

© Коллектив авторов, 2024  
DOI: 10.21886/2712-8156-2024-5-1-86-89

## ОСТРЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ, ВЫЗВАННЫЙ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АШВАГАНДЫ

А.Т. Маринчук<sup>1</sup>, А.С. Харьков<sup>1</sup>, О.Е. Коломацкая<sup>1</sup>, М.А. Кашина<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

<sup>2</sup> ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница», Ростов-на-Дону, Россия

Лекарственное поражение печени становится одним из важных заболеваний печени и диагностической проблемой для врачей-терапевтов и гастроэнтерологов. Описан клинический случай предполагаемого повреждения печени, вызванного ашвагандой. Заболевание проявилось через 2 месяца после начала приема ашваганды по 1 г в сутки и протекало с холестатической и цитолитической формами повреждения печени, желтухой и кожным зудом. Проводимая терапия привела к улучшению общего состояния пациента, однако желтуха имела тенденцию к затяжному течению. Рекомендовано избегать повторного приёма биологически активной добавки (Ашваганда).

**Ключевые слова:** ашваганда, травяные и пищевые добавки, острый токсический гепатит, лекарственное повреждение печени

**Для цитирования:** Маринчук А.Т., Харьков А.С., Кашина М.С., Коломацкая О.Е. Острый токсический гепатит, вызванный употреблением ашваганды. *Южно-Российский журнал терапевтической практики.* 2024;5(1):86-89. DOI: 10.21886/2712-8156-2024-5-1-86-89.

**Автор, ответственный за переписку:** Коломацкая Ольга Евгеньевна, okolomackaya@mail.ru.

## ACUTE TOXIC HEPATITIS CAUSED BY ASHWAGANDHA CONSUMPTION

A.T. Marinchuk<sup>1</sup>, A.S. Khar'kov<sup>1</sup>, O.E. Kolomatskaya<sup>1</sup>, M.A. Kashina<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

<sup>2</sup>Rostov Regional Clinical Hospital, Rostov-on-Don, Russia

Drug-induced liver damage is becoming one of the important liver diseases and a diagnostic problem for general practitioners and gastroenterologists. A case report of suspected liver damage caused by ashwagandha is described. The disease appeared 2 months after starting to take ashwagandha 1 g per day and occurred with cholestatic and cytolytic forms of liver damage, jaundice and skin itching. The therapy led to an improvement in the patient's general condition, but the jaundice tended to be protracted. It is recommended to avoid repeated use of dietary supplement (Ashwagandha).

**Keywords:** ashwagandha, herbal and nutritional supplements, acute toxic hepatitis, drug-induced liver damage.

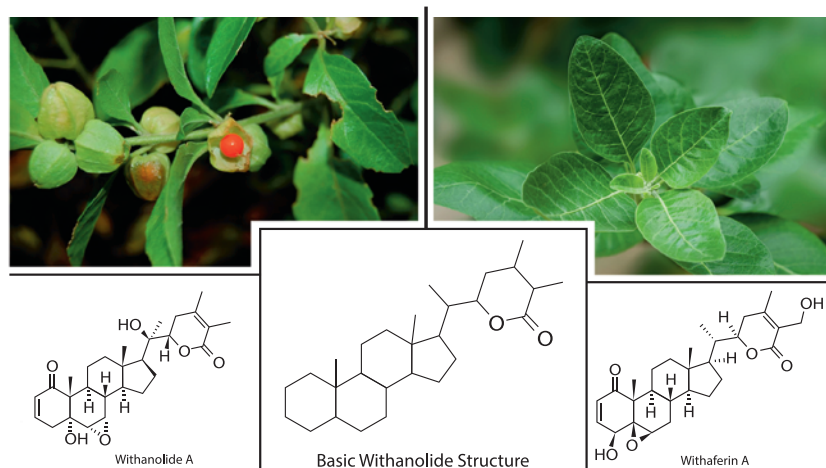
**For citation:** Marinchuk A.T., Kharkov A.S., Kashina M.S., Kolomatskaya O.E. Acute toxic hepatitis caused by ashwagandha consumption. *South Russian Journal of Therapeutic Practice.* 2024;5(1):86-89. DOI: 10.21886/2712-8156-2024-5-1-86-89.

**Corresponding author:** Olga E. Kolomatskaya, okolomackaya@mail.ru.

### Введение

Лекарственные средства растительного происхождения используются с давних времен для профилактики и лечения болезней, а также для улучшения психического благополучия человека. В последние годы применение трав и пищевых добавок растёт во всем мире. В то же время всё чаще в литературе встречаются описания случаев поражения печени, вызванные приёмом средств растительного происхождения. По данным зарубежных проспективных исследований, доля случаев лекарственного поражения печени (ЛПП), вызванных биологически актив-

ными добавками (БАД), увеличилась с 7% до 20% за последние 20 лет [1]. Особую популярность как в развитых, так и в развивающихся странах набирают пищевые добавки, произведенные в Китае и Индии. *Withania somnifera* известна в индийской аюрведической медицине как зимняя вишня, индийский женьшень или под санскритским названием «Ашвагандха», что означает «лошадиные силы», и широко используется на протяжении более 3000 лет для снятия стресса и беспокойства, улучшения сна, увеличения мышечной массы и силы, улучшения сексуальной функции как у мужчин, так и у женщин, для улучшения памяти и как «усилитель иммуните-



**Рисунок 1. *Withania somnifera* — основные биологически активные соединения витанолиды и их химическая структура.**

та». Тем не менее, для вышеупомянутых показаний не существует убедительных доказательств строгих, хорошо спланированных исследований.

Ашваганда – это растительное средство, получаемое из экстрактов корней *Withania somnifera*, низкорослого вечнозеленого кустарника, произрастающего в Индии и Юго-Восточной Азии (рис. 1).

Ашваганда возникла в Северной Африке, но широко распространена в Ираке, Пакистане, северной Индии и Китае. В настоящее время также интенсивно выращивается фермерами на юге Индии. Встречается в сухих, почти засушливых, скалистых местах, вдоль дорог, в кустарниковых саваннах и полупустынях. Несмотря на значительный лечебный потенциал, производство ашваганды ограничено из-за недостаточного количества высокоурожайных видов, подходящих для различных агроклиматических условий. На сегодняшний день в литературе описано более 12 алкалоидов и 35 витанолидов из корней, плодов, листьев и надземных частей растения, которые были очищены, идентифицированы и охарактеризованы [2]. Экстракты ашваганды эффективны изолированно друг от друга. Однако следует понимать, что отдельные элементы могут оказывать синергический эффект при применении в сочетании с другими растительными или синтетическими препаратами. Важно также учитывать, что эффекты химических составляющих пищевых добавок универсальны для всех болезненных состояний, в то время как одно и то же состояние может быть вызвано разными механизмами.

Вместе с тем в последнее время появились сообщения о нескольких случаях клинически выраженного повреждения печени у пациентов, принимающих коммерческие растительные продукты, которые маркированы, как содержа-

щие ашваганду [3–5]. Желтуха имела тенденцию к затяжному течению, но разрешалась без летальных исходов.

### Описание клинического случая

В настоящей статье авторами представлено описание реального случая острого токсического гепатита, вызванного употреблением ашваганды. Больной К., 23 года, поступил в гастроэнтерологическое отделение ГБУ РО «РОКБ» 12.09.2023 г. с жалобами на желтушность склер и кожных покровов, мучительный кожный зуд, снижение массы тела на 15 кг за последние 2 месяца, общую слабость.

Из анамнеза известно, что клинические проявления заболевания отмечены пациентом 27.07.2023 г., когда появился кожный зуд. Со слов больного, в течение двух месяцев (с июня 2023 г.) принимал БАД (Ашваганда) 1 раз в сутки. 16 августа 2023 г. отметил желтушное окрашивание кожных покровов и склер и был направлен в инфекционное отделение ГБУ РО ЦГБ г. Батайска. Инфекционная этиология заболевания была исключена, и пациент был переведён в гастроэнтерологическое отделение ГБУ РО «РОКБ» для дообследования и коррекции терапии.

Данные анамнеза жизни пациента диагностического интереса не представляли. Пациент рос и развивался в соответствии возрастом. Наследственность неотягощена. Данных о туберкулёзе, венерических заболеваниях, вирусном гепатите в анамнезе не обнаружено. Вредных привычек у пациента не выявлено (со слов пациента, не курит, алкоголь не употребляет). Эпидемиологический и аллергологический анамнез

благоприятный. Травм и операций не было. Гемотрансфузии не проводились.

При поступлении общее состояние больного оценивалось как состояние средней тяжести. Больной выше среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Рост – 185 см, вес – 100 кг, индекс массы тела – 29,2 кг/м<sup>2</sup>. Сознание ясное. При осмотре кожные покровы и видимые слизистые иктеричны.

Патологии со стороны сердечно-сосудистой системы и органов дыхания не было выявлено. Данные исследования органов пищеварения: язык влажный, обложен белым налетом. Живот правильной формы, слегка увеличен за счёт развития подкожной жировой клетчатки, активно участвует в акте дыхания всеми отделами, при пальпации мягкий, слегка болезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, поверхность её гладкая, консистенция мягкая, болезненная. Селезёнка не пальпируется. Стул один раз в сутки, оформленный, без патологических примесей, обесцвеченный.

При оценке лабораторных данных были выявлены следующие изменения:

- в общем анализе крови: ускорение СОЭ – до 36 мм/ч, содержание гемоглобина – 120 г/л, эритроцитов –  $4,12 \times 10^{12}/л$ , лейкоцитов –  $4,77 \times 10^9/л$ , тромбоцитов –  $319,0 \times 10^9/л$ ;

- в общем анализе мочи: удельный вес – 1016, лейкоциты – 6–9 в поле зрения, определяется билирубин, цвет мочи тёмно-янтарный;

- в биохимическом анализе крови: резкое увеличение общего билирубина – до 413,2 мкм/л, прямого – 276,0 мкм/л, повышение активности АЛТ – 154 Ед/л, АСТ – 130 Ед/л, щелочной фосфатазы – 520 Ед/л, уреазный тест на *H. Pylori* отрицательный;

- антитела IgG к микросомам печени и почек, растворимому антигену печени не выявлены;

- креатинин – 91,6 мкм/л, амилаза – 70 Ед/л,  $\gamma$ -ГТП – 28 Ед/л, глюкоза – 4,62 мм/л, холестерин – 2,85 мм/л, железо сыворотки крови – 21,9 мм/л, альбумин – 36 г/л, СБ – 2,6 мг/л; калий – 3,27 мм/л, натрий – 139,5 мм/л;

- ревматоидный фактор – 2,1 г/л, альфафетопротеин – 4,5 нг/мл;

- коагулограмма: АЧТВ – 25,6 сек., МНО – 0,87;
- в копрограмме обращало на себя внимание отсутствие стеркобилина.

- По данным УЗИ органов брюшной полости (ОБП) – гепатоспленомегалия. Диффузные изменения поджелудочной железы. Согласно результатам спиральной компьютерной томографии (СКТ) ОБП также определялись КТ-признаки гепатоспленомегалии. Выполнена ЭФГДС. Выявлена недостаточность кардии. Слизистая нижней трети пищевода несколько отёчная, умерен-

но гиперемирована. В антральном отделе желудка выявлена гиперемия и множественные эрозии. Гиперемия слизистой оболочки дуоденума. Флюорограмма органов грудной клетки без патологии.

На основании жалоб больного, данных анамнеза, а также результатов исследований, представленных выше, был установлен диагноз: «Основное заболевание: острый токсический гепатит, возможно вызванный приемом ашваганды, с холестатическим синдромом высокой степени активности, цитолитическим синдромом минимальной степени активности. Сопутствующие заболевания: Гастроэзофагеальнорефлюксная болезнь. Недостаточность кардии. Дистальный пептический рефлюкс-эзофагит. Хронический гастрит с эрозиями в антральном отделе. Дуоденит».

Пациенту проведено лечение, направленное на купирование основных синдромов, нормализацию лабораторных показателей, гастро- и гепатопротекцию: омепразол 20 мг × 2 раза в день за 30 мин. до еды; панкреатин 25000 ЕД 3 раза в день во время еды; фамотидин 20 мг 2 раза в день в/в струйно; адеметионин 200 мг растворить в 200 мл физ. раствора в/в капельно 1 раз в сутки; ремаксол 400,0 в/в капельно 1 раз в сутки через день; урсодезоксихолевая кислота (Урсосан) 250 мг 3 раза в сутки; лактулоза 30 мл на ночь.

На фоне проведенной терапии лабораторные показатели улучшились: содержание общего билирубина снизилось до 183 мкм/л, прямого билирубина – до 91,7 мкм/л, активность щелочной фосфатазы – до 167 Ед/л, АЛТ – 70 Ед/л, АСТ – до 76 Ед/л. Однако функциональные пробы печени не достигли нормальных величин, что свидетельствует о затяжном течении заболевания.

Больной выписан 25.09.2023 г. на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии: уменьшилась выраженность холестатического, цитолитического и интоксикационного синдромов, кожного зуда, купирован абдоминальный синдром.

## Выводы

Данный случай иллюстрирует гепатотоксический потенциал ашваганды. Повреждение печени проявилось через 2 месяца после начала приёма ашваганды и протекало с холестатической и цитолитической формами повреждения, желтухой и кожным зудом. Желтуха имела тенденцию к затяжному течению. Пациенту рекомендовано избегать повторного приема БАД (Ашваганда).

Вместе с тем нельзя исключить возможность неправильной маркировки и фальсификации ге-

патотоксичными растительными продуктами, что является проблемой в коммерческих многокомпонентных пищевых добавках.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

#### ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Björnsson HK, Björnsson ES, Avula B, Khan IA, Jonasson JG, Ghabril M, Hayashi PH, Navarro V. Ashwagandha-induced liver injury: A case series from Iceland and the US Drug-Induced Liver Injury Network. *Liver Int.* 2020;40(4):825-829. DOI: 10.1111/liv.14393
2. Malík M, Tlustoš P. Nootropic Herbs, Shrubs, and Trees as Potential Cognitive Enhancers. *Plants (Basel)*. 2023;12(6):1364. DOI: 10.3390/plants12061364
3. Tóth M, Benedek AE, Longerich T, Seitz HK. Ashwagandha-induced acute liver injury: A case report. *Clin Case Rep.* 2023;11(3):e7078. DOI: 10.1002/ccr3.7078
4. Philips CA, Valsan A, Theruvath AH, Ravindran R, Oommen TT, Rajesh S, et al. Ashwagandha-induced liver injury-A case series from India and literature review. *Hepatol Commun.* 2023;7(10):e0270. DOI: 10.1097/HC9.0000000000000270
5. Lubarska M, Hałasiński P, Hryhorowicz S, Mahadea DS, Łykowska-Szuber L, Eder P, et al. Liver Dangers of Herbal Products: A Case Report of Ashwagandha-Induced Liver Injury. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(5):3921. DOI: 10.3390/ijerph20053921

#### Информация об авторах

**Маринчук Александр Тимофеевич** — к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней №1, ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия.

**Харьков Александр Сергеевич** — к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней №1, ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия.

**Коломацкая Ольга Евгеньевна** — к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней №1 ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2888-3194> okolomackaya@mail.ru.

**Кашина Марина Александровна** — гастроэнтеролог, ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница», Ростов-на-Дону, Россия.

#### Information about the authors

**Alexander T. Marinchuk** — Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Internal Diseases No. 1, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia.

**Alexander S. Kharkov** — Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Internal Diseases No. 1, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia.

**Olga E. Kolomatskaya** — Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Internal Medicine No. 1, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia, orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2888-3194> okolomackaya@mail.ru.

**Marina A. Kashina** — gastroenterologist, Regional Clinical Hospital, Rostov-on-Don, Russia.

Получено / Received: 03.02.2024

Принято к печати / Accepted: 14.02.2024