

УДК 616.366—003.7—08

Л. Н. ХАЧАТРЯН

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ
ЯПОНСКОЙ МУШМУЛОЙ

Предлагается новое лекарственное средство растительного происхождения для лечения желчнокаменной болезни, а именно отвар листьев мушмулы японской. Приводится характеристика этого растения и способ приготовления отвара.

В литературе известно много средств и способов лечения желчнокаменной болезни, в том числе и фитотерапия. В настоящее время наиболее широко применяют: аллохол, холосас, холелитин, олемитин, холензим, холагол (кислота дегидрохолевая), оксафенамид, берберина бисульфат, кукурузные рыльца, цветки бессмертника песчаного (цми-ла) [3, 5, 9, 10], хенодезоксихолевую кислоту [11], сбор лекарственных трав № 9 [4] и др.

Все эти средства вызывают противовоспалительное, желчегонное и спазмолитическое действие. Применение их требует соблюдения строгих правил приема и дозировки, а также диеты [3—5, 9, 10]. Недостатком некоторых этих препаратов является необходимость приема в определенное время до или после еды, или же приема точной дозы, что очень неудобно для людей, занятых на производстве. Кроме того, длительное пользование препаратами и вынужденное соблюдение диеты вызывает приступы печеночной колики. Хенодезоксихолевая кислота действует только на холестериновые камни, и, по данным В. Кордач с соавт. [11], срок лечения должен быть не менее 9 месяцев. Авторы считают, что этим препаратом можно лечить больных пожилого возраста, когда оперативное лечение противопоказано.

В поисках оптимального средства и способа лечения калькулезного холецистита и гепатохолецистита мы обратились к фитотерапии. Целью настоящей работы является рекомендация нового лекарственного средства растительного происхождения, а именно листьев японской мушмулы (субтропической) — *Eriobotrya japonica* — для лечения и профилактики хронических холециститов и гепатохолециститов. Наш способ лечения желчнокаменной болезни не требует строгой дозировки и определенного времени приема лекарства, а также соблюдения диеты. Это позволяет проводить лечение амбулаторно без отрыва от производства.

Учитывая неоднократные заявления жителей Черноморского побережья о положительном действии листьев японской мушмулы при

мочекаменной болезни, мы предприняли изучение влияния указанного растения при ряде заболеваний.

Мушмула (турецкое) — древесно-кустарниковое растение, относящееся к семейству розовых. Известны два вида мушмулы: мушмула обыкновенная германская (*Mespilus germanica*) и мушмула японская субтропическая (*Eriobotrya japonica*). Мушмула японская — вечнозеленое плодое дерево высотой 4—6 м и более, иногда кустарник. Листья продолговатые, яйцевидные, цветы мелкие, душистые, плод сочный, содержит несколько крупных семян. Культивируется в СССР на Черноморском побережье от Батуми до Туапсе и на южном берегу Крыма, влаголюбива. Плоды используют в свежем виде, а также в виде компотов, варенья, мармелада, пастилы, повидла. Из семян изготовляют суррогат кофе [1, 9].

Ниже приводим описание результатов изучения действия отвара листьев японской (субтропической) мушмулы на больных с хроническим калькулезным холециститом и гепатохолециститом, а также способа его применения.

Отвар получают путем заваривания 15,0—20,0 г (или двух-трех листьев) на 1000 г кипящей воды, кипятят 5—10 мин, после чего отстаивают 45—50 мин (листья не вынимают). Отвар принимают во внутрь по 1—2 стакана 4—6 раз в день в удобное для больного время в горячем или теплом виде, но не менее 1—1,5 л в день. В первые 10 дней лечения больные соблюдают свою обычную диету, а с 10-го дня переводятся на общий стол, т. е. на стол № 15. Срок лечения 6—8 недель (в зависимости от тяжести заболевания), а затем тот же курс после перерыва в 2 месяца повторяется.

Во время лечения нашим способом применение других лекарственных средств не рекомендуется.

Физико-морфологические свойства отвара следующие. Отвар листьев японской мушмулы в первые минуты имеет светло-желто-зеленый цвет, который в течение 45—50 мин меняется до светло-, а затем до темно-малинового цвета. Отвар прозрачный, душистый, имеет приятный аромат, напоминающий шиповник, на вкус приятен, несколько терпковат, особенно при больших концентрациях. В открытой стеклянной посуде при температуре 27—35° в течение месяца отвар не мутнеет, не разлагается, не бродит, не меняет цвет и вкус, что позволяет приготовить отвар сразу на неделю и более. Удельный вес отвара равен 1,000, рН = 5—6, определяются следы сахара, белков в отваре выявить не удалось.

Нами получен хороший результат при применении отвара листьев японской мушмулы у 60 больных с калькулезным холециститом и гепатохолециститом. С первого же дня лечения у них наблюдались учащение мочеиспускания и увеличение диуреза, постепенное уменьшение и исчезновение пигментации кожи лица и шеи (исчезла «маска холецистита»). Удивительно быстро нормализовалась увеличенная болезненная печень, постепенно нормализовался и увеличенный желчный пузырь, в течение первых 7—10 дней появилось облегчение в правом

подреберье, уменьшились или исчезли чувство горечи и сухости во рту, тошнота, ознобы, а также постоянные ноюще-колющие или ноюще-тулые боли в правом подреберье.

Диуретическое качество отвара в течение первых нескольких дней лечения приводит к уменьшению отеков, а также снижению АД, однако соблюдение приема полного объема отвара (1—1,5 л в день) быстро восстанавливает АД. Начиная с 3-го дня лечения указанным отваром отмечается отхождение большого количества слизи, песка и т. д. с мочой, которая в первые дни лечения часто напоминает молочные помои. Почти то же самое наблюдается в каловых массах: больные отмечают отхождение с калом большого количества желчи, а также слизи, гноя и песка. С 3-го по 7-й день отмечается некоторое усиление постоянно ноющих болей в правом подреберье, которые в большинстве случаев проходят самостоятельно, хотя иногда эти боли могут быть довольно редкими. Конечно, они далеко не похожи на почечную колику, но их купировали введением анальгина со спазмолитиками. Боли резкого характера наблюдались у четырех больных, из них у одного они повторялись трижды в течение первого месяца лечения. У одного больного усиление болей наблюдалось и в течение второго месяца лечения. Усиление болей в правом подреберье обусловлено отхождением большого количества конкрементов. Наши наблюдения показали, что отвар действует на конкременты разрыхляюще. Отхождение конкрементов с каловыми массами имело место на третий день от начала лечения и заканчивалось в разные сроки в зависимости от степени поражения печени и желчных ходов, количества конкрементов и т. п. Многие из наших больных отделяли эти конкременты, самый крупный осколок был диаметром в 3 мм. Конкременты были самых разных происхождения: холестериновые, пигментные, известковые, фосфатиты, ураты и т. д. Те из больных, которые страдали одновременно мочекаменной болезнью, собирали конкременты и из мочи.

Из 60 наших больных 37 человек страдали хроническим калькулезным холециститом, 23 — хроническим калькулезным гепатохолециститом; 41 обращался с острым приступом печеночной колики. Среди них было 54 женщины и 6 мужчин.

Давность заболевания колебалась: от 1 до 10 лет — у 35, от 11 до 20 — у 17, от 21 до 30 — у 8 больных. По возрасту больные распределялись следующим образом: от 21 до 30 лет — 6, от 31 до 40 — 22, от 41 до 50 — 21, от 51 до 60 — 6, от 61 до 70 — 4, выше 70 лет — 1 больной.

Клиническое обследование выявило в основном жалобы на приступообразные боли в правом подреберье, частота которых колебалась от 4—6 в году до 4—6 в неделю. Боли в основном иррадиировали в правую лопатку, поясницу, эпигастральную область и шею. У 52 больных приступы сопровождалась рвотой с пищей, затем с желчью, у 20 приступы сопровождалась ознобом и повышением температуры до 37,8—39,0°. Больных также беспокоило чувство горечи и сухости во рту, тошнота, иногда носящая постоянный характер, а также чувство

тяжести в правом подреберье (этот симптом наблюдался у всех). За исключением четырех остальные больные строго соблюдали диету, так как нарушение ее вызывало приступ печеночной колики. У большинства больных наблюдалось несколько сопутствующих заболеваний одновременно. Так, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки обнаружилась у 16, хронический гастрит—у 23, хронический колит—у 27, артериальная гипертония—у 4, опущение желудка и внутренних органов—у 10, мочекаменная болезнь—у 8, полиартриты разной этиологии—у 15, остеохондрозы—у 14, тромбофлебит нижних конечностей—у 1, явления хронического холангита—у 20 больных.

При объективном исследовании выраженная пигментация кожи лица и шеи («маска холецистита») выявлена у 54, желтушность склер и кожных покровов—у 41 (у всех обратившихся с острым приступом), из них интенсивно выраженная желтуха—у 12, неинтенсивно выраженная—у 29. Одна из больных была выписана из стационара с стойкой желтухой с холедохолитазом. При пальпации в правом подреберье резкая болезненность определялась у 49, нерезкая—у 11, невозможность пальпировать печень и желчный пузырь—у 21, пальпируется увеличенная болезненная печень (от 1 до 4 п/пальца)—у 18, увеличенный желчный пузырь определялся у 22 больных. Точка Кера болезненна у всех 60, симптом Ортнера и френikus феномен положительны также у 60, зоны Захарьина-Геда болезненны у всех 60 больных. Все больные, кроме одной, до обращения к нам находились под наблюдением участковых терапевтов, лечились в санаториях (от 1 до 5 раз), почти все проводили домашнее лечение разными травами (бесмертник, крапива, зверобой, чистотел и др.), а также широко пользовались арсеналом, известным в научной медицине. Однако все это приносило временное облегчение, даже санаторное лечение улучшало состояние лишь на три—четыре месяца, иногда приступы печеночной колики возобновлялись сразу после санатория.

Больные обследовались рентгенологически и лабораторно. Рентгенологическое исследование больных в разных лечебницах определило у них наличие конкрементов в желчном пузыре (от 2 до 10 видимых конкрементов и песок). Дуоденальное зондирование показало наличие большого количества эпителиальных клеток во всех порциях у 24, не во всех порциях—у 15. Лейкоциты в большом количестве во всех порциях отмечались у 26, не во всех порциях—у 29. Слизь в большом количестве наблюдалась у 42, повышенного количества—у 37 (в разных порциях). Желчный песок в большом количестве во всех порциях имелся у 18, не во всех—у 19, кристаллы холестерина, билирубината кальция (не во всех порциях)—у 10. Общий анализ крови выявил повышение числа лейкоцитов у 6, моноцитов—у 23, ускорение РОЭ—у 28 больных.

Концентрация билирубина была повышена у 10—от 1,7 до 4,5 мг%. У остальных больных повышения концентрации билирубина выявить не удалось, т. к. исследование на билирубин было проведено в стадии ремиссии. Тимоловероналовая и сулемовая пробы свидетельствова-

ли о патологии у 20 больных. Анализ мочи значительного отклонения от нормы у большинства больных не выявил, однако у 10 обнаружилось повышение содержания лейкоцитов, наличие в большом количестве кристаллов аморфных фосфатов и оксалатов, а у четырех выявлена положительная реакция на желчные пигменты.

Больным назначалось лечение отваром в течение 4—6 недель, которое после двухмесячного перерыва повторялось. В зависимости от тяжести заболевания срок лечения продлевался до 8 недель. Отвар принимали в горячем, теплом или холодном виде, причем при приеме горячего отвара боли в правом подреберье успокаивались быстрее. Исходя из этого, мы предлагали больным при усилении болей принимать отвар погорячее и почаще, что дало хороший эффект. Обычно диету больные соблюдали до 10-го дня, а затем переходили на общий стол (№ 15). Учащение мочеиспускания и увеличение диуреза, а также усиление болей в правом подреберье отмечали все 60 больных, однако резкие боли имелись у 4, из них у одного эти боли повторялись трижды в течение первого месяца лечения. Проведенный на 7- и 10-й день лечения осмотр выявил облегчение в правом подреберье у всех больных, а также уменьшение тошноты, чувства горечи и сухости во рту, уменьшение или исчезновение ознобов. Многие отмечали улучшение аппетита, сна, а некоторые и уменьшение изжоги. Нормализацию стула отмечал 41 больной. Ноющие постоянные боли в правом подреберье исчезли самостоятельно у 56 человек на 8—9-й день. Четверым пришлось ввести анагетики и спазмолитики, чтобы купировать боль. Объективный осмотр выявил уменьшение пигментации кожи лица и шеи у 54, полное исчезновение иктеричности склер — у 40, желтушности покровов — у 39, сохранение нерезко выраженной желтушности — у 2 (у одной из них желтуха исчезла через 6, а у второй — 4 недели). При пальпации живот мягкий, безболезненный у 48, малоболезненный у 12, не определялась печень у 60, желчный пузырь у 60, точка Кера болезненна у 12, безболезненна у 48, симптом Орнтера и френникус феномен положительны у 12, отрицательны у 48. Все переведены на стол № 15. Осмотр через 3 недели от начала лечения отваром листьев японской мушмулы выявил исчезновение пигментации кожи лица и уменьшение на шее у 60, незначительную желтушность — у 2, отсутствие жалоб на область печени — у 60, 8 больных отмечали кратковременные незначительные боли в разное время дня. Все больные отмечали исчезновение озноба, тошноты, горечи и сухости во рту, чувства тяжести в правом подреберье. Диету не соблюдали и не имели приступов печеночной колики все больные. При осмотре через 4, 6, 8, 12 месяцев, а затем в последующие 3—6 лет больные также не предъявляли жалоб на приступ печеночной колики, на боли в области печени; диету не соблюдали все, кроме язвенников, которые соблюдают язвенную диету.

Таким образом, применение отвара листьев японской мушмулы по вышеуказанному способу показало, что это средство является абсолютно безобидным, не дает побочных явлений, не аллергично, не при-

водит к каким-либо осложнениям. Противопоказаний к применению указанного отвара нами не выявлено.

Расширение плантаций японской мушмулы принесет пользу не только в медицине, но и в народном хозяйстве.

Городская поликлиника № 3 г. Сочи

Поступила 10/III 1977 г.

Լ. Ն. ԽԱՉԱՏՐՅԱՆ

ԼՅՂԱՔԱՐԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԵՐ ՓՈՐՁԸ
ՀԱՊՈՆԱԿԱՆ ԶԿԵՌՈՎ

Առաջարկվում է լեղաբարային հիվանդության բուժման համար բուսական ծագում ունեցող նոր դեղամիջոց՝ ճապոնական զկեռի տերևների եփուկ: Տրված է այդ բույսի բնութագիրը և եփուկի պատրաստման եղանակները:

L. N. KHACHATRIAN

OUR EXPERIENCE OF TREATMENT OF CHOLELITHIC
DISEASE BY JAPANESE MEDLAR

A new preparation of vegetable origin—decoction of leaves of Japanese medlar, is suggested for treatment of cholelithic disease. Characteristics of this plant and the ways of preparation of the decoction are given in the article.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бережной Т., Капцинель Т. А., Нестеренко Г. А. Субтропические культуры. М., 1963, стр. 563.
2. Гаркунова В. И. Бюллетень Всесоюзного научно-исследовательского института чая и субтропических культур, 1949, 2, стр. 37.
3. Ключев М. А. В кн.: Справочник лекарственных препаратов, рекомендованных для применения в СССР, выпускаемых отечественной промышленностью и закупаемых по импорту. М., 1970, стр. 8.
4. Ковалева Н. Г. Лечение растениями. М., 1971.
5. Машковский М. Д. В кн.: Лекарственные средства. М., 1977, стр. 459.
6. Нестеренко Г. А. Субтропическая мушмула. М., 1973.
7. Обухов А. И. Лекарственные растения. Краснодар, 1965.
8. Оганесян Л. А. История медицины в Армении, т. 2. Ереван, 1946.
9. Ушбаев К. У., Курамысова И. И., Аксенова В. Ф. В кн.: Целебные травы. Алма-Ата, 1976, стр. 115.
10. Харакозов М. Ф. В кн.: Лекарственные растения Краснодарского края и их использование. Краснодар, 1974, стр. 37.
11. Кордач В., Маречек З., Хмел И., Ирса М., Časopis lékařů českých, 1976, 13, стр. 403.