

Чингизова Г.Н.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, СОЧЕТАННОЙ С ДИФфуЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

*Кафедра общей хирургии с курсом урологии,  
Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия*

Длительное течение желчнокаменной болезни (ЖКБ), особенно ее осложненные формы, не редко сопровождаются формированием в печени диффузных изменений. И наоборот, хронические гепатиты и циррозы печени, сопровождающиеся нарушениями функции печеночной паренхимы, способствуют развитию ЖКБ.

В основу работы легло изучение результатов лечения 149 больных ЖКБ, сочетанной с диффузными заболеваниями печени (ДЗП), находившихся в 1995-2000 гг. в Республиканском центре хирургической гепатологии. Большинство больных были в возрасте от 40 до 60 лет. Женщин - 115, мужчин - 34. Клиническая картина сочетанного поражения желчевыводящих путей и паренхимы печени (гепатиты, циррозы) носила разнобразный характер.

Хирургическое лечение проведено всем 149 больным ЖКБ, сочетанной с различными вариантами диффузных поражений печени. В контрольной группе больным ЖКБ с ДЗП выполнено холецистэктомия (95 случаев), которую дополняли по показаниям холедохолитотомией (17 случаев), билиодигестивным соустьем (11 случаев). В основной группе больным, кроме холецистэктомии и необходимого объема вмешательства на желчевыводящих протоках, выполняли коррекцию диффузного заболевания печени в различном объеме в зависимости от степени поражения печеночной паренхимы. Большинство больных (42 случая - 77,8%) ЖКБ, сочетанной с хроническим активным гепатитом (ХАГ), выполнялись холецистэктомия, денервация общей печеночной артерии, канюлирование воротной вены, стимуляция регенерации печени биоматериалом «Аллоплант». При ЖКБ, сочетанной с ХАГ (агрессивное течение), осложненным синдромом холестаза, спленомегалией и гиперспленизмом, или при циррозе печени с гиперспленизмом, выполняли холецистэктомию, денервацию общей печеночной артерии, канюлирование воротной вены, стимуляцию регенерации печени «Аллоплантом», спленэктомию. Такой объем операции выполнен 10 (18,5%) больным.

При ЖКБ и сформировавшемся циррозе печени, осложненном портальной гипертензией, спленомегалией с гиперспленизмом, асцитом, энцефалопатией, выполняли холецистэктомию, канюлирование воротной вены, стимуляцию регенерации печени «Аллоплантом», portoкавальное шунтирование. Такой объем вмешательства выполнен 2 (3,7%) больным.

В основной группе в течение 2-3 недель после операции проводилась внутрипортальная инфузия лекарственных препаратов: раствор глюкозы с аскорбиновой кислотой для улучшения метаболических процессов в печени, трентал (или пентоксифиллин) для улучшения микроциркуляции в печени и уменьшения гипоксии гепатоцитов, гептрал - гепатопротектор, оказывающий свое действие даже на фоне внутрипеченочного холестаза. Данный оптимальный состав инфузата, вводимого внутрипортально в совокупности с интраоперационно внутрипаренхиматозно вводимым биологическим материалом «Аллоплант», обеспечивает устранение гипоксии гепатоцитов и холестаза, усиление регенераторных процессов в печени, способствуя тем самым стабилизации или регрессу патологического диффузного процесса в паренхиме органа.

Таким образом, комплекс интра- и послеоперационных мер, направленный на коррекцию сочетанной с ЖКБ диффузной патологии печени, способствует более легкому течению раннего послеоперационного периода, а в поздние сроки после операции уменьшает прогрессирование патологического процесса в печени и переход в тяжелые формы циррозов.