

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ КАК ПРИЧИНА ЛОКАЛЬНОГО ГЕПАТИТА

К. С. Долимов, Ф. А. Ильхамов, А. Ш. Абдумажидов, З. З. Тухтамурадов,
Т. К. Долимов, И. О. Пивницкий

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан

BILIOCALCULOUS DISEASE AS A CAUSE OF LOCAL HEPATITIS

K. S. Dolimov, F. A. Ilhamov, A. Sh. Abdumazhidov, Z. Z. Tukhtamuradov,
T. K. Dolimov, I. O. Pivnitskiy

При воспалении желчного пузыря, в частности остром, нередко воспалительный процесс распространяется на окружающие ткани. Безусловно, непосредственное участие в этом принимает ткань печени, прилежащая к воспаленному желчному пузырю. Следствием этого может быть пенетрация воспаленного желчного пузыря в желудок, двенадцатиперстную кишку, поперечную ободочную кишку, другие рядом расположенные органы. Такой же процесс может возникать и в ткани печени, непосредственно окружающей желчный пузырь [1 – 3].

Желчный пузырь, расположенный на висцеральной поверхности печени, в прилежащей к ней части не имеет серозного покрова, печень в этом месте также лишена фиброзной капсулы. Следовательно, воспалительный процесс, возникший в желчном пузыре, легко может распространяться на ткань печени, что обуславливает регионарный гепатит. В литературе описаны наблюдения фокального цирроза печени [4]. На практике локальный гепатит наблюдают довольно часто, одной из причин его возникновения может быть желчнокаменная болезнь.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В клинике с 2009 по 2013 г. лечили 979 пациентов по поводу желчнокаменной болезни без обтурационной желтухи, из них 224 — произведена холецистэктомия, остальные после улучшения состояния выписаны без операции. Женщин было 135, мужчин — 89. Длительность за-

Реферат

При остром воспалении желчного пузыря воспалительный процесс распространяется на окружающие ткани, в том числе на ткань печени, что обуславливает возникновение регионарного гепатита. У некоторых больных при калькулезном холецистите на фоне перехода воспалительного процесса с желчного пузыря на ткань печени по типу регионарного гепатита выявляют гипербилирубинемия, иктеричность кожи, что симулирует холедохолитиаз и обтурационную желтуху.

Ключевые слова: желчный пузырь; острый холецистит; регионарный гепатит.

Abstract

In an acute inflammation of gallbladder inflammatory process spreads on surrounding tissues, including hepatic tissue, what causes the regional hepatitis occurrence. In some patients, suffering calculous cholecystitis on background of transition of inflammatory process from gallbladder to hepatic tissue likewise a regional hepatitis, hyperbilirubinemia, the skin yellowness are revealed, what simulates choledocholithiasis and obturation jaundice.

Key words: gallbladder; acute cholecystitis; regional hepatitis.

болевания от нескольких месяцев до 1 года — у 56 пациентов, до 3 лет — у 30, до 6 лет — у 22, до 10 лет — у 18, до 40 лет — у 15. У всех оперированных больных установлен калькулезный холецистит без обтурационной желтухи. У 84 больных при госпитализации обнаружен острый процесс в желчном пузыре, у 38 — желтушность кожи и склер, повышение уровня билирубина в крови, в связи с чем предположено наличие холедохолитиаза. Всем этим больным произведена ретроградная холедохопанкреатография, по результатам которой препятствия в общем желчном протоке не обнаружены, диаметр его в пределах нормы, желтуха оценена как следствие регионарного воспаления ткани печени. Этим больным проводили предоперационную подготовку, включавшую применение гепатопротекторов, концентрированных растворов глюкозы, спазмолитиков и антибиотиков.

Во время операции у 80 (81%) больных обнаружены признаки хронического воспалительного процесса и камни в полости желчного пузыря, у 144 (19%) — признаки острого воспаления. У 180 больных размеры и консистенция печени в пределах нормы, у 44 — обнаружено увеличение печени, наличие неровной поверхности, у этих больных длительность калькулезного холецистита от 2 до 30 лет. После удаления желчного пузыря в области его ложа и на расстоянии брали биопсию ткани печени.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Еще Д. Л. Пиковский и А. И. Сметанин (привед. по: В. С. Савельев [5]), изучая морфологию печени у больных при длительном существовании калькулезного холецистита, выявили изменения гепатоцитов, в частности, отек, зернистую и вакуольную дистрофию, очаговый некроз. У

95% пациентов при калькулезном холецистите наблюдают морфологические изменения печени. В кусочках печени, взятых во время выполнения холецистэктомии, обнаружены инфильтрация перипортальных прослоек лимфоидными клетками и полиморфноядерными лейкоцитами, жировая дистрофия клеток печени.

Изменения структуры печени при калькулезном холецистите, особенно острым, включают отек и набухание клеток вместе с сосудистыми и билиарными структурами, что клинически проявляется нарушением пигментного обмена — гипербилирубинемией, иктеричностью кожи, что, естественно, наводит на мысль о наличии препятствия в экстрапеченочной билиарной системе. Однако этот процесс, будучи локальным сопутствующим гепатитом, в последующем может регрессировать после устранения основного очага деструкции путем холецистэктомии. При длительном существовании желчнокаменной бо-

лезни иногда возникают выраженные патологические изменения паренхимы печени, вплоть до билиарного цирроза.

По данным гистологических исследований, обнаруживают воспалительную инфильтрацию в перипортальных пространствах у 10% больных, хронический холангиогепатит — у 7%, фиброз в перипортальных пространствах — у 16%. При исследовании биопсийного материала, взятого из отдаленных от ложа желчного пузыря участков печени, патологические изменения отсутствовали. У 15% больных обнаружено сочетанное поражение перипортальных пространств и клеток печени, вплоть до билиарного цирроза. У этих больных длительность существования хронического калькулезного холецистита от 10 до 30 лет. В течение длительного времени после операции им проводили консервативную терапию.

Таким образом, у некоторых больных при калькулезном холецистите воспалительный процесс рас-

пространяется на ткань печени по типу регионарного гепатита, что проявляется гипербилирубинемией, легкой иктеричностью кожи, в связи с чем предполагают возможность наличия холедохолитиаза и обтурационной желтухи.

ВЫВОДЫ

1. Течение желчнокаменной болезни нередко сопровождается гипербилирубинемией и легкой иктеричностью кожи при отсутствии препятствия в магистральных желчных протоках.

2. Гипербилирубинемия у больных при калькулезном холецистите без холедохолитиаза обусловлена регионарным гепатитом и нарушением пигментного обмена.

3. Морфологические изменения в печени при калькулезном холецистите можно предотвратить путем своевременного выполнения оперативного вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шалимов А. А. Хирургия пищеварительного тракта / А. А. Шалимов, В. Ф. Саенко. — К.: Здоровья, 1987. — 565 с.
2. Назыров Ф. Г. Методическое пособие по госпитальной хирургии / Ф. Г. Назыров. — Ташкент, 2004.
3. Назыров Ф. Г. Хирургия осложнений портальной гипертензии у больных циррозом печени / Ф. Г. Назыров, Х. А. Акилов, А. В. Девятов. — М.: ГЭОТАР—МЕД, 2002. — 412 с.
4. Фокальный цирроз печени / С. А. Пышкин, Д. Л. Борисов, А. Н. Горфинкель [и др.] // Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова. — 2005. — № 10. — С. 46—49.
5. Савельев В. С. 50 лекций по хирургии / В. С. Савельев. — М.: Триада—Х, 2004. — 406 с.

