



# Особенности диагностики и хирургического лечения острого холецистита у больных с вирусными гепатитами В и С

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

Отделение хирургии печени и поджелудочной железы Института гастроэнтерологии АМН МЗ РТ; отделение хирургии печени, жёлчевыводящих путей и поджелудочной железы ГКБ СМП г. Душанбе

В работе проанализированы результаты комплексно-диагностических и хирургических методов лечения 76 больных с острым калькулёзным холециститом на фоне сопутствующих вирусных гепатитов В и С. В зависимости от варианта расположения жёлчного пузыря, степени вовлечённости элементов пузыря в патологический процесс, состояния свёртывающей системы крови использованы методы немедленного и окончательного гемостаза ложа удалённого жёлчного пузыря пневмотермокоагуляцией и пластиной «Тахокомб». Послеоперационные осложнения возникли у 9,2% больных. Наиболее частым осложнением было развитие аррозивного кровотечения в раннем периоде после операции и печёчно-клеточная недостаточность. Общая послеоперационная летальность составила 7,4%.

**Ключевые слова:** острый калькулёзный холецистит, вирусные гепатиты, пневмотермокоагуляция, пластины «Тахокомб»

**Актуальность.** Успех хирургического лечения острого холецистита во многом зависит от ранней диагностики и адекватного хирургического пособия [1,2].

При осложнённом течении жёлчнокаменной болезни послеоперационная летальность составляет от 3 до 18% [1,3,4].

В последнее время отмечено, что процесс хронизации и инфицирования вирусными гепатитами В и С имеет не только тенденцию к росту, но и создаёт определённые трудности в лечении, а также является своего рода индикатором течения послеоперационного периода у данного контингента больных [3,5]. Особенно сложна позиция хирурга с выбором хирургической тактики при остром деструктивном холецистите, когда наличие синдрома обтурационной механической желтухи усугубляется присутствием синдрома холестаза, а скудная клиническая картина при достаточно выраженном воспалительном процессе в жёлчном пузыре обеспечивается сниженной резистентностью организма, связанной с активностью вирусного гепатита. Инфицированная паренхима печени и присущие ей нарушения гемостаза настоятельно требуют пересмотра использования методики гепатотомии области ложа удалённого жёлчного пузыря.

В связи с широким внедрением в клиническую практику более щадящих методов лечения, хирур-

гическая тактика при остром холецистите с сопутствующими формами вирусных гепатитов В и С существенно изменилась.

**Цель исследования** – анализ результатов хирургического лечения больных с острым калькулёзным холециститом на фоне активных форм вирусных гепатитов В и С.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты диагностики и хирургического лечения 76 пациентов (в возрасте 28 – 85 лет) с острым калькулёзным холециститом и сопутствующими формами вирусных гепатитов В и С, прооперированных за период 2006-2011 гг. 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%).

Все больные, в зависимости от формы острого холецистита, были разделены на следующие группы: I группа (n=22) – больные острым обтурационным холециститом; II (n=54) – острым осложнённым обтурационно-деструктивным холециститом, где патологический процесс в самом жёлчном пузыре осложнялся явлениями холангита, околопузырного абсцесса, холедохолитиазом или синдромом Мириizzi. Всем больным проводили комплекс клинических

и инструментальных исследований, включающих общеклинические, биохимические и серологические анализы крови; УЗИ, КТ, МРТ с холангиографией, фиброгастро스코пию. Серологические реакции иммуноферментного анализа (ИФА) и полимеразную цепную реакцию (ПЦР) проводили на базе Института гастроэнтерологии. Также выполнялись гистологическое и бактериологическое исследования биопсийного и патологического материала. Диагноз осложнённых форм калькулёзного холецистита верифицировался интраоперационно и подтверждался результатами проведённого гистологического исследования макропрепарата.

Полученные результаты исследований обработаны методом вариационной статистики с использованием критериев достоверности по Стьюденту.

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

Анализ полученного материала выявил определённые закономерности. Развитие осложнённого холецистита сопровождалось изменениями жёлчного пузыря в зависимости от наличия деструктивного компонента (табл.2).

Ультразвуковая картина острого холецистита на фоне вирусного гепатита согласовалась с данными многочисленных исследований [6]. Однако выявлялись некоторые особенности. Наиболее яркие изменения ультразвуковых показателей наблюдались в группе пациентов с острым деструктивным калькулёзным холециститом на фоне вирусного гепатита С без окклюзии шейки жёлчного пузыря конкрементом и проявлялись выраженным утолщением стенок, наличием их структурной перестройки и присутствием густой жёлчи в жёлчном пузыре (9 верифицированных интраоперационно). Напротив, для абсолютного большинства пациентов с сопутствующим вирусным гепатитом В дооперационная ультразвуковая картина «вклинения» камня в шейке жёлчного пузыря и деструкция стенки жёлчного пузыря находили подтверждение как во время операции, так и морфологически в раннем послеоперационном периоде.

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

Для больных с острым обтурационным холециститом без деструкции стенок жёлчного 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  $12,7\%$  ( $p < 0,05$ ), а при острой деструкции жёлчного пузыря, независимо от

**ТАБЛИЦА 1. ХАРАКТЕРИСТИКА АКТИВНОСТИ СОПУТСТВУЮЩЕГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ**

Тип гепатита	Степень виремии (высокая) (1006-1010) в %	Гипербилирубинемия выше 40 мкмоль/л, %	Синдром цитолиза по АлАТ, АсАТ, ЩФ (%)	Гипокоагуляционный синдром (%)
Гепатит В (n=20)	80,00	100,0	75,0	55,0
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	Средние размеры жёлчного пузыря (мм)			Частота патологических изменений жёлчного пузыря (%)		
	Длина	Ширина	Толщина стенки	Изменения стенки	Вклинившийся 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	45,05±1,20*	7,41±0,32*	100,00*	12,15*	36

**Примечание:** \* статистическая значимость различий между группами ( $p < 0,05$ )



**РИС.1. ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ ВИД ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА С СОПУТСТВУЮЩИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ**



**РИС.2. ГЕМОСТАЗ ЛОЖА УДАЛЁННОГО ЖЁЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПЛАСТИНОЙ «ТАХОКОМБ»**

типа сопутствующего вирусного гепатита – наличием выраженной лимфо- и эозинопенией.

Таким образом, проведённый анализ взаимосвязи ультразвуковых показателей и изменений периферической крови показал, что сочетание утолщения стенок жёлчного пузыря, наличие лимфо- и эозинопении в периферической крови, при сопутствующих вирусных гепатитах В и С, с большей степенью вероятности, свидетельствует о развитии деструктивных форм острого холецистита, что в последующем подтверждалось интраоперационно и гистологическим исследованием.

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

С этой целью, в большинстве случаев, основной этап холецистэктомии осуществляли с помощью электроножа биполярного коагулятора LgT«Opera» (Japan) в режиме T-125mA, а гемостаз ложа удалённого жёлчного пузыря достигался использованием вариантов гепаторафии, биполярной коагуляции и, в

4-х случаях неустойчивого гемостаза, применением гемостатической пластины «Тахокомб» (рис.2).

В раннем послеоперационном периоде кратковременное жёлчеистечение из страхового дренажа подпечёночного пространства отмечено в 5 случаях, которое затем прекратилось самостоятельно. Повторно оперированных и умерших среди данной группы больных не было.

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

Особенностью клинического течения и техники операции у больных второй группы считались умеренное кровотечение из ложа жёлчного 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 удалённого жёлчного пузыря струёй горячего (до 500°C) воздуха, подаваемого из пневмотермокоагулятора (рис.3). При этом продолжительность термической обработки поверхности печени составляла 3-5 мин, а обработанная таким образом поверхность покрывалась нежным чёрным струпом, глубиной до 1,0 мм [7].

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

У 16 больных, ввиду особой тяжести состояния, оперативное пособие проводили в два этапа. Первично, для разгрузки билиарного дерева, 12 больным

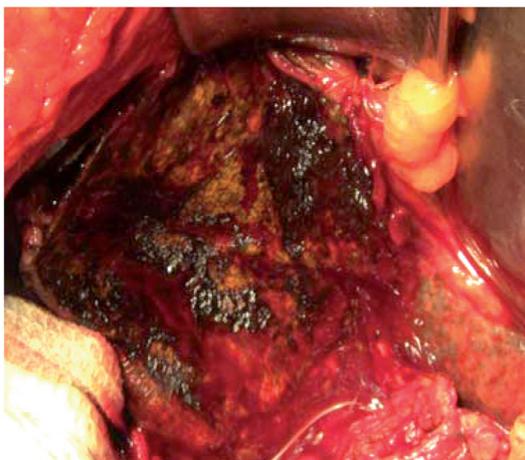


РИС.3. ПНЕВОТЕРМОКОАГУЛЯЦИЯ ЛОЖА  
ЖЁЛЧНОГО ПУЗЫРЯ СТРУЕЙ ГОРЯЧЕГО ВОЗДУХА

произведена пункционная холецистостомия под контролем УЗИ. В 4 наблюдениях потребовалась пункция и эвакуация скоплений экссудата в окружности жёлчного пузыря. Операция в этой группе больных произведена в отсроченном порядке, т.е. по стабилизации общего состояния.

У 3 больных, при преимущественно внутривнутрипечёночном расположении жёлчного пузыря и выраженных деструктивных изменениях в области шейки и гилсонской ножки, осуществляли холецистэктомия по Прибраму, с демукозацией оставшейся задней стенки пузыря пневмотермокоагуляцией.

В 17 наблюдениях, дополнительно к пневмотермокоагуляции ложа удалённого жёлчного пузыря, использовали препараты немедленного гемостаза – пластины «Тахокомб».

В раннем периоде после операции, наряду с проведением адекватной антибактериальной, противовоспалительной и антисекреторной терапии, основное внимание также уделяли метаболической и гепатопротекторной терапии. При высоких показателях

виремии дополнительно проводили патогенетическую терапию (ламивудин 100мг по 1т. х 1раз в сут. ежедневно, 6-12 мес., эссливер-форте по 2 кап. х 3 раза в день, 6 мес., интерферон 3 млн. МЕ в/м, 3 раза в неделю в течение от 6 до 12 мес).

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.

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 «Тахокомб». В большинстве наблюдений отмечено гладкое течение послеоперационного периода.

Из числа прооперированных больных 2-й группы, в раннем послеоперационном периоде от печёночно-клеточной недостаточности смерть наступила у 2 (3,7%) больных. Причиной смерти ещё 2 больных стали аррозивные кровотечения из ложа жёлчного 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 жёлчном пузыре, гепатикохоледохе, а также билиарных и сосудистых структурах треугольника Кало. Интраоперационно технические проблемы возникают вследствие напряжения жёлчного пузыря, отёка и воспаления окружающих тканей и брюшины, а также снижения эластических свойств пузырного протока и артерии. Определённое значение имеют анатомические взаимоотноше-

ТАБЛИЦА 3. ХАРАКТЕРИСТИКА ОБЪЁМА ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ОСЛОЖНЁННОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С

Вид и объём операции	Гепатит В (n=22)	Гепатит С (n=32)
Холецистэктомия + холедохолитотомия + дренирование холедоха	7	14
Холецистэктомия + холедохолитотомия + холедохоэнтероанастомоз по Ру	3	4
Холецистэктомия + холедохотомия + дренирование холедоха + вскрытие околопузырного абсцесса	8	10
Холецистолитотомия + холецистостомия + санация брюшной полости	4	4



ния между пузырным протоком, артерией и холедохом. Совокупное влияние этих факторов приводит к снижению визуального обзора, увеличению кровоточивости из ложа жёлчного пузыря. Возникшие патологические изменения, наряду с исходными изменениями печёночной ткани, характерные для хронического вирусного гепатита, многократно увеличивают сложность оперативного пособия и возможность возникновения интра- и послеоперационных осложнений [8].

Таким образом, при остром холецистите с сопутствующими вирусными гепатитами В и С оперативное лечение проводится в более щадящем режиме, которое заключается в использовании условно-уменьшенного оперативного доступа и проведения окончательного гемо- и холестаза с помощью пневмотермокоагуляции и препаратов немедленного гемостаза («Тахокомб»).

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

## ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов А.Е. Эндовидеохирургическая холецистэктомия / А.Е. Борисов, Б.А. Королёв. - СПб.: Спец. Лит. - 2003. - 43с.
2. Curro G. Laparoscopic cholecystectomy in Child-Pugh class C cirrhotic patients / G. Curro, G. Iapichino, G. Melita // Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons. -2005. - V.9.- N3. - P.311-316
3. Рахмонова А.Г. Вирусные гепатиты / А.Г. Рахмонова, В.К. Пригожена. - СПб.: Спец. Лит. - 2006. - 35с.
4. Jepsen P. Surgical risk for patients with liver disease / P. Jepsen, H.T. Sorensen // Ugeskr Laeger. - 2010. - V.168. - N.49. - P.299 - 302
5. Ji W. A randomized controlled trial of laparoscopic versus open cholecystectomy in patients with cirrhotic portal hypertension / W. Ji [et al.] // World J. Gastroenterol.-2009. - V.16. - N 4. - P.513- 517
6. Мирошниченко И.В. Ультразвуковой метод исследования: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.В. Мирошниченко. - Новосибирск. - 2002. -21с.
7. Пат. 0900365 Республика Таджикистан, МПК 2006 А61 В18/04. Пневмотермокоагулятор / С.М. Ахмедов, З.С. Тагойбеков. - № 274; заявл. 28.10.09; опубл 02.12.09, Бюл. № 4. - 2с.
8. Доманский Б.В. Хирургическое лечение больных с обтурационной желтухой / Б.В. Доманский, В.С. Уманец // Клиническая хирургия. - 2004. - №2. - С. 170-172

## Summary

# Features of diagnosis and surgical treatment of acute cholecystitis in patients with viral hepatitis B and C

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

In this article the results of diagnostic and surgical treatment 76 patients with acute calculous cholecystitis on a background of related viral hepatitis B and C were analyzed. In depending on the version of gallbladder location, the degree of involvement of a bubble elements in pathological process, the state of the blood coagulation system immediately and definitive hemostasis of gallbladder bed by pneumo-thermo-coagulation and plate «Tachocomb.» was used. Postoperative complications occurred in 9.2% of patients. The most common complications were arrosive bleeding in the early period after surgery and hepatocellular failure. The overall postoperative mortality was 7.4%.

**Key words:** acute calculous cholecystitis, hepatitis, pneumo-thermo-coagulation, plate «Tachocomb»

### АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

**С.М. Ахмедов** – руководитель отделения хирургии печени и поджелудочной железы Института гастроэнтерологии АМН МЗ РТ; Таджикистан, г. Душанбе, ул. Маяковского, 2; E-mail: gkbsmp@mail.ru