосредственно на цитоплазматические и митохондриальные мембраны гепатоцитов, вирусы, алкоголь, лекарства и другие повреждающие печень агенты нарушают внутриклеточный метаболизм и структуру и вызывают гибель клетки.

Существует много заболеваний печени и желчных путей, методы лечения которых не до конца разработаны. В последнее время для лечения некоторых из них (стеатоз печени, как печеночное проявление метаболического синдрома, желчнокаменная болезнь, хронические холециститы, дискинезии желчных путей...) с успехом используется литолизин.

Литолизин — биологически активная добавка, состоящая из 17-ти трав, защищена патентом РФ/№2097054 от 02.12.1994г./. Литолизин не является лекарством, не содержит консервантов и других чужеродных для организма веществ. Состоит сбор из ромашки аптечной, бессмертника песчаного (цмина), плодов расторопши пятнистой, шиповника, кориандра, укропа пахучего, цветков ноготков, листьев мяты перечной, крапивы двудомной, мать-и-мачехи, шалфея лекарственного, хмеля обыкновенного, лапчатки прямостоячей, душицы обыкновенной, травы эрвы шерстистой, горца птичьего (спорыша), тысячелистника. В связи с определенными пропорциональными взаимоотношениями между растениями в составе литолизина, увеличивает

ся терапевтический эффект.

Лекарственные травы, входящие в состав литолизина, обладают гепатопротективным, мембраностабилизирующим, антиоксидантным, общеукрепляющим и иммуномодулирующим действием; спазмолитическим, противовоспалительным, антисептическим, седативным и некоторым обезболивающим эффектами, содержат витамины группы В, К, РР, Е, С, каротин, сахара, дубильные вещества, органические кислоты, пектины, микроэлементы, оказывают множество других лечебных эффектов.

На многочисленных клинических исследованиях этого фитопрепарата [В.М. Короваев, Т.Э. Скворцова и соавт., 2008 г., Е.И. Ткаченко и соавт., 2008 г.] доказано улучшение дезинтоксикационной функции печени. Достоверно уменьшается уровень билирубина, креатинина и мочевины сыворотки крови. Содержащиеся в травах флаволигнаны, в т.ч. силибин, дегидросилибин, изо-силибин, силимарин, дегидросилимарин, силихристин, тасифолин стабилизируют лизосомальные и клеточные мембраны, предотвращая выход из клеток ферментов. Взаимодействуют со свободными радикалами и ингибируют процессы перекисного окисления липидов. Благодаря антиоксидантному действию тормозят проникновение в клетки печени различных токсинов (в т.ч. хлорированных углеводов, альфа-аманитина бледной поганки, нитрозоаминов). Силибин, силимарин и их производные стимулируют специфическую РНК-полимеразу А, в результате этого активизируется синтез белков и фосфолипидов в гепатоцитах, ускоряются процессы регенерации и детоксикации в печени, происходит нормализация белково-синтетической функции печени.

В нашем гепатоцентре было исследовано действие литолизина на 15 пациентов (5 мужчин и 10 женщин) с нарушением липидного спектра, ожирением разной степени. Из них: 3-е с сахарным диабетом, 12 — с гипертонической болезнью или артериальной гипертензией, 5 — со стеатозом печени.

Было отмечено, что при приеме литолизина от 4-х месяцев начинает нормализовываться липидный состав сыворотки крови. Это происходит за счет содержания большого количества ненасыщенных жирных кислот (в т.ч. линолевой — 50–62%), которые обладают окислительно-восстановительными свойствами, способствуют окислению ЛПНП и совместно с бета-ситостерином профилактике атеросклероза: повышается содержание ЛПВП, снижается уровень ЛПНП, ЛПОНП и холестерина, уменьшается коэффициент атерогенности. Остальные показатели биохимии крови за указанный промежуток вре-

мени изменялись минимально. В настоящее время продолжают исследования необходимой продолжительности приема литолизина для достижения стойкого эффекта. Принимается препарат 3–5 раз в день после еды по общепринятой схеме в зависимости от веса пациента с постепенным увеличением дозы.

По результатам многочисленных исследований, в том числе нашего гепатоцентра, литолизин очень хорошо переносится пациентами различных возрастов. В связи с постепенным увеличением дозы минимизируется возможность побочных эффектов. По нашим данным ~ в 1 % случаев наблюдалось послабляющее действие в начале приема, не требующее отмены препарата.

Фитопрепарат и гепатопротектор растительного происхождения литолизин имеет ряд преимуществ перед синтетическими препаратами. Это объясняется широким спектром действия входящих в его состав трав, экономичностью в ценовом отношении, минимальным или полным отсутствием побочных эффектов и возможностью применения для коррекции липидного спектра в сочетании с соблюдением диеты у больных с заболеваниями печени и метаболическим синдромом в качестве альтернативного средства и в тех случаях, когда стандартная терапия противопоказана.

Литература.

1. Грухин Ю.А., Ашкинезер А.Е., Короваев В.М. Возможности применения препарата «Литолизин» при лечении больных НР-ассоциированной гастродуоденальной патологией. СПб, 2008.
2. Иванов В.И. Лекарственные средства в народной медицине.— М.: Воениздат, 1992.— 448 с.
3. Короваев В.М. Желчнокаменная болезнь в вопросах и ответах. — «Вектор», 2006.
4. Короваев В.М., Ткаченко Е.И. Литолизин — средство растворения и выведения конкрементов из шейки и перешейка желчного пузыря. — М. — III Национальный конгресс терапевтов, 2008.
5. Лад В., Фроули Д. Травы и специи / Пер. с англ.— М.: Саттва, 1997.— 304 с.
6. Лекарственные растения в гастроэнтерологии / Т. В. Зинченко, И.В. Стахив, Т.Я. Мякушко и др. — К.: Наукова думка, 1989.— 240 с.
7. Скворцова Т.Э., Короваев В.М., Особенности прогнозирования успешности перорального литолиза у жителей Северо-Запада РФ с желчнокаменной болезнью. — М. — III Национальный конгресс терапевтов, 2008.

Диета № 5

Показания к назначению

- Хронические заболевания печени и желчевыводящих путей, не сопровождающиеся выраженными нарушениями функционального состояния желудочно-кишечного тракта.
- Острый вирусный гепатит в фазе выздоровления.

Целевое назначение: содействовать нормализации нарушений функциональной способности печени и желчевыводящих путей, стимулировать желчеотделение и моторную деятельность кишечника.

Общая характеристика

Пища полноценная по калорийности, с нормальным содержанием белков, но с некоторым ограничением жиров. В первую очередь ограничивают тугоплавкие жиры (бараний, гусиный и внутренний) и углеводы с максимальным ограничением азотистых экстрактивных веществ, холестеринсодержащие вещества (жиры, печень, почки, мозги), продукты расщепления жиров, образующиеся при жарке; характерно повышенное содержание белковых липотропных (улучшающих обмен жиров в организме) продуктов (растительные масла, овощи, особенно бобовые), витаминов группы В и аскорбиновой кислоты. Максимально уменьшено использование продуктов, усиливающих бродильные процессы в кишечнике (цельное свежее молоко, сдобное тесто, консервы и т. д.). Увеличено количество овощных и фруктовых блюд.

Химический состав и калорийность: белков — 100–120 г, жиров — 120–130 г, углеводов — 350–400 г, калорийность — 3500 ккал. Количество свободной жидкости — 1,5 л, содержание поваренной соли — 10–12 г.

Кулинарная обработка

Пищу дают в отварном или запеченном виде, измельчение пищи обязательно. Не допускается жарить продукты.

Сливочное масло добавляют только в готовые блюда, а не в процес-

се кулинарной обработки. Температура пищи обычная, холодные напитки исключают.

Режим питания дробный — 4–5 раз в день.

Рекомендуемые продукты и блюда:

- хлеб и хлебобулочные изделия — хлеб серый, грубый, ржаной, выпечка предыдущего дня, хлеб пшеничный из муки 2-го сорта, печенье несдобное;
- супы на овощном отваре или на молоке (овощи различные), крупы — преимущественно гречневая и овсяная, макаронные изделия, фруктовые супы;
- мясные и рыбные блюда — нежирные сорта мяса и птицы (курица) в отварном виде, запеченные с предварительным отвариванием, тушеные с удалением сока; мясо и птицу готовят преимущественно куском, но допускаются и блюда из котлетной массы. Нежирные сорта рыбы (треска, судак, окунь, навага, щука и др.) в отварном или запеченном виде (после отваривания);
- яйца и яичные продукты — преимущественно белковый омлет в запеченном виде, изредка (не чаще 2 раз в неделю) 1 яйцо;
- молоко и молочные продукты — молоко, сметана в блюдах; творог обезжиренный в натуральном, запеченном виде, сыры — швейцарский, голландский, кисломолочные продукты (простокваша однодневная, кефир нежирный, ацидофильное молоко);
- крупяные и макаронные изделия — различные крупы, макаронные изделия, соевая мука и творог;
- овощи и зелень — капуста (при переносимости), картофель, морковь, свекла в отварном и печеном виде, лук добавляют после отваривания, зеленый горошек;
- фрукты, ягоды, сладости — различные спелые сорта фруктов и ягод в сыром (натуральном) и вареном виде, разрешается лимон с сахаром, рекомендуется соевый шоколад, сахар;
- жиры — масло сливочное, оливковое, соевое, рафинированное под-

солнечное добавляют только в готовые блюда;

- закуски — вымоченная сельдь, рыба заливная (нежирные сорта), сыры, творожная паста, колбаса докторская;
- соусы — пряности исключаются, рекомендуются молочные, сметанные овощные соусы, фруктово-ягодные подливы (муку для соуса не поджаривать);
- напитки и соки — отвар шиповника, овощные, ягодные, фруктовые соки (некислые сорта фруктов и ягод), лучше разбавленные пополам водой, чай с молоком или лимоном, некрепкий кофе с молоком и черный, компоты из сухофруктов.

Запрещаются следующие продукты и блюда: грибы, горох, фасоль, чечевица, бобовые, щавель, шпинат, жареные блюда, редька, редис, перец и все пряности, уксус, какао, чеснок, лук (кроме вываренного), соленые огурцы; экстрактивные вещества (отвары) — крепкие бульоны рыбы, мяса, грибов; мозги, яичные желтки, печень, почки; кислые, горькие и острые сорта овощей и фруктов; копчености, мясные, рыбные и овощные консервы; холодные, газированные и алкогольные напитки, пиво.

Примерное меню:

1-й завтрак: каша манная молочная, чай с молоком;

2-й завтрак: яблоки свежие, чай;

обед: суп-лапша вегетарианский, котлеты мясные паровые с картофельным пюре, компот яблочный;

полдник: отвар шиповника (1 стакан), сухарики с сахаром;

ужин: зразы из моркови и творога, пирог с яблоками;

на ночь: простокваша (1 стакан).

На весь день — хлеб ржаной 200 г, хлеб пшеничный 200 г, сахар 80 г, фрукты, ягоды свежие 500 г.

Лечебное питание при почечнокаменной болезни.

Основой современного подхода к лечению почечнокаменной болезни является уменьшение концентрации солей в моче. Лечебное питание назначают с учетом расстройств обмена веществ (нарушений обмена пуринов, щавелевой кислоты, фосфора и кальция), химического состава мочевых камней или мочевого песка, pH мочи, функционального состояния почек. При неосложненной почечнокаменной болезни питание должно быть полноценным, пища — разнообразной и богатой витаминами. Потребление жиров, белков, углеводов, витаминов, поваренной соли должно соответствовать физиологической норме (с учетом возраста). Больные должны питаться в определенные часы дня, избегать неактивной жизни. В целях снижения перенасыщения мочи следует увеличить диурез путем увеличения потребления жидкости. Рекомендуется суточное потребление жидкости не менее 1,5–2 литров, за исключением случаев фосфатных и карбонатных камней, при которых показано ограничение питьевого режима.

Рекомендуются дифференцированные лечебные диеты с учетом химического состава и pH мочи.

Оксалатурия — стойкое выделение с мочой кристаллов щавелевой кислоты и оксалата кальция. Растворению камней и уменьшению оксалатурии способствуют следующие меры:

- исключение продуктов с высоким содержанием щавелевой кислоты (щавель, ревень, шпинат, грибы, груши, земляника, крыжовник, фасоль, инжир, соленые овощи; ограничение свеклы (при обострении), черной смородины, черники; относительное ограничение картофеля, моркови, лука, томатов);
- ограничение углеводов, аскорбиновой кислоты, желатина, поваренной соли;
- ограничение потребления молочных продуктов при сочетании оксалатурии с повышенным уровнем кальция в моче;
- в повышенном количестве употребление овощей и фруктов с низким содержанием щавелевой кислоты (огурцы, капуста, репа, баклажаны, тыква, чечевица, бананы, абрикосы);

- включение в диету продуктов богатых магнием, являющимся антагонистом кальция (пшеничные и ржаные отруби, овсяная, гречневая и перловая крупы, пшено, хлеб из муки второго сорта, сухофрукты).

Уратурия — стойкое выделение с мочой кристаллов мочевой кислоты и уратных камней. В диете преобладают молочно-растительные продукты. Белковый состав пищи должен быть не более 1 г на 1 кг массы больного. Из диеты исключаются: мясо молодых животных и птиц, бульоны из них, жареное мясо, печень, почки, язык, мозги, колбасы, копчености, жирная рыба, соленья, мясные и рыбные консервы и соусы, икра, соленые сыры, говяжий, бараний, кулинарные жиры, бобовые (фасоль, горох), выпечные изделия из слоеного и сдобного теста, грибы, щавель, шпинат, ревень, цветная капуста, инжир, малина, горчица, хрен, шоколад, какао, крепкий чай, кофе. Раз в неделю показаны разгрузочные дни: молочные (до 1,5 л молока, кефира, простокваши пониженной жирности), овощные и фруктовые (свежие сырые овощи и фрукты и их комбинации) 5 раз в день по 300–350 г без соли с добавлением растительного масла и увеличением количества суточной жидкости.

Диета должна быть направлена на «ощелачивание» мочи, так как уратные камни образуются в кислой моче. Подщелачивающим эффектом действия в той или иной степени обладают: картофель, морковь, свекла, дыня, лимоны, персики, апельсины, яблоки сладких сортов и др. Рекомендуются чай с лимоном или молоком, отвар шиповника, соки, компоты из свежих и сушеных фруктов. Не следует употреблять клюкву и бруснику.

Фосфатурия — повышенная концентрация фосфатов в моче с образованием кристаллов и камней. Исключаются из питания продукты и лекарственные средства, ощелачивающие мочу (лимоны, щелочи и др.). Исключаются или ограничиваются: картофель, овощи, салаты овощные, овощные консервы, винегреты, ягодные, фруктовые и овощные соки, молоко, молочные продукты (творог, сыр, сладкие блюда на молоке), сдобные изделия на молоке, копчености, соленья, пряности, мясные и кулинарные жиры. Диета у таких больных преимущественно

мясная; ее дополняют сливочное масло, икра, печень, блюда из круп, фруктов и овощей (арбуз, брусника, красная смородина, кислые сорта яблок, баклажаны, морковь). Следует употреблять продукты «окисляющие» мочу (зеленый горошек, тыкву, кислые сорта яблок, клюкву, бруснику, компоты и кисели из них).

ООО Оптифарм - Санкт-Петербург
т. 8 800 350 78 17
<https://litolizin.su>

Распространение Литолизина в России и Ближнем Зарубежье

Алма-Ата (Казахстан)	(732) 272-74-88, 8-701-756-09-17.
Белгород	(4722) 30-10-90 (аптека).
Брянск	(4832) 75-66-86.
Владимир	(0922) 23-79-26.
Волгоград	(8442) 37-17-83, 37-38-09.
Десногорск (Смоленская обл.)	(48153) 786-64.
Екатеринбург	(343) 269-04-71.
Заречный (Пенза)	(8412) 60-32-39, 65-26-23.
Ижевск	(3412) 43-81-85.
Казань	(843) 67-23-19.
Калининград	(4112) 77-59-79.
Караганда (Казахстан)	(3212) 75-21-40.
Королев (Московская обл.)	(495) 512-00-17.
Краснодар	(861) 271-31-77.
Кривой Рог (Украина)	(0564) 65-46-54.
Липецк	(4742) 40-11-07.
Магнитогорск	(3519) 22-15-94.
Мариуполь (Украина)	(0629) 49-23-19.
Минск (Белорусь)	(017) 227-49-28.
Муром (Владимирская обл.)	(49234) 470-85.
Невинномысск	(86554) 599-27, 8-928-007-31-44.
Нижевартовск	(3466) 24-11-67.
Нижний Новгород	(8312) 46-21-15, 46-46-11.
Нижний Тагил	(3435) 34-34-00.
Новосибирск	(383) 214-03-02.
Пермь	(342) 293-33-61.
Ростов-на-Дону	(863) 277-24-46.
Рязань	(4912) 36-40-55.
Санкт-Петербург	(812) 542-17-22, 294-59-03, 8-905-23-0000-2
Саратов	(8452) 49-56-01, 27-46-77.
Сергиев-Посад	(49654) 720-81, 8-903-007-14-87.
Тольятти	(8482) 60-04-68.
Томск	(3822) 44-11-18.
Тула	(4872) 36-85-69.
Ульяновск	(8422) 73-14-12.
Уфа	(3472) 34-50-23.
Харьков (Украина)	(0572) 65-13-53.
Чебоксары (Новочебоксарск)	(8352) 42-12-48, 29-02-09.
Челябинск	(351) 247-34-59.
Череповец	(8202) 64-69-03.



Подробную информацию о действии, показаниях к применению, противопоказаниях и дозировке БАД «Литолизин»

Вы можете получить на сайте

<http://litolizin.ru>

или по телефонам **8-911-930-63-43; 8-905-23-0000-2**

Там же можно записаться на on-line консультацию

Информацию по приобретению БАД «Литолизин» в капсулах можно получить в справочной службе аптечной сети «Фармакор» по телефонам **003** или **(812) 326-23-07**.

В. М. КОРОВАЕВ

**СОЗИДАНИЕ ЗДОРОВЬЯ
И АКТИВНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ**

инновационная фитотерапия в новой
медицинской технологии

Формат 60x84 $\frac{1}{16}$. Бумага офсетная. Гарнитура «Pragmatica». Печать офсетная

Усл. печ. л. 5,58. Уч.-изд. л. 4,11. Тираж 2000 экз.

Отпечатано в типографии ООО «Экслибрис Принт» . Зак. № 90.

ООО Оптифарм - Санкт-Петербург
т. 8 800 350 78 17
<https://litolizim.ru>

для пациентов и врачей

