

Аляви А.Л., Абдуллаев А.Х., Каримов М.М.

ЭЛЕКТРОФОРЕЗ ГЛИЦИРРИЗИНОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

*Отделение гастроэнтерологии НИИ медицинской реабилитации и физиотерапии Минздрава Республики
Узбекистан, Ташкент*

По данным клинических наблюдений в после дние 40 лет заболеваемость холелитиазом за каждые 10 лет удваивалась, а по материалам патологоанатомических исследований за 25 лет она возросла примерно в 2,8 раза. Вместе с тем

Вятский медицинский вестник, 2002, № 1(10) холецистэктомия не всегда приносит облегчение больным - от 20 до 40% случаев. При этом, помимо постхолецистэктомического синдрома, у большинства больных отмечаются вторичные нарушения желчеобразования с развитием вторичных холестатических гепатитов. Лечение таких больных, когда отсутствуют показания к хирургической декомпрессии желчных протоков, составляет определенную проблему в гепатологии.

Целью наших исследований явились изыскание путей коррекции нарушений процессов желчеобразования у больных, перенесших холецистэктомию, с применением физиотерапевтических методов.

Обследовали 40 больных в сроки от 1 до 5 лет (4 мужчин и 36 женщин, средний возраст 50,4 года). Помимо общеклинических методов, проводилось определение щелочной фосфатазы (ЩФ), эндогенного кортизола. Внешнесекреторную функцию печени исследовали с помощью дуоденального зондирования с изучением биохимического состава желчи. До клинических исследований в экспериментах на лабораторных животных определяли биодоступность, полярность и степень депонирования в жировом слое производного Glicirrizalabra глицирризиновой кислоты (ГК).

Клиническая картина у больных складывалась из болевого (боли в правом подреберье у 31 больного), диспепсических (у 38 больных) синдромов и зуда кожи (у 7 больных). У 28 больных отмечались увеличение ЩФ до $102,5 \pm 4,2$ е/л, при контроле $81,0 \pm 7,6$ ед/л, у 32 больных снижение уровня кортизола до $125,0 \pm 6,0$ нмоль/л, при контроле $230,5 \pm 9,8$ нмоль/л. Исследование порции С желчи показало снижение содержания билирубина на 65%, увеличение холестерина на 207% и снижение хелатохолестеринового коэффициента (ХХК) на 78%, по сравнению с показателями здоровых лиц.

Всем больным в комплексе лечебных процедур назначали электрофорез ГК с положительного электрода в дозе 100 мг при силе тока $0,05-0,1$ мА/см², 10 мин. №10 ежедневно. Процедуру все больные переносили хорошо. У всех больных, наряду с уменьшением (у 17 больных) или исчезновением (23 больных) симптоматики заболевания, были отмечены снижение ЩФ до $86,2 \pm 5,5$ е/л и увеличение кортизола до $185,6 \pm 6,8$ нмоль/л. В порции С желчи отмечены увеличение билирубина на $87,7 \pm 42\%$, снижение холестерина на $34,0 \pm 3,7\%$ и увеличение ХХК на 56%.

Учитывая, что ГК, помимо стимуляции синтеза кортизола надпочечниками и соответственно нормализации процессов метаболизма холестерина гепатоцитами, обладает собственными гепатозащитными свойствами, данную методику лечения можно рекомендовать больным с холестатическими поражениями печени.