



Л. Н. Душик, Н. В. Черкова

Харьковский национальный
университет имени
В. Н. Каразина

© Душик Л. Н., Черкова Н. В.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЁННЫМИ ГЕМОЛИТИЧЕСКИМИ АНЕМИЯМИ С БЕССИМПТОМНЫМ ХОЛЕЦИСТОЛИТИАЗОМ

Резюме. Показания к удалению селезенки при наследственном микросфероцитозе определяются в основном тяжестью гемолиза и отсутствием эффекта от консервативного лечения. Вследствие повышенного гемолиза у таких больных холелитиаз — нередкое осложнение. В связи с этим возникает необходимость выполнения сочетанных операций: спленэктомии и холецистэктомии. Применение ультразвуковой диссекции и коагуляции облегчает мобилизацию селезенки и холецистэктомию у больных с наследственными кроссфероцитозом осложнённым холецистолитиазом и обеспечивает более лёгкое течение послеоперационного периода, что позволяет улучшить результаты лечения и реабилитационные показатели.

Ключевые слова: наследственный микросфероцитоз, прошивающий аппарат, спленэктомия, ультразвуковой скальпель, холецистэктомия.

Введение

В настоящее время роль селезенки в патогенезе заболеваний системы крови — некоторых гемобластозов, анемий, геморрагических диатезов — не вызывает сомнений [1, 7]. Спленэктомия (СЭ) весьма эффективна при наследственном микросфероцитозе (НМСЦ). НМСЦ (болезнь Минковского—Шоффара) — заболевание, обусловленное дефектом белков мембраны эритроцитов, приобретающих сферическую форму, с последующим их разрушением макрофагами селезенки, так как сфероциты прекрасно выживают после СЭ. НМГА наиболее распространен в северо-европейской популяции — около 1 случая на 5000 населения, но тонкие методы изучения осмотической резистентности свидетельствуют, что стертые формы заболевания могут встречаться в 4–5 раз чаще. СЭ позволяет получить хорошие результаты у 90 % больных с этой патологией [2, 5].

Показания к удалению селезенки определяются в основном тяжестью гемолиза и отсутствием эффекта от консервативного лечения. Вследствие повышенного гемолиза и нарушения билирубинового обмена у больных гемолитическими анемиями холелитиаз — нередкое осложнение (от 36 до 60 %) [4, 6]. В связи с этим возникает необходимость выполнения сочетанных операций: СЭ и холецистэктомии (ХЭ). Осложнения, вызванные наличием камней желчного пузыря и желчных протоков, являются наиболее частой причиной смерти больных с НМГА.

Принято считать, что наличие камней в желчном пузыре — это показание к оперативно-

му лечению. Однако желчные камни при гемолитических анемиях очень часто не проявляют себя клинически. В настоящее время вопрос о необходимости сочетанных СЭ и ХЭ до конца не решен. Ввиду наличия анемии, высокой травматичности операций и, как следствие, большого количества послеоперационных осложнений, не все считают допустимыми подобные одномоментные вмешательства [3].

Цель работы

Разработка хирургической тактики лечения больных гемолитическими анемиями, осложненными образованием желчных камней.

Материалы и методы исследований

Работа выполнена на основании комплексного клиничко-лабораторного и инструментального обследования 19 больных с НМГА, требовавшим оперативного лечения. Оперировано 3 мужчины и 16 женщин. Возраст больных составил от 28 до 64 лет. У 9 пациентов был поставлен диагноз холецистолитиаза без выраженных клинических проявлений, таким больным выполнялись одномоментные СЭ и ХЭ. Подвергнуты СЭ 10 пациентов.

Показания к СЭ были определены строго индивидуально после проведенного обследования и лечения в гематологическом стационаре.

Представленные наблюдения накоплены в клинике хирургических болезней Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина на базе хирургических отделений ПАО «УКРЗАЛИЗНЫЦЯ» Филиал «Центр



Здравоохранения» Харьковская Клиническая Больница Железнодорожного транспорта № 2.

Комплекс лабораторной диагностики включал клинические анализы крови и мочи, определение биохимических показателей крови — глюкозы, общего белка и белковых фракций, билирубина с фракциями, амилазы, аминотрансфераз (АлАТ, АсАТ), щелочной фосфатазы, холестерина, липазы, креатинина, мочевины, группы крови резус-фактора, исследования коагулограммы. Всем выполнялись УЗИ и КТ брюшной полости, ФГДС.

Для мобилизации селезёнки и холецистэктомии использовался ультразвуковой скальпель «Harmonic Scalpel. Ultracision» (Ethicon, США) с рабочей насадкой в виде ножниц. В ходе операций УЗС работал в «режиме резания» и «коагуляции». Частота колебаний рабочей части 55,5 кГц, амплитуда движений лезвия составила от 50 до 100 мкм.

При операции для обработки сосудистой ножки селезёнки использовали прошивающий аппарат Endo GIA-30 (Auto Suture). Пузырный проток и артерию клипировали.

При НМГА селезёнка достигает больших размеров, поэтому при данной патологии, мы выполняли традиционную СЭ, это связано не только с затруднением проведения эндохирургических манипуляций, но и с развитием серьезных интраоперационных осложнений: массивного кровотечения, повреждения смежных органов, имплантация спленоцитов при неизбежном ятрогенном повреждении капсулы селезёнки и развитии спленоза в отдалённом послеоперационном периоде и развития рецидива заболевания.

Существенную роль в профилактике послеоперационных осложнений играла предоперационная подготовка больного, так как правильное проведение дооперационной подготовки — это один из важнейших факторов, обеспечивающих успешное выполнение операции и ее благоприятный исход.

Помимо стандартных для любой операции на органах брюшной полости подготовительных мероприятий больные НМГА всегда требовала дополнительной коррекции нарушений свертывающей системы крови, анемии, белкового дисбаланса.

В отдалённом периоде — через 6 месяцев и через год качество жизни изучали с помощью «The MOS 36-item Short-Form Hervey». Расчеты были проведены для групп больных, где использовалась только СЭ, так и в группе пациентов, которым выполнялись одномоментно СЭ и ХЭ. Все исследования проводили в амбулаторных условиях, анкетирование больных было письменным и добровольным.

Результаты исследований и их обсуждение

При наличии анемии ниже 80 Нв г/л у больных перед операцией выполняли переливание фильтрованных эритроцитов с дальнейшим контролем клинического анализа крови.

При наличии желтухи у больных с врождённой гемолитической анемией проводили дезинтоксикационную терапию, включающую не только применение гепатопротекторов, а и выполнение сеансов плазмофереза.

С целью профилактики гнойно-септических осложнений за час до операции внутривенно вводили антибиотик широкого спектра действия, а в послеоперационном периоде продолжали антибактериальную терапию минимум в течение 5 дней.

Выполнение мобилизации селезёнки УЗС происходило достаточно быстро, так как пересечение связок и спаек не сопровождалось кровотечением. Необходимо отметить, что при выполнении данного этапа операции дифференцированно подходили к выбору режимов работы аппарата и геометрии рабочей поверхности инструмента. При пересечении малых порций тканей с капиллярным кровоснабжением использовали минимальный уровень мощности генератора, это обеспечивало хороший рассекающий и гемостатический эффекты. При диссекции больших порций тканей с выраженным кровоснабжением использовали «затупленную» рабочую поверхность инструмента с чередованием режимов «коагуляции» и «диссекции» при большей мощности аппарата. Выполнение этих технических приемов позволяло выполнить рассечение тканей с достижением надёжного гемостаза при минимальном латеральном повреждении тканей в зоне операции. УЗС обеспечивал надёжный гемостаз при диаметре сосудов до 3 мм. Такими же приёмами пользовались и при выполнении ХЭ.

Наибольшие технические трудности представляли больные с явлениями периспленита, у которых был затруднен подход к сосудистой ножке селезенки и были значительные изменения в сосудах вследствие истончения их стенки в результате длительного перерастяжения связочного аппарата из-за длительно существующей спленомегалии. Применение прошивающего аппарата Endo GIA-30 (Auto Suture) для обработки сосудистой ножки не требовало прецизионного выделения сосудов и упрощало наиболее ответственный этап операции и, что не мало важно, обеспечивало надёжный гемостаз.

При применении прошивающего аппарата отсутствовала необходимость селективного выделения сосудов, после прошивания сосудистой ножки получали линейный



скрепочный шов, обеспечивающий надёжный гемостаз.

После этого выполняли ревизию брюшной полости для выявления либо исключения добавочных селезенок. Максимальный размер удаленной селезенки при НМГА составил 30×17×15 см.

В послеоперационном периоде в большинстве случаев развивалась гиперкоагуляция, и появлялась реальная опасность тромбоэмболических осложнений, поэтому с профилактической целью назначали антикоагулянты.

Сравнивая продолжительность оперативных вмешательств у больных, которым выполнялась только спленэктомия с больными, которым выполнялись холецистэктомия и спленэктомия, было выявлено незначительное увеличение затрат времени: на 20–30 мин во второй группе больных.

Разницы в интраоперационной кровопотере, а также в послеоперационных осложнениях в обеих группах больных, не выявлено. Сроки нахождения в стационаре также были одинаковыми, пациентов выписывали на 8–10 сутки.

Проведенные нами исследования качества жизни показывают, что в обеих группах пациентов в отдаленном послеоперационном периоде отмечается улучшение параметров качества жизни.

Предоперационная подготовка, выполненная в полном объеме, правильный выбор операционного доступа и техники выполнения самой спленэктомии с применением современного оборудования — УЗС и прошивающего аппарата, комплексная интраоперационная защита больного, проведение адекватной терапии в послеоперационном периоде позволяют избежать тактических, лечебно-технических ошибок и значительно улучшить результаты в комплексном лечении больных врожденными гемолитическими анемиями. Таким образом, оптимальные методы пред- и послеоперационного ведения больных, подвергнутых сочетан-

ным операциям — СЭ и ХЭ, позволяют избежать послеоперационных осложнений.

Проведенные исследования позволяют рекомендовать сочетанные операции — СЭ и ХЭ с применением УЗС и прошивающего аппарата в качестве методов комплексного лечения больных НМГА, осложненными холелитиазом без клинических проявлений. Выполнение сочетанных, а не разделенных во времени, СЭ и ХЭ, не усугубляет тяжесть хирургического вмешательства и послеоперационного течения.

При сочетанных операциях одномоментно излечивается два заболевания и исключается проведение повторных наркозов. Отказ от ХЭ при НМГА, осложненных холелитиазом, может привести к обострению течения калькулезного холецистита. Кроме того, нельзя не учитывать и психологический фактор, поскольку каждая операция, независимо от ее объема, является тяжелой психической травмой для больного. Проведение сочетанных операций уменьшает количество дней нетрудоспособности в послеоперационном периоде.

Выводы

1. Применение ультразвуковой диссекции и коагуляции облегчает мобилизацию селезенки и холецистэктомию у больных врожденной гемолитической анемией осложненной холелитиазом и обеспечивает более лёгкое течение послеоперационного периода, что позволяет улучшить результаты лечения и реабилитационные показатели.

2. У больных гемолитическими анемиями, осложненными холелитиазом, холецистэктомия, выполненная одновременно со спленэктомией с применением УЗС и прошивающего аппарата не увеличивает время операции.

3. В отдалённом периоде при оценке качества жизни пациентов оперированных по поводу врожденных гемолитических анемий в сочетании холелитиазом получен удовлетворительный результат.



ЛИТЕРАТУРА

1. Аксёнов И. В. Ультразвуковой скальпель в абдоминальной хирургии / И. В. Аксёнов // Хирургия. – 2007. – №6. – С. 570–579.
2. Бабаев Э. С. О механизме разрушения эритроцитов при наследственном сфероцитозе и подходах к устранению патологического процесса у детей : обзор / Э. С. Бабаев // Гематология и трансфузиология. – 2001. – № 1. – С. 34–38.
3. Бездетко Т. В. Заболевания крови : методические указания / Сост. : Т. В. Бездетко, О. И. Ромаданова. – Х. : ХГМУ, 2003. – 28 с.
4. Спленэктомия при массивной и гигантской спленомегалии / А. У. Магомедова, А. Ю. Буланов, С. Р. Карагюлян [и др.] // Гематология и трансфузиология. – 2011. – № 1. – С. 6–10.
5. Выбор способа спленэктомии при заболеваниях системы крови / С. Р. Карагюлян, А. В. Гржимоловский, К. И. Данишян [и др.] // Гематология и трансфузиология. – 2007. – Т. 52, № 1. – С. 3–10.
6. Autoimmune hemolytic anemia and common variable immunodeficiency: a case-control study of 18 patients / P. Sève, L. Bourdillon, F. Sarrot-Reynauld [et al.] // Medicine (Baltimore). – 2008. – Vol. 87, N 3. – P. 177–184.
7. Hereditary spherocytosis: guidelines for the diagnosis and management in children / C. Guitton, L. Garçon, T. Cynober [et al.] // Arch Pediatr. – 2008. – Vol. 15, N 9. – P. 1464–1473.

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ХВОРИХ З ВРОДЖЕНИМИ ГЕМОЛІТИЧНИМИ АНЕМІЯМИ З БЕЗСИМПТОМНИМ ХОЛЕЦИСТОЛІТІАЗОМ

Л. М. Душик, Н. В. Черкова

Резюме. Показання до видалення селезінки при спадковому мікросфероцитозі визначаються в основному тяжкістю гемолізу та відсутністю ефекту від консервативного лікування. В наслідок підвищеного гемолізу у таких хворих холелітіаз є нерідким ускладненням. У зв'язку з цим виникає необхідність виконання поєднаних операцій: спленектомії та холецистектомії. Застосування ультразвукової дисекції та коагуляції полегшує мобілізацію селезінки та холецистектомію у хворих із спадковим мікросфероцитозом ускладненим холелітіазом і забезпечує легший перебіг післяопераційного періоду, що дозволяє поліпшити результати лікування та реабілітаційні показники.

Ключові слова: *спадковий мікросфероцитоз, прошиваючий апарат, спленектомія, ультразвуковий скальпель, холецистектомія.*

SURGICAL TACTICS OF MANAGEMENT OF PATIENTS WITH CONGENITAL HEMOLYTIC ANEMIA WITH ASYMPTOMATIC CHOLECYSTOLITHIASIS

L. N. Dusík, N. V. Cherkova

Summary. Indications for splenectomy in inherited microspherocytosis determined mainly by the severity of hemolysis and the lack of effect of conservative treatment. As a result of increased hemolysis in these patients cholelithiasis is a frequent complication. Thereby there is necessity to perform combined operations: splenectomy and cholecystectomy. The use of ultrasonic dissection and coagulation eases mobilization of the spleen and cholecystectomy in patients with inherited microspherocytosis complicated by cholelithiasis and provides a slight postoperative period that allows to improve results of treatment and rehabilitation indexes.

Key words: *inherited microspherocytosis, splenectomy, ultrasonic scalpel, cholecystectomy.*