

Мустафин А.Х., Галимов И.И., Мусина Л.А.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ

Кафедра общей хирургии с курсом урологии,

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Регенерация печеночной паренхимы является одним из важнейших показателей в хирургической гепатологии, определяя во многом исход оперативных вмешательств. В клинике после обширных резекций и резекций патологически измененной печени возникает настоятельная необходимость купирования прогрессирующей или развивающейся печеночной недостаточности и ускорения процессов регенерации в оставшейся части печени. Для улучшения функционального резерва печени нами разработан комплекс мероприятий, который состоит из внутripеченочной стимуляции культуры печени биостимулятором «Аллоплант», porto-печеночной перфузии, внутripортального лазерного облучения крови.

Экспериментальные исследования показали, что при резекции печени с одновременной стимуляцией биоматериалом «Аллоплант» происходит опосредованная стимуляция пролиферации гепатоцитов через активированные макрофаги. Об этом свидетельствуют результаты количественных исследований числа двуядерных гепатоцитов. В отличие от репаративной регенерации печени при резекции, когда наблюдается *Вятский медицинский вестник, 2002, № 1(10)* в основном полиплоидия и внутриклеточная гиперплазия, при сочетании резекции и биостимулятора наблюдается выраженная пролиферация гепатоцитов. Положительные результаты позволили перейти к клиническому применению стимулятора «Аллоплант» при резекциях печени. Мелкодисперсный «Аллоплант» вводится с помощью безыгольного инъектора, в оставшиеся после резекции сегменты. Общий характер регенерации материала аналогичен экспериментальным данным.

С целью стимуляции регенерации при резекции печени, наряду с инъекцией аллогенных стимуляторов регенерации, было применено лазерное облучение воротной крови. Через разбухиваемую пупочную вену катетеризировали воротную вену подключичным катетером диаметром 1,4 мм, что позволяло проводить волоконный световод. В послеоперационном периоде проводили внутripортальное лазерное облучение крови с использованием гелий-неонового лазера ЛГ-79 с длиной волны 368 мкм, через кварцевый моноволоконный световод с мощностью излучения на выходе 9 мВт. Световод вводили через катетер в воротную вену и облучали портальную кровь по 6-10 минут ежедневно, в течение 5-8 дней. Наряду с лазеротерапией, проводили внутripортальную инфузию лекарственных препаратов, обладающих антикоагуляционным и дезагрегационным действием (гепатотропные препараты, ангиопротекторы, дезагреганты) и способствующих улучшению реологических свойств воротной вены.

По данным сканирования, УЗИ, КТ печени отмечается рост печеночной ткани, размеры оставшейся части печени увеличиваются на 30-40% в течение 1 года после резекции. По нашему мнению, стимуляция регенерации приводит к более раннему функциональному восстановлению культуры печени и снижает риск возникновения острой печеночной недостаточности. Для изучения отдаленных результатов проведены объективные обследования, доплерография сосудов печени, компьютерная томография, сцинтиграфия, реогепатография, биопсия в динамике. Установлено, что полноценная компенсация функционального состояния и регенерация происходит в сроки от 2 до 4 месяцев после обширных резекций и до 12 месяцев и более после обширных резекций.

Разработанный комплекс мероприятий, включающий применение биостимулятора «Аллоплант», перипортальную денервацию, внутripортальную инфузию лекарственных препаратов, внутripортальную лазеротерапию, предупреждает развитие печеночной недостаточности и способствует быстрейшему восстановлению функционального состояния печени.