

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ "В" И "С"

Кафедра хирургии с курсом топографической анатомии ТИППМК

Ключевые слова: калькулезный холецистит, вирусные гепатиты В и С, пневмо-термокоагуляция, пластины "Тахокомб"

Актуальность

Успех хирургического лечения острого холецистита во многом зависит от ранней диагностики и адекватного хирургического пособия.

При осложненном течении желчнокаменной болезни послеоперационная летальность составляет от 3 до 18%.

В последнее время отмечено, что процесс хронизации и инфицирования вирусными гепатитами "В" и "С" имеет не только тенденцию к росту, но и создает определенные трудности в лечении, а также является своего рода индикатором течения послеоперационного периода у данного контингента больных. Особенно сложны позиции хирурга с выбором хирургической тактики при остром деструктивным холецистите, когда наличие синдрома обтурационной механической желтухи усугубляется присутствием синдрома холестаза, а скудная клиническая картина при достаточно выраженном воспалительном процессе в желчном пузыре обеспечивается сниженной резистентностью организма, связанная с активностью вирусного гепатита. Инфицированная паренхима печени и присутствие нарушения гемостаза настоятельно требуют пересмотра использования методики гепатотомии области ложа удаленного желчного пузыря.

В связи с широким внедрением в клиническую практику более щадящих методов лечения хирургическая тактика при остром холецистите с сопутствующими формами вирусных гепатитов "В" и "С" существенно изменилась.

Цель исследования

Улучшение результатов хирургического лечения больных острым калькулезным холециститом на фоне активных форм вирусных гепатитов "В" и "С".

Материал и методы

Проанализированы результаты диагностики и хирургического лечения 76 пациентов острым калькулезным холециститом с со-

путствующими формами вирусных гепатитов "В" и "С", прооперированных за период 2006-2011г.г. в условиях двух лечебных учреждений.

Сопутствующий вирусный гепатит "В" имел место у 35 больных, гепатит "С" - у 41. Мужчин было 17 (22,3%), женщин - 59 (77,7%), в возрасте от 28 до 85 лет.

Все больные в зависимости от формы острого холецистита были распределены на следующие группы: I-я группа (n=22) - больные с острым обтурационным холециститом; II-я (n=54) - с острым осложненным обтурационно-деструктивным холециститом. Всем пациентам проводили комплекс клинических и инструментальных исследований, включающих общеклинические, биохимические и серологические анализы крови; УЗИ, КТ, МРТ с холангиографией, фиброгастроскопию. Серологические реакции иммуноферментного анализа (ИФА) и полимеразную цепную реакцию (ПЦР) проводили на базе Института гастроэнтерологии. Также выполнялось гистологическое и бактериологическое исследования послеоперационного материала. Диагноз осложненных форм калькулезного холецистита верифицировался интраоперационно и подтверждался результатами проведенного гистологического исследования макропрепарата.

Результаты и их обсуждение

Из числа прооперированных больных 22 (28,9%) госпитализированы в состоянии средней степени тяжести; 54(71,1%) - в тяжелом состоянии. Тяжесть состояния преимущественно была обусловлена активностью гепатита, проявлениями синдромов холестаза, цитолиза и нарушениями системы гемостаза в (табл.1)

Анализ полученного материала выявил определенные закономерности. Развитие осложненного холецистита сопровождалось изменениями желчного пузыря в зависимости от наличия деструктивного компонента (табл.2).

Таблица 1

Характеристика активности сопутствующего вирусного гепатита при остром холецистите

Тип вирусного гепатита и число больных	Степень виремии (высокая) (10^{06} - 10^{10})в%	Гипербилирубинемия выше 40 мкмоль/л%	Синдром цитолиза по АлАТ, АсАТ, ЩФ (%)	Гипокоагуляционный синдром (%)
Вирусный гепатит «В»(n=20)	80,00	100	75	55
Вирусный гепатит «С»(n=34)	82,84	73,52	88,23	79,41

Таблица 2

Ультразвуковая характеристика острого холецистита при сопутствующем вирусном гепатите

Тип вирусного гепатита и число больных	Средние размеры желчного пузыря (мм)			Частота патологических изменений желчного пузыря (%)		
	длина	Ширина	толщина стенки	изменения стенки	вклин. камень	выпот
Гепатит «В» (n=35)	108,21±5,21	33,41±1,49	4,34±0,47	45,00	78,20	31
Гепатит «С» (n=41)	128,18±4,23	42,05±1,20*	7,41±0,32*	100,00*	12,15*	36

Ультразвуковая картина острого холецистита на фоне вирусного гепатита согласовалась с данными многочисленных исследований. Однако выявлялись некоторые особенности. Наиболее яркие изменения ультразвуковых показателей наблюдались в группе пациентов с острым деструктивным калькулезным холециститом на фоне вирусного гепатита "С" без окклюзии шейки желчного пузыря конкрементом и проявлялись выраженным утолщением стенок, наличием их структурной перестройки и присутствием густой желчи в желчном пузыре (у 9 верифицированы интраоперационно). Напротив, для абсолютного большинства пациентов с сопутствующим вирусным гепатитом "В" дооперационная ультразвуковая картина "вклинения" камня в шейке желчного пузыря и деструкция стенки желчного пузыря находила подтверждение как во время операции, так и морфологически в раннем послеоперационном периоде.

Исследование общего анализа крови выявило определенные закономерности реакции периферической крови при различных формах острого холецистита.

Для больных с острым обтурационным холециститом без деструкции стенок желчного пузыря с сопутствующим вирусным гепатитом "С" был характерен кратковременный сдвиг лейкоцитарной формулы с увеличением палочкоядерных эозинофилов до $0,05 \pm 0,04\%$ и лимфоцитов до $12,7\%$ ($P < 0,05$). В то же время, острая деструкция желчного пузыря, независимо от типа сопутствующе-

го вирусного гепатита, отличалась наличием выраженной лимфо- и эозинопении.

Таким образом, проведенный анализ взаимосвязи ультразвуковых показателей и изменений периферической крови показал, что сочетание утолщения стенок желчного пузыря, наличие лимфо- и эозинопении в периферической крови при сопутствующем вирусном гепатите "В" и "С" с большей степенью вероятности свидетельствует о развитии деструктивных форм острого холецистита, что в последующем подтверждалось интраоперационно и гистологическим исследованием.

При выборе объема необходимого хирургического пособия исходили из данных дооперационной топической диагностики воспалительного процесса и осложнений у данного контингента больных. С этой целью в 22 случаях (28,9%) острого калькулезного холецистита, где воспалительный процесс не распространялся на внепеченочные желчные протоки и околопузырное пространство (первая группа), считали уместным выполнение холецистэктомии из умеренно уменьшенного верхнесрединного лапаротомного доступа длиной 8-10см (n=14), либо эндовидеохирургическим (n=8) способом. Необходимо отметить, что холецистэктомия у больных с сопутствующим вирусным гепатитом отличается повышенным кровотечением из ложа желчного пузыря. Особенно утолщенная стенка желчного пузыря при фоновом вирусном гепатите "В" плотно сращена с инфицированной паренхимой печени (рис.1) и плохо поддается удалению.

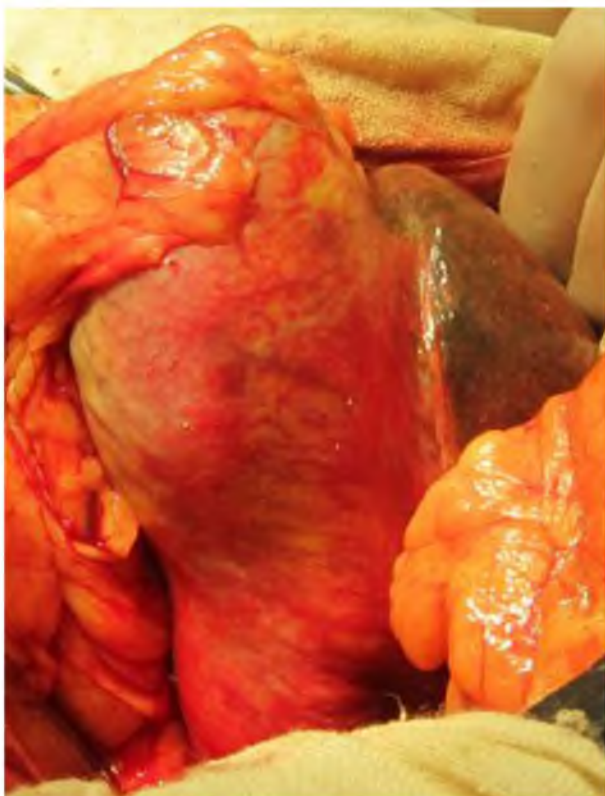


Рис.1. Интраоперационный вид острого холецистита с сопутствующим вирусным гепатитом.

С этой целью в большинстве случаев основной этап холецистэктомии осуществляли с помощью электроножа биполярного коагулятора LgT"Opera" -Яара, в режиме Т-125mA, а гемостаз ложа удаленного желчного пузыря достигался использованием вариантов гепаторафии, биполярной коагуляции и в 4-х случаях неустойчивого гемостаза применением гемостатической пластины "Тахокомб" (рис.2).

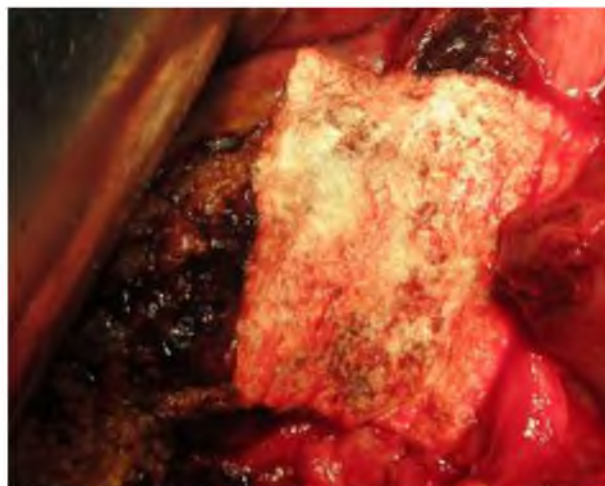


Рис 2. Гемостаз ложа удаленного желчного пузыря пластиной "Тахокомб".

В раннем послеоперационном периоде кратковременное желчистечение из страхового дренажа подпеченочного пространства отмечено в 5 случаях, которое прекратилось самостоятельно. Повторно оперированных и умерших среди данной группы больных нет.

Особую сложность представляли 54 (71,1%) больных второй группы, где осложненный острый калькулезный холецистит сопровождался наличием холангита, околопузырного абсцессом, холедохолитиазом, синдромом Мирizzi и местным перитонитом.

Как и в предыдущей группе, операцию проводили под общим обезболиванием из верхнего срединного лапаротомного доступа (табл. 3).

Таблица 3

Характеристика объема операции при остром осложненном холецистите с сопутствующим вирусного гепатита "В" и "С".

<i>Вид и объем операции</i>	<i>Количество больных</i>	<i>Количество больных</i>
	Группа вирусных гепатитов «В»	Группа вирусных гепатитов «С»
Холецистэктомия+холедохолитотомия+дренирование холедоха	7	14
Холецистэктомия+холедохолитотомия+холедохэнтероанастомоз по Ру	3	4
Холецистэктомия+холедохолитотомия+дренирование холедоха+вскрытие околопузырного абсцесса	8	10
Холецистолитотомия+холецистостомия+санация брюшной Полости	4	4
Всего	22	32

У 16 больных ввиду особой тяжести состояния оперативное пособие проводили в два этапа. Первично для разгрузки билиарного дерева 12 больным произведена пункционная холецистостомия под контролем УЗИ. В 4 наблюдениях потребовалась пункция и эвакуация скоплений экссудата в окружности желчного пузыря. Операция этой группе больных произведена в отсроченном порядке, т.е. по стабилизации общего состояния.

У 3 больных при преимущественно внутрипеченочном расположении желчного пузыря и выраженных деструктивных изменениях в области шейки и глиссоновой ножки осуществляли холецистэктомию по Прибраму с демукозацией оставшейся задней стенки пузыря пневмотермокоагуляцией.

В 17 наблюдениях дополнительно к пневмотермокоагуляции ложа удаленного желчного пузыря использовали препарат немедленного гемостаза - пластины "Тахокомб".

В раннем периоде после операции, наряду с проведением адекватной антибактериальной, противовоспалительной и антисекреторной терапии, основное внимание уделяли проведению адекватной метаболитной и гепатопротекторной терапии. При высоких показателях вирусемии дополнительно проводили патогенетическую терапию (ламивудин 100мг по 1т x 1раз в сут ежедневно 6-12 мес., эливер-форте по 2капс. x 3раз в день 6мес., интерферон 3млн МЕ в/м 3 раза в неделю 6-12мес).

Больным первой группы вышеуказанная терапия проводилась краткосрочно в среднем до 2-3 недель после операции.

Больные второй группы, как правило, нуждались в долгосрочной послеоперационной терапии и реабилитации с целью снижения показателей "вирусной нагрузки", нивелирования проявлений холестаза, цитолиза и гипокоагуляции.

Таким образом, непосредственные итоги хирургического лечения острого холецистита на фоне вирусных гепатитов "В" и "С" показали, что положительные результаты отмечены в группе больных, где окончательный холе- и гемостаз были достигнуты пневмотермокоагуляцией и использованием пластины "Тахокомба". В большинстве наблюдений отмечено гладкое течение послеоперационного периода.

Из числа прооперированных больных 2-й группы в раннем послеоперационном периоде от печеночно-клеточной недостаточности смерть наступила у 2 (3,7%). Причиной смерти еще 2 пациентов стали аррозивные кровотечения из ложа желчного пузыря на 7-12 сутки послеоперационного периода, несмотря на выполненную релапаротомию. Общая

летальность составила 7,4%.

Патологические изменения при остром холецистите обусловлены воспалительными и деструктивными процессами в самом желчном пузыре, гепатикохоledoхе, а также билиарных и сосудистых структурах треугольника Кало. Интраоперационно технические проблемы возникают вследствие напряжения желчного пузыря, отека и воспаления окружающих тканей и брюшины, а также снижения эластических свойств пузырного протока и артерии. Определенное значение имеют анатомические взаимоотношения между пузырным протоком, артерией и холедохом. Совокупное влияние этих факторов приводит к снижению визуального обзора, увеличению кровоточивости из ложа желчного пузыря. Возникшие патологические изменения, наряду с исходными изменениями печеночной ткани, характерные для хронического вирусного гепатита, многократно увеличивают сложность оперативного пособия и возможность возникновения интра-послеоперационных осложнений.

Особенностью клинического течения и техники операции у больных данной группы считались: умеренное кровотечение из ложа желчного пузыря и неэффективность методов гепаторафии, как способа окончательного гемостаза. Более того, легкоранимая поверхность паренхимы печени, как правило, приводила к прорезыванию швов и, тем самым, увеличению кровопотери. Поэтому с целью окончательного гемостаза нами предложен способ термической обработки ложа удаленного желчного пузыря струей горячего (до 500С°) воздуха, подаваемого из пневмотермокоагулятора (рис. 3). При этом продолжительность термической обработки поверхности печени составляла 3-5 мин, а обработанная таким образом поверхность покрывалась нежным черным струпом, глубиной до 1,0 мм.

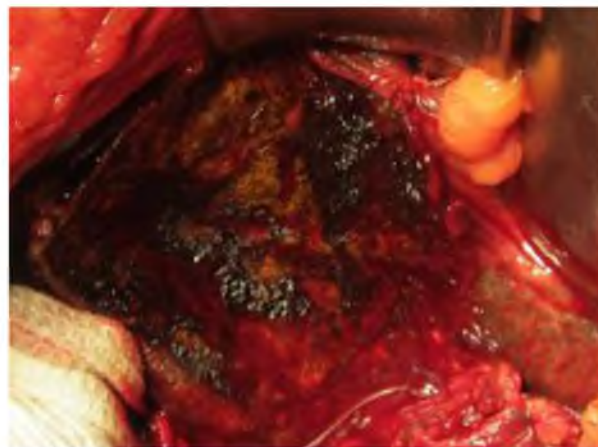


Рис.3. Пневмотермокоагуляция ложа желчного пузыря струей горячего воздуха.

Выводы

1. У больных с острым холециститом с сопутствующими вирусными гепатитами "В" и "С" оперативное лечение проводится в более щадящем режиме, что заключается в использовании условно-уменьшенного оперативного доступа и проведения окончательного гемо- и холестаза с помощью пневмотермокоагуляции и препаратов немедленного гемостаза ("Тахокомб").

2. Наличие высоких показателей вирусемии, синдрома цитолиза и гипербилирубинемии у данного контингента больных является показанием для проведения адекватной патогенетической противовирусной и метаболической терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беловолова Е.В., Возлюбленный Е.Н., Рыжик Р.В. и др. Особенности диагностики острого деструктивного калькулезного холецистита // Хирургия, гепатол. 2011. №4. С.66-71.
2. Борисов А.Е. Эндовидеохирургическая холецистэктомия. Санкт-Петербург. Хирургия. 2009. №3. С. 43-47.
3. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулуток А.М., Прудков М.Н. Желчнокаменная болезнь. М.: Видар, 2009. С. 154-158.
4. Мелков И.С., Зиганшин А.Ч., Чагаева З.И. и др. Выбор метода лечения больных острым обтурационным холециститом // Казан. мед. журн- 2009. №4. С. 255-259.
5. Свистунов Н.Н. Оптимизация диагностической тактики при обтурационной желтухе у больных хроническими вирусными гепатитами в условиях инфекционного стационара: автореф. дис... канд. мед. наук. М., 2008. 24с.
6. Федоров В.Д., Вишневецкий В.А., Кубышкин В.А. и др. Хирургическое лечение осложненного холецистита// Клинический вестник. 2009. № 2. С.45-50;
7. Curro G., Iapichino G., Melita G. Laparoscopic cholecystectomy in Child-Pugh class C cirrhotic patients // Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons. 2010. N3. P.311-316.
8. Guadalupe Garcia-Tsao. Bacterial infections in cirrhosis: treatment and prophylaxis // Journal of Hepatology. 2008. P.85-92.
9. Jepsen P. Surgical risk for patients with liver disease // UgeskrLaeger. 2010. N.49. P.299 - 302.
10. Ji W. A randomized controlled trial of laparoscopic versus open cholecystectomy in patients with cirrhotic portal hypertension // World J. Gastroenterol. 2009. № 4. P.513-517.

11. Julka K., Ko C.W. Ynfections diseases and the gallbladder // Infect dis. Clin. N.Am. 2010. №4. P. 885-898.

Тагойбеков З.С., Ахмедов С.М., Сафаров Б.Д., Расулов Н.А.

Современные возможности диагностики и хирургического лечения острого холецистита у больных вирусными гепатитами "В" и "С"

В работе проанализированы результаты комплексно-диагностических и хирургических методов лечения больных с острым калькулезным холециститом на фоне сопутствующих вирусных гепатитов "В" и "С".

В зависимости от варианта расположения желчного пузыря и состояние гемостаза использованы методы немедленного и окончательного гемостаза ложи удаленного желчного пузыря пневмотермокоагуляцией и пластиной "Тахокомб".

Тагойбеков З.С., Ахмедов С.М., Сафаров Б.Д., Расулов М. А.

Имкониятҳои муосири ташхис ва табобати ҷарроҳии холесистити шадид дар беморони гирифтор гепатитҳо "В" ва "С".

Дар мақола натиҷаҳои маҷмуи усулҳои ташхис ва табобати беморони гирифтори холесистити шадиди калкулёзӣ дар заминаи гепатити вирусии "В" ва "С" мавриди барраси қарор мегирад.

Вобаста ба намудҳои ҷойгиршавии талхадон ва ҳолати гемостаз усулҳои фаврӣ ва ниҳонии гемостази пайҳои талхадони рафъшуда ҳавоӣ гарм (пневмотермокоагуляция) ва лавҳачаҳои "Тахокомб" истифода шудаанд.

Tagoybekov Z.S., Akhmedov S.M., Safarov B.D., Rasulov N.A.

Modern possibilities of diagnostics and surgical treatment of the acute cholecystitis at sick of the virus hepatitis "B" and "C"

It has been analyzed the results of complex diagnostic and surgical methods treatment of patients with acute calculus cholecystitis accompanied by virus hepatitis "B" and "C".

In depend from types of destructive acute cholecystitis and its complications there have been used a different type of chole- and hemostatic methods after cholecystectomy such as pnevmothermocoagulation and "Tachokomb" platelets.