

СОРБЦИОННАЯ ДЕТОКСИКАЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ДИФFUЗНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Кафедра общей хирургии, кафедра факультетской хирургии, Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Россия

Желчнокаменная болезнь и ее осложнения в 19% случаев сочетаются с диффузными поражениями печени. Усугубляя друг друга, эти заболевания ведут к развитию тяжелой печеночной недостаточности, которая является наиболее частой причиной смерти.

Нами проведен анализ лечения 534 больных с диффузными поражениями печени и желчнокаменной болезнью, из которых 296 больным (исследуемая группа) при консервативной терапии в пред- и послеоперационном периоде применены сорбционные методы лечения: асцитосорбция, лимфосорбция, энтеросорбция, гемосорбция, холесорбция, или их различные сочетания, а также инфузии ксеноспленоперфузата, варианты наружного и внутреннего дренирования грудного лимфатического протока. Другие 238 больных, получавших традиционное лечение до начала применения сорбционных методов, или отказавшихся от них, вошли в контрольную группу.

Полученные результаты свидетельствуют, что сорбционная терапия показана всем больным с желчнокаменной болезнью, диффузными поражениями печени, осложненных холестазом, печеночной недостаточностью и холемиической интоксикацией, в сочетании с консервативной терапией в пред- и послеоперационном периоде. Лучшие результаты она дает у больных с диффузными поражениями печени, в сочетании с желчнокаменной болезнью. Наиболее эффективна комплексная сорбционная терапия.

При диффузных поражениях печени, проявляющихся печеночной недостаточностью, холемиической интоксикацией, показано дренирование грудного лимфатического протока с последующей лимфосорбцией. У больных с различными стадиями асцита показано внутреннее дренирование грудного лимфатического протока, а при печеночной недостаточности и холемиической интоксикации - варианты внутреннего дренирования (лимфовенозный анастомоз, дуктолиз), в сочетании с наружным, для проведения лимфосорбции. В группе больных с диффузными поражениями печени и, особенно, с асцитом гемосорбция противопоказана из-за опасности развития осложнений.

При желчнокаменной болезни, осложненной доброкачественной желтухой, наиболее эффективна лимфосорбция в пред- и послеоперационном периоде, а при ее невыполнимости - гемосорбция. В послеоперационном периоде показана холесорбция. Внутреннее дренирование грудного лимфатического протока противопоказано.

При сочетании у больных желчнокаменной болезни и диффузных поражений печени с целью детоксикации в пред- и послеоперационном периоде показано наружное дренирование грудного лимфатического протока с лимфосорбцией, с вариантами внутреннего дренирования (лимфовенозный анастомоз, дуктолиз). Холесорбция абсолютно показана при вмешательствах, сопровождающихся наружным дренированием желчевыводящих путей. Гемосорбция опасна из-за развития связанных с ней осложнений. Всем больным для поддержания эффекта сорбционной терапии показана энтеросорбция и инфузии ксеноспленоперфузата.

Реализация этих принципов в клинике позволила значительно улучшить результаты лечения больных, снизить летальность в исследуемой группе по сравнению с контрольной: среди больных с желчнокаменной болезнью на 4,09%; среди больных с диффузными поражениями печени на 10,92%; среди больных с желчнокаменной болезнью с диффузными поражениями печени на 9,19%. Общая летальность в исследуемой группе снижена, по сравнению с контрольной, на 8,71%, послеоперационная - на 12,41% ($p < 0,01$).