

АГРЕССИВНОСТЬ КОАГУЛЯЦИОННОГО ФАКТОРА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ

Тищенко А.М., Малоштан А.В., Гончарова Л.С., Журов Ю.Э., Иванников С.В., Смачило Р.М.

Харьковский НИИ общей и неотложной хирургии, г. Харьков

Хронический гепатит (ХГ) нередко сопутствует при заболевании желчнокаменной болезнью (ЖКБ), являясь нередко как ее причиной, так и следствием. При лечении больных ЖКБ с помощью лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) особенно значимым является повреждающее действие коагулятора на ткань печени.

При попытках осуществить гемостаз на раневой поверхности ложа в силу физических законов прохождения коагуляционного тока через ткань печени ожоговые повреждения вокруг сосудов и холангиол (токопроводники) могут охватывать удаленные участки от точки приложения коагуляционного электрода. В

условиях хронического гепатита такие участки некроза и некробиоза неизбежно обостряют течение воспалительного процесса и аутоиммунных реакций в послеоперационном периоде.

В нашей клинике на 340 ЛХЭ ХГ встретился у 28 (8,3%) пациентов. С целью изучения агрессивности коагуляционного фактора на анатомо-функциональное состояние печени создано устройство оригинальной конструкции, позволяющее оценивать работу коагулятора количественно. Агрессивность коагуляционного фактора оценивалась по обширности и глубине некроза на поверхности печени в области ложа желчного пузыря. Глубина некроза оценивалась по данным биопсии печени, производимой в конце операции ЛХЭ из зоны работы коагулятора.

Кроме группы больных с ХГ контрольная группа формировалась из 134 пациентов в возрасте 35-60 лет страдающих хроническим калькулезным холециститом на протяжении 1-3 года, ранее не оперированные на органах верхнего этажа брюшной полости и без выраженного спаечного процесса в области желчного пузыря. Группа контроля условно разделена на три подгруппы в зависимости от интенсивности использования коагулятора: с интенсивной коагуляцией, умеренной интенсивности и коагуляцией в щадящем режиме.

При морфологическом исследовании 32 микропрепаратов ткани печени выявлено, что зона коагуляционного некроза по глубине не превышает 0,7-1,0 мм. Вблизи зоны некроза печеночная ткань имеет участки коагуляции и дискомплексации без разрывной травматизации, кровоизлияний и других неблагоприятных воздействий.

Кроме этого, для оценки обширности некроза изучалась динамика маркеров цитолиза гепатоцитов в плазме крови: аспартатаминотрансферазы (АсАТ) и аланинаминотрансферазы (АлАТ). Исследование производилось до операции и в послеоперационном периоде на 3-и и 7-е сутки, а в группе ХГ осуществлялось диспансерное наблюдение 1-2 месяца. В группе контроля выявлена прямая зависимость степени повышения АсАТ и АлАТ в послеоперационном периоде от интенсивности коагуляции ложа желчного пузыря. При интенсивной коагуляции ткани печени уровень маркеров повышался

на 30-65% от исходного, при умеренной – на 10-40%. В группе со щадящим применением коагулятора трансаминазы не повышались более чем на 15%.

В группе пациентов с ХГ уже отмечалось исходное умеренное повышение маркеров цитолиза и непрямого фракции билирубина (на 20-40%). У подавляющего большинства больных (23) коагулятор работал в режиме умеренной интенсивности, у 5 – в интенсивном режиме (в этой группе отмечено более интимное сращение желчного пузыря и ткани печени и более высокая кровоточивость в связи, с чем случаи щадящей коагуляции не встретились). В ближайшую неделю послеоперационного периода маркеры цитолиза повышались на 120-180% и в дальнейшем тенденция к снижению была весьма замедленной. Параллельно уровень общего и непрямого билирубина на протяжении недели находились в пределах 20-32 мкмоль/л и 16-27 мкмоль/л соответственно. Снижение уровня билирубина и маркеров цитолиза к исходному происходило не ранее 20-30 суток.

Сопоставление полученных биохимических и морфологических данных с количественными показателями измерителя интенсивности работы коагулятора позволяет сделать вывод о высокой значимости обширности коагуляционного некроза на морфофункциональное состояние печени в послеоперационном периоде, а коагулятор отнести к высокоагрессивным факторам. Ожоговая поверхность печени 3-10 см² с глубиной поражения 0,7-1,0 мм вызывает неспецифический реактивный гепатит, который, несомненно, в послеоперационном периоде охватывает значительно большие границы, чем ложе желчного пузыря. У пациентов с хроническими заболеваниями печени регрессия изменений печени затягивается на длительный промежуток времени.

Полученные данные позволяют нам рекомендовать включение в арсенал послеоперационной медикаментозной терапии гепатотропных препаратов пациентам, которым при выделении желчного пузыря или с целью гемостаза на поверхности печени интенсивно использовался коагулятор. У больных с ХГ применение гепатопротекторов показано как в комплексе предоперационной подготовки, так и в послеоперационном периоде не менее 2-3 недель.

РЕЗЮМЕ

АГРЕСИВНІСТЬ КОАГОЛЯЦІЙНОГО ФАКТОРА ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ ГЕПАТИТОМ

Тищенко А.М., Малоштан А.В., Гончарова Л.С., Журов Ю.Е., Іванніков С.В., Смачило Р.М.

Співставлення отриманих біохімічних і морфологічних даних з кількісними показниками вимірювача інтенсивності роботи коагулятора, отриманими за допомогою пристрою оригінальної конструкції, дозволяє віднести коагулятор до високоагресивних факторів. Отримані дані дозволяють рекомендувати включення в післяопераційну терапію гепатотропних препаратів пацієнтам, котрим при видаленні жовчного міхура або з метою гемостазу на поверхні печінки інтенсивно використовували коагулятор.

SUMMARY

AGRESSION OF COAGULATION FACTOR IN LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS

A.M. Tyshchenko, A.V. Maloshtan, L.S. Goncharova, Yu.E. Zhurov, S.V. Ivannikov, R.M. Smachilo

Comparison of the obtained biochemical and morphological data with the quantitative data of the measuring device of the intensity of the work of coagulator, obtained with the device of original construction, allows to relate the coagulator to a highly aggressive factor. We recommend to include into a postoperative treatment hepatotropic preparations for the patients which were treated with coagulator.