

ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ И ОСТРОМ ЖЕЛЧНОКАМЕННОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Саидов И. К.

(самостоятельный соискатель)

Уроков Ш.Т.

Научный руководитель: д.м.н.,

Бухарский медицинский институт и Бухарский филиал РНЦЭМП

Актуальность

Острый холецистит (ОХ) входит в тройку наиболее часто встречающихся острых хирургических заболеваний органов живота и имеет серьезные социально-экономические последствия. Главным образом им страдают лица зрелого и старшего возрастов, а также имеющие желчнокаменную болезнь. При остром осложненном холецистите после традиционной хирургической тактики уровень послеоперационных осложнений достигает 44%, летальность – 20-45,7%.

Цель работы. Выбор оптимальной тактики хирургического лечения при циррозе печени и остром желчнокаменном холецистите.

Материалы и методы. В основу работы легло изучение результатов лечения 56 больных ЖКБ, сочетанной с циррозом печени (ДЗП), находившихся в 2018-2020 гг. в Бухарский филиал РНЦЭМП. Большинство больных были в возрасте от 30 до 65 лет. Женщин - 32, мужчин - 24. Клиническая картина сочетанного поражения желчевыводящих путей и паренхимы печени (гепатиты, циррозы) носила разнообразный характер.

Результаты и обсуждение. Хирургическое лечение проведено всем 56 больным ЖКБ, сочетанной с различными вариантами поражений печени. В контрольной группе больным ЖКБ с ЦП выполнена холецистэктомия (56 случаев), которую до полняли по показаниям холедохолитотомией (35 случаев). В основной группе больным, кроме холецистэктомии и необходимого объема вмешательств на желчевыводящих протоках, выполняли коррекцию диффузного заболевания печени в различном объеме в зависимости от степени поражения печеночной паренхимы. Большинство больных (21 случая - 37,8%) ЖКБ, сочетанной с хроническим активным гепатитом (ХАГ). При ЖКБ, сочетанной с ХАГ (агрессивное течение), осложненным синдромом холестаза, спленомегалией и гиперспленизмом или при циррозе печени с гиперспленизмом, выполняли холецистэктомию, такой объем операции выполнен 10 (18,5%) больным.

Острый воспалительный процесс в желчном пузыре ухудшает функциональное состояние печени; вызывает снижение метаболических функций и усиление активности патологического процесса в печени. У больных ЦП с простыми формами ОКХ без холедохолитиаза или после эндоскопической санации холедоха наиболее оптимальным оперативным вмешательством является ЛХЭК. Оперативное лечение КХ у больных ЦП с функциональным классом «С» представляет крайне высокий риск. У этих больных перспективны малоинвазивные вмешательства (ЛХЭК).

В основной группе в течение 2-3 дней после операции проводилась внутривенная 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 своедействие даже на фоне внутрипеченочного холестаза.

Выводы. 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 переход в тяжелые формы циррозов.