

РЕШЕННЫЕ И НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ГЕПАТОЛОГИИ (Фрагмент проблемы)

*Кафедра общей хирургии и морской медицины, Владивостокский государственный медицинский университет, Владивосток, Россия*

Ухудшение в последнее десятилетие социального-экономического положения населения Дальнего Востока, достоверное увеличение активных наркоманов значительно усугубляют печальную статистику заболеваемости вирусными гепатитами в этом регионе. По данным Приморского краевого центра санэпиднадзора Приморский край относится к зоне повышенной эндемичности по данной патологии. Периодически в разных районах отмечаются вспышки вирусного гепатита. При выборочном обследовании оказалось, что 10-12% населения инфицированы вирусами «В» и «С». Отмечен рост числа хронических гепатитов и декомпенсированных циррозов печени. По нашим данным с 1996 г. наблюдается увеличение числа гепатокарцином в 1,5-2 раза, а гидатидного и альвеолярного эхинококкоза печени в 2 раза. В последнее время установлено негативное влияние вирусов гепатитов в этиологии системных заболеваний соединительной ткани, гематологических заболеваний, а также трансформации диффузных заболеваний печени в очаговые как доброкачественные, так и злокачественные.

19

Все вышесказанное делает актуальным поиск новых современных методов диагностики и лечения этих заболеваний. Нами разработаны методы канюлирования воротной вены и печеночной артерии. Сконструированы для этой цели специальные баллонно-катетерные устройства (БКУ). Для предупреждения кровотечения из канюлированного сосуда мы разработали метод тоннелизации БКУ тканью большого сальника и желудочно-ободочной связки, а также метод фиксации БКУ к брюшной стенке и операционной ране. Это позволяет проводить целенаправленный, управляемый курс лечения лекарственными растворами в заданной концентрации, воздействовать непосредственно на патологически измененную печень, не вызывая побочных реакций со стороны как печени, так и всего организма. При острых гепатитах (ОВГ) курс внутрипортальной терапии составляет 7-14 дней, при хронических (ХВГ) он может продолжаться до 3-5 недель. При ОВГ внутрипортальные инфузии являются новым патогенетическим подходом к лечению больных и могут быть методом выбора. А при ХВГ внутрипортальная инфузия должна дополняться рядом других лечебных мероприятий как консервативных, так и хирургических (в том числе разработанным в клинике методом оксигенации воротной крови аутокровью с помощью временного наружного управляемого артерио-венозного шунта). Лекарственное начало вводится 2 раза в сутки: один раз методом перфузии со скоростью физиологического кровотока (0,5-1,0 мл/г/сек.), а во вторую половину суток выполняется капельная инфузия.

Показаниями к хирургическому лечению и проведению регионарной внутрипортальной терапии при хронических процессах в печени являются: 1) наличие активного процесса в печени (явления интоксикации, диспептические расстройства, выраженные астено-вегетативные проявления, повышение показателей AST, ALT, ускоренные осадочные пробы, снижение общего белка, содержания альбуминов плазмы и диспротеинемия); 2) хронические холестатические процессы (хронические гепатиты) с четкой клинической картиной, сопровождающиеся выраженной гепатомегалией в сочетании с одной лишь билирубинемией при отсутствии ферментативной активности; 3) наличие сопутствующей гепатиту инфекции, поддерживающей воспалительные процессы в печеночной ткани.

Применение внутрипортальной сосудистой терапии в комплексном хирургическом лечении диффузных и очаговых заболеваний печени позволяет улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения этой категории больных.