

# ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИЛИМАРОЛА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

**В.И. Кириченко**

Винницкая клиническая больница имени Н.И. Пирогова

**Ключевые слова:** холецистэктомия, желчекаменная болезнь, лечение, силимарин.

Изменения в гепатобилиарной зоне у 15—20% больных, перенесших холецистэктомию, были выявлены в конце XIX века, когда впервые удалили желчный пузырь. Расстройств после холецистэктомии и неэффективности операции объясняли техническими погрешностями, спаечным процессом, нарушением физиологии желчевыделения. Но с внедрением щадящих хирургических методик, особенно лапароскопической холецистэктомии, и появлением современных методов исследования стало ясно, что подавляющее большинство расстройств после холецистэктомии связано с неоткорригированными нарушениями в гепатобилиарной зоне.

Уже в ранних стадиях желчекаменной болезни (ЖКБ) поражается печень, нарушаются ее функции, умеренно снижается печеночный кровоток с последующим развитием портальной гипертензии на фоне диффузного поражения печени [1, 4, 5]. В настоящее время неспецифический очаговый или диффузный реактивный гепатит выявляют у 37—68% больных ЖКБ. Диффузный гепатит проявляется неконъюгированной гипербилирубинемией, повышением уровней АлТ, АсТ, ГГТ, щелочной фосфатазы. У 6—17% пациентов выявляют реактивный гепатит со стеатозом печени, у 19—23% — изолированный стеатоз печени [2].

В связи с вышеизложенным имеются большие резервы профилактики постхолецистэктомического синдрома как до операции, так и в послеоперационный период, до развития самих осложнений и ухудшения качества жизни пациентов.

Цель исследования: изучение эффективности гепатопротекторов растительного происхождения в комплексе лечения и реабилитации больных после лапароскопической холецистэктомии.

## Материалы и методы исследования

Мы наблюдали 62 пациентов, перенесших лапароскопическую холецистэктомию по поводу ЖКБ (57 пациентов) и полипов желчного пузыря (5 пациентов). На основании клинических проявлений, результатов лабораторных и инструментальных методов исследований у них был установлен диагноз хронического гепатита. Среди наблюдаемых были 53 женщины и 9 мужчин в возрасте от 28 до 64 лет.

Для лечения реактивных неспецифических гепатитов применяли силимаринсодержащие растительные гепатопротекторы. Флавоноиды силимарина оказывают мембраностабилизирующее действие,

укрепляют клеточные мембраны, повышают резистентность гепатоцитов, митохондриальных мембран, усиливают синтетическую функцию альбумина, регулируют белковый синтез, стимулируют детоксикационную функцию печени, уменьшают дезагрегацию тромбоцитов. Силибинин обладает антиоксидантной активностью за счет взаимодействия со свободными радикалами, угнетает продукцию малонового диальдегида, блокирует транспортные системы, переносящие токсические вещества, в частности яды, уменьшает ломкость капилляров, улучшает микроциркуляцию в печени [3].

Все больные были разделены на 2 группы. Первая группа состояла из 28 больных хроническим неспецифическим реактивным гепатитом, перенесших лапароскопическую холецистэктомию. В качестве гепатопротектора им назначали Силимарол, полученный из силимаринового экстракта семян пятнистой росторопши, содержащий 70 мг флавонолигнанов в пересчете на силибинин.

Пациенты второй группы (34 человека) также перенесли лапароскопическую холецистэктомию. У них тоже был диагностирован реактивный гепатит. В качестве гепатопротекторов они принимали растительные препараты, содержащие, кроме росторопши, желчегонные травы. Фармакодинамические свойства силимарина в этих случаях дополнялись желчегонным, спазмолитическим действием, холерезом при одновременном уменьшении тонуса сфинктера Одди.

Эффективность оценивали на основании клинической картины, результатов печеночных проб (уровни билирубина, АлТ, АсТ, ГГТ, ЩФ, тимоловой пробы; табл. 1), а также эндоскопии желудка и двенадцатиперстной кишки.

Исследования проводили на 1-е и 15-е сутки лечения. Болевой синдром в верхней половине живота не учитывали, т. к. терапию начинали на 10—15-е сутки после операции, т. е. в послеоперационный период. Значительно улучшилось состояние больных первой группы уже на 8-е сутки, тогда как у больных второй — на 10-е. Особенно это касается горечи во рту, изжоги, отрыжки (табл. 2).

При эндоскопическом исследовании выявлено, что у 73% больных обеих групп были проявления рефлюксной болезни разной интенсивности. В результате лечения значительно улучшилось состояние слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Наряду с уменьшением ко-

Таблиця 1. **Изменение биохимических показателей в процессе лечения**

Показатель	Первая группа (n = 28)		Вторая группа (n = 34)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Билирубин	26,7	18,3	27,9	19,2
АлТ	41,4	27,1	43,2	32,6
АсТ	45,1	23,2	47,3	33,1
ГГТ	105,3	75	112,9	89,1
ЩФ	415,2	285,1	402,8	321,7
Тимоловая проба	7,3	4,5	7,9	6,1

Таблиця 2. **Характеристика диспепсического синдрома до и после лечения**

Симптом	Первая группа (n = 28)		Вторая группа (n = 34)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Горечь во рту	22	6	25	17
Вздутие живота	21	9	27	11
Тошнота	15	7	13	4
Изжога	19	6	16	10
Рвота	7	2	6	2
Отрыжка	12	2	23	12
Понос	9	1	12	4

личества эпизодов дуодено-гастрального и гастроэзофагеального рефлюкса у 62% пациентов первой группы и у 33% — второй не было выявлено эндоскопических признаков рефлюксной болезни. Эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки зажили у 23% пациентов.

Улучшение эндоскопической картины наблюдалось в 5% пациентов второй группы, достоверных изменений не отмечено у 18%, и у 11% больных к дуодено-гастральному рефлюксу присоединился гастроэзофагеальный, у 2 больных в антральном отделе возникли поверхностные эрозии.

Таким образом, применение Силимарола при постхолецистэктомическом синдроме способствует уменьшению проявлений цитолиза, холестаза, мезенхимального воспаления, нормализует пигментный обмен.

Силимарол, назначенный в короткие сроки после операции, наряду с нормализацией печеночных показателей, устранением диспептического синдрома не провоцирует рефлюксов. Это позволяет рекомендовать препарат в качестве гепатопротектора для лечения и реабилитации больных, перенесших лапароскопическую холецистэктомию.

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРЫ**

1. Гриценко І.І., Степанов Ю.М. та ін. Хронічні захворювання жовчовивідної системи: проблеми лікування // Сучасна гастроентерол.— 2003.— № 1.— С. 49—55.
2. Дегтярєва І.І. Заболевания органов пищеварения. 3-е изд.— К., 2003.
3. Дейнеко Н.Ф. и др. Профилактика и коррекция печеночноклеточной дисхолии комбинированным препаратом Ге-

пабене у пациентов после выполнения лапароскопической холецистэктомии по поводу ИСПБ // Сучасна гастроентерол.— 2002.— № 2.— С. 76—78.

4. Подымова С.Д. Болезни печени. Руководство для врачей 3-е изд.— М.: Медицина, 1998.
5. Шерлак Ш., Душ Дж. Заболевание печени и желчных путей. Практическое руководство, пер. с англ. / Под ред. З.Г. Апросиной, Н.А. Мухина.— М.: Гэотармед, 2002.

## **ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ СИЛІМАРОЛУ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ**

**В.І. Кириченко**

У статті наведено результати застосування Силімаролу у хворих після лапароскопічної холецистектомії. Показано, що препарат зменшує вияви цитолізу, холестази, сприяє нормалізації пігментного обміну. Силімарол нормалізує печінкові показники, усуває диспептичний синдром, не провокуючи рефлюксів. Рекомендовано Силімарол для лікування і реабілітації хворих, що перенесли лапароскопічну холецистектомію.

## **EXPERIENCE OF THE USE OF SILIMAROL FOR CORRECTION OF DISORDERS AFTER LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY**

**V.I. Kirichenko**

In the article the results of Silimarol administration in patients after laparoscopic cholecystectomy have been presented. It has been shown that this medicinal product increased manifestations of cytolysis, cholestasis, promoted normalization of pigmentary exchange. Silimarol normalized liver indices, removed dyspeptic syndrome without refluxes provocations. Silimarol is recommended for the treatment and rehabilitation of patients, undergone laparoscopic cholecystectomy.