

Острый осложненный калькулезный холецистит после двусторонней трансплантации легких

М.Ш. Хубутия, М.Л. Рогаль, Е.А. Тарабрин, А.Н. Смоляр, А.М. Кузьмин, С.Г. Гюласарян
ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», Москва
Контакты: Алексей Михайлович Кузьмин, wolverine88@bk.ru

Описано наблюдение успешного лечения острого деструктивного калькулезного холецистита после двусторонней трансплантации легких.

Ключевые слова: острый калькулезный холецистит, трансплантация легких, оперативное лечение.

Acute complicated calculous cholecystitis after bilateral lung transplantation

M.Sh. Khubutiya, M.L. Rogal', E.A. Tarabrin, A.N. Smolyar, A.M. Kuz'min, S.G. Gyulasaryan
N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine of Moscow Healthcare Department, Moscow

Describes a case of successful treatment of acute destructive calculous cholecystitis after bilateral lung transplantation.

Keywords: acute calculous cholecystitis, lung transplantation, the surgical treatment.

Пересадка легких является единственным способом лечения конечной стадии хронических обструктивных болезней легких (в том числе бронхоэктатической болезни), идиопатического легочного фиброза, муковисцидоза и легочной гипертензии. На фоне иммуносупрессии повышение литогенности желчи в сочетании с лекарственным подавлением иммунитета после трансплантации увеличивает риск билиарных осложнений [1]. Абдоминальные хирургические осложнения имеют место в 28% наблюдений после трансплантации сердца или комплекса сердце-легкие [2] и в 10% – после трансплантации легких [3]. Заболевания органов брюшной полости у пациентов, получающих иммуносупрессивную, антибактериальную и противовирусную терапию, протекают нетипично, имеют «смазанную» клиническую картину и тяжелые осложнения [4]. Большинство исследователей [5] считают, что профилактическая санация желчного дерева у больных из Листа ожидания трансплантации почки или после ее трансплантации не показана. Единой тактики лечения холелитиаза у пациентов, находящихся в терминальной стадии сердечного заболевания, и после трансплантации сердца нет. Существуют три взаимоисключающие точки зрения: выполнять плановую лапароскопическую

холецистэктомию до трансплантации сердца [6], после нее [7] и при появлении клинической картины осложнений желчнокаменной болезни, таких как печеночная колика, острый холецистит и билиарный панкреатит [8]. Плановая холецистэктомия хорошо переносится пациентами после трансплантации сердца [9], причем лапароскопический доступ предпочтителен [10]. В доступной литературе имеются единичные сообщения о лечении желчнокаменной болезни и ее осложнений после трансплантации легких [1, 3, 10]. Поэтому считаем целесообразным представить собственное клиническое наблюдение.

Больная Т., 44 лет (и/б № 23768-14), была переведена в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского 18.09.2014 с жалобами на периодически возникающую неинтенсивную боль в эпигастральной области, повышение температуры до 38°C 1 раз в 3 дня.

Из анамнеза известно, что 5 декабря 2013 г. по поводу бронхоэктатической болезни легких тяжелого течения, хронической дыхательной недостаточности в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского была выполнена двусторонняя трансплантация легких. Послеоперационный период протекал без существенных осложнений, на 18-е сутки после опе-

рации больная была выписана под наблюдение пульмонолога по месту жительства. Желчно-каменная болезнь, холецистолитиаз впервые были выявлены при УЗИ за несколько лет до трансплантации легких. Клинических признаков желчнокаменной болезни не было.

После трансплантации легких больная постоянно получала иммуносупрессивную терапию (програф 3 мг/сут, метилпреднизолон 16 мг/сут, микофенолата мофетил 2000 мг/сут), антибактериальную, противовирусную и противогрибковую (азитромицин 750 мг/неделю, ко-тримоксазол 960 мг/сут, валганцикловир 900 мг/сут, вориконазол 400 мг/сут).

В июле 2014 г. пациентка отметила появление неинтенсивной боли в эпигастральной области, которая была купирована однократным приемом но-шпы. Тошноты, рвоты, повышения температуры не было. В августе 2014 г. болевой приступ повторился, появилось периодическое (1 раз в 3 дня) повышение температуры тела до 38°C. Проведено амбулаторное обследование, которое включало в себя УЗИ брюшной полости и почек, эзофагогастродуоденоскопию. Пациентка была осмотрена хирургом и гастроэнтерологом: острое хирургическое заболевание органов брюшной полости не выявлено. Следует подчеркнуть, что в клиническом и биохимическом анализах крови изменений, за исключением умеренной анемии (гемоглобин – 96 г/л), не было.

В связи с сохраняющейся гипертермией 9 сентября больная была госпитализирована в городскую клиническую больницу для обследования. При УЗИ обнаружены признаки острого флегмонозного калькулезного холецистита, перивезикального абсцесса, и 18 сентября 2014 г. пациентка была переведена в отделение острых хирургических заболеваний печени и поджелудочной железы НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского.

При поступлении больная была обследована. При УЗИ обнаружены признаки инфильтрата правого подпеченочного пространства с распространением на мезогастрий, острого калькулезного гангренозно-перфоративного холецистита, перивезикального абсцесса. В день поступления пациентке под местной анестезией выполнены чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия и чрескожное чреспеченочное дренирование перивезикального абсцесса под УЗ-наведением одноступенчатым способом с помощью дренажа типа Pigtail 9Fr. Из желчного пузыря эвакуированы 50 мл гнойного отделяемого, из полости

абсцесса – 100 мл такого же гнойного отделяемого (при микробиологическом исследовании гноя обнаружена *Klebsiella pneumonia* в титре 10^7 , чувствительная к имипенему).

При фистулографии (рисунок) обнаружены внутренний свищ желчного пузыря, сообщающийся с правым изгибом ободочной кишки через полость абсцесса, калькулезный холецистит. Поступление контрастного вещества в 12-перстную кишку своевременное, данных о наличии холедохолитиаза не отмечено.

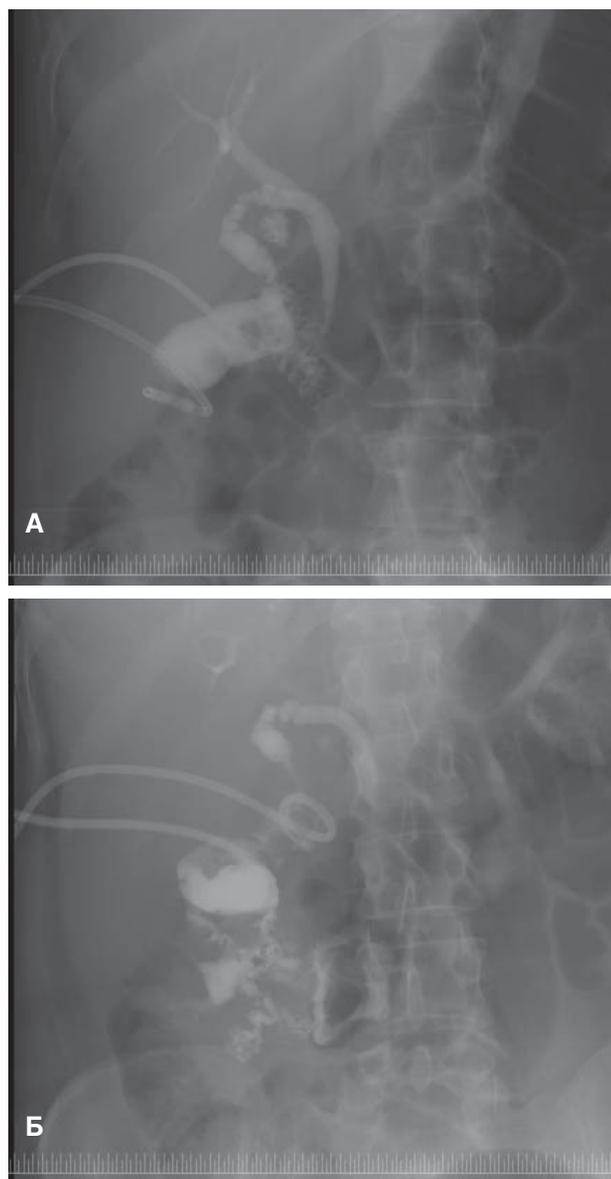


Рисунок. Фистулография:
А – желчный пузырь;
Б – перивезикальный абсцесс

Поэтапно произведена замена дренажа абсцесса на крупнокалиберный (30 Fr), продолжены антибактериальная (имипенем 1000 мг/сут), дезинтоксикационная терапия, фракционное промывание полости абсцесса и желчного пузыря.

Состояние пациентки улучшилось, купированы признаки гнойной интоксикации, однако полость абсцесса не уменьшилась и заживления свища не произошло. Также у пациентки сохранялся перивезикальный инфильтрат, вовлекающий в себя печеночный угол толстой кишки, дифференцировать стенки органов в котором не представлялось возможным. Больная была обсуждена на консилиуме, на котором были приняты следующие решения: 1. Оперировать пациентку лапаротомным доступом. 2. Выполнить резекцию за пределами инфильтративного очага, чтобы не диссеминировать гнойный процесс. По итогам консилиума 22 октября 2014 г. больная была оперирована. Под интубационным наркозом были выполнены лапаротомия, холецистэктомия, правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза «конец в бок». На гистологическое исследование был отправлен блок «часть ободочной кишки, часть тонкой кишки, желчный пузырь», при котором было выявлено: «стенка желчного пузыря со склерозом всех слоев, отеком, рассеянной и очаговой инфильтрацией из лимфоцитов, с умеренной примесью плазмочитов, макрофагов и немногочисленных полинуклеаров вне зоны абсцесса, в области, прилежащей к абсцессу, склероз и воспалительная инфильтрация выражены больше, в инфильтрате большое количество полинуклеаров. Стенка обоих абсцессов представлена фиброзной тканью, просвет выполнен аморфными бесклеточными массами, гнойно-некротическим детритом, имеется обсеменение мицелием грибка. На стенку толстой кишки воспалительные изменения распространяются извне, вне стенки абсцесса тонкая и толстая кишка, стенка отростка – без воспалительных изменений. В зоне свища изменения наружных отделов стенки кишки соответствуют картине стенки абсцессов, повреждение слизистой оболочки вторично, малой давности. Хронический калькулезный холецистит, обострение. Перипузырный и межклеточный абсцессы с обсеменением мицелием грибка, дренированием в просвет толстой кишки». После операции продолжены введение антибиотиков (меронем 3 г/сут) и иммуносупрессивная терапия. Течение раннего послеоперационного периода было без осложнений.

С 7-х суток после операции у больной появились признаки системной воспалительной реакции: гипертермия до 39°C, лейкоцитоз 14×10^9 /л со сдвигом лейкоцитарной формулы до миелоцитов (7%). При обследовании данных о гнойно-воспалительных изменениях в брюшной полости не получено. Выявлено поверхностное нагноение лапаротомной раны. Сняты кожные швы, начато местное лечение. При микробиологическом исследовании отделяемого раны обнаружена *Klebsiella pneumoniae*. Рана постепенно очистилась, появились «вялые» грануляции.

Однако у пациентки сохранялась гипертермия. При УЗИ выявлены отграниченные жидкостные скопления в передней брюшной стенке и в обеих ягодичных областях. На 20-е сутки после операции были вскрыты абсцессы передней брюшной стенки и обеих ягодичных областей, которые содержали 30, 80 и 60 мл густого желто-зеленого гноя соответственно. При микробиологическом исследовании в содержимом абсцессов также обнаружена *Klebsiella pneumoniae*. В посеве крови роста флоры не отмечено. С учетом диссеминации гнойного процесса начата системная антибиотикотерапия сульперазоном (4 г/сут). Продолжено местное лечение. Постепенно признаки интоксикации купированы, гнойные полости очистились и зажили вторичным натяжением.

Дальнейшее течение послеоперационного периода осложнилось правосторонней нижнедолевой плевропневмонией. К антибактериальной терапии был добавлен меропенем (2 г/сут), тигацил (100 мг/сут), были проведены курс противогрибковой терапии вифендом (400 мг/сут) и ингаляции с колистином и амфотерицином В. При микробиологическом исследовании мокроты и смывов из бронхов патологической флоры получено не было.

Больная в удовлетворительном состоянии была выписана из стационара на амбулаторное долечивание на 92-е сутки от момента госпитализации.

Заключение

В связи с обязательной иммуносупрессивной терапией у пациентки было отмечено нетипичное течение острого калькулезного холецистита. Невыраженный болевой синдром и периодически поднимающаяся температура затруднили своевременную диагностику осложнений желчнокаменной болезни. Иммуносупрессия привела к развитию большого количества гнойно-воспа-

лительных осложнений с нетипичным для абдоминальной хирургии возбудителем, что затянуло процесс выздоровления. Приведенное клиническое наблюдение, по мнению авторов, является

с доводом для плановой санации хронических хирургических заболеваний у пациентов, перенесших трансплантацию легких.

Литература

1. Management of biliary tract disease in heart and lung transplant patients / D. Gupta, G.H. Sakorafas, C.G. McGregor [et al.] // *Surgery*. – 2000. – Vol. 128, N. 4. – P. 641–649.
2. General surgical complications in heart and heart-lung transplantation / D.L. Steed, B. Brown, J.J. Reilly [et al.] // *Surgery*. – 1985. – Vol. 98, N. 4. – P. 739–745.
3. Gastrointestinal complications in lung transplant survivors that require surgical intervention / H.J. Hoekstra, K. Hawkins, W.J. de Boer [et al.] // *Br. J. Surg.* – 2001. – Vol. 88, N. 3. – P. 433–438.
4. Осложнения со стороны органов пищеварения после трансплантации почки / В.Ю. Клейза, П.В. Нарбутас, Г.А. Калуйна, Б.Э. Дайнис // *Хирургия*. – 1982. – № 4. – С. 88–90.
5. Prophylactic cholecystectomy is not indicated following renal transplantation / W.S. Melvin, D.J. Meier, E.A. Elkhammas [et al.] // *Am. J. Surg.* – 1998. – Vol. 175, N. 4. – P. 317–319.
6. Laparoscopic cholecystectomy in the heart transplant candidate with acute cholecystitis / B.J. Carroll, M. Chandra, E.H. Phillips, J.G. Harold // *J. Heart Lung Transplant.* – 1992. – Vol. 11. – P. 831–833.
7. Laparoscopic cholecystectomy in transplant patients / T. Delorio, A. Thompson, G.M. Larson [et al.] // *Surg. Endosc.* – 1993. – Vol. 7, N. 5. – P. 404–407.
8. Трансплантация сердца в ФГУ «ФНЦ трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова» / Э.Н. Казаков, Р.Ш. Сaitгареев, Д.В. Шумаков [и др.] [Тезисы докл. V Всерос. съезда трансплантологов, г. Москва, 8–10 октября 2010 г. / под ред. С.В. Готье] // *Вестник трансплантологии и искусственных органов*. – 2010. – Т. XII. – Приложение. – С. 154–155.
9. Expectant management is safe for cholelithiasis after heart transplant / H. Takeyama, M.N. Sinanan, D.P. Fishbein [et al.] // *J. Heart Lung Transplant.* – 2006. – Vol. 25, N. 5. – P. 539–543.
10. Laparoscopic cholecystectomy in the transplant population / A.P. Courcoulas, E. Kelly, B.G. Harbrecht // *Surg. Endosc.* – 1996. – Vol. 10, N. 5. – P. 516–519.
11. Пахомов, В.И. Лечение гнойных ран на фоне иммунодепрессивной терапии у больных после аллотрансплантации почки / В.И. Пахомов, Васина Т.А., Львицина Г.М. // *Хирургия*. – 1977. – № 1. – С. 23–28.
12. An audit of laparoscopic cholecystectomy in renal transplant patients / V. Sutariya, A. Tank // *Ann. Med. Health Sci. Res.* – 2014. – Vol. 4, N. 1. – P. 48–50.
13. Management of biliary complications after heart transplantation / D.S. Peterseim, T.N. Pappas, C.H. Meyers [et al.] // *J. Heart Lung Transplant.* – 1995. – Vol. 14, N. 4. – P. 623–631.

References

1. Gupta D., Sakorafas G.H., McGregor C.G., et al. Management of biliary tract disease in heart and lung transplant patients. *Surgery*. 2000; 128 (4): 641–649.
2. Steed D.L., Brown B., Reilly J.J., et al. General surgical complications in heart and heart-lung transplantation. *Surgery*. 1985; 98 (4): 739–745.
3. Hoekstra H.J., Hawkins K., de Boer W.J., et al. Gastrointestinal complications in lung transplant survivors that require surgical intervention. *Br J Surg*. 2001; 88 (3): 433–438.
4. Kleyza V.Yu., Narbutas P.V., Kaluyna G.A., Daynis B.E. Oslozhneniya so storony organov pishchevareniya posle transplantatsii pochki [Complications from the digestive organs after kidney transplantation]. *Khirurgiya*. 1982; 4: 88–90. (In Russian).
5. Melvin W.S., Meier D.J., Elkhammas E.A., et al. Prophylactic cholecystectomy is not indicated following renal transplantation. *Am J Surg*. 1998; 175 (4): 317–319.
6. Carroll B.J., Chandra M., Phillips E.H., Harold J.G. Laparoscopic cholecystectomy in the heart transplant candidate with acute cholecystitis. *J Heart Lung Transplant*. 1992; 11: 831–833.
7. Delorio T., Thompson A., Larson G.M., et al. Laparoscopic cholecystectomy in transplant patients. *Surg Endosc*. 1993; 7 (5): 404–407.
8. Kazakov E.N., Saitgareev R.Sh., Shumakov D.V., et al. Transplantatsiya serdtsa v FGU «FNC transplantologii i iskusstvennykh organov imeni akademika V.I. Shumakova» [Heart transplantation in FSI «V.I. Shumakov Federal Research Center of Transplantation and Artificial Organs »]. In: S.V. Gautier, ed. Tezisy dokl. V Vseros. s'ezda transplantologov, g. Moskva, 8–10 oktyabrya 2010 g. [Abstracts of the V All-Russian Congress of the Transplantation, Moscow, October 8–10, 2012]. *Vestnik transplantologii i iskusstvennykh organov*. 2010; XII (Supple): 154–155. (In Russian).
9. Takeyama H., Sinanan M.N., Fishbein D.P., et al. Expectant management is safe for cholelithiasis after heart transplant. *J Heart Lung Transplant*. 2006; 25 (5): 539–543.
10. Courcoulas A.P., Kelly E., Harbrecht B.G. Laparoscopic cholecystectomy in the transplant population. *Surg Endosc*. 1996; 10 (5): 516–519.
11. Pakhomov V.I., Vasina T.A., L'vitsina G.M. Lechenie gnoynnykh ran na fone immunodepressivnoy terapii u bol'nykh posle allotransplantatsii pochki [Treatment of purulent wounds on immunosuppressive therapy in patients after renal allograft]. *Khirurgiya*. 1977; 1: 23–28. (In Russian).
12. Sutariya V., Tank A. An audit of laparoscopic cholecystectomy in renal transplant patients. *Ann Med Health Sci Res*. 2014; 4 (1): 48–50.
13. Peterseim D.S., Pappas T.N., Meyers C.H., et al. Management of biliary complications after heart transplantation. *J Heart Lung Transplant*. 1995; 14 (4): 623–631.