

УДК: 616.381-072.1-366-089.87-616.36-004-02:616.366-003.7

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ НА ФОНЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

С.А. АЗИМОВ, Ш.Ю. ШОМУРОДОВ, А.С. БАБАЖАНОВ, И.П. АЛМАНОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт,

Республика Узбекистан, г. Самарканд

Резюме. В основу данного исследования легли 85 больных острым холециститом на фоне цирроза печени находившихся в 2010-2013. в отделении эндохирургии Самаркандской городской больницы. 62 больным (основная группа) произведена лапароскопическая холецистэктомия, 23 больным (контрольная группа) холецистэктомия выполнена лапаротомным доступом. Для сравнительного анализа результатов операций в обеих группах сравнивали следующие параметры, характеризующие травматичность операции: размер операционного доступа, время, затрачиваемое на проведение доступа, продолжительность операции, величина кровопотери, необходимость обезболивания в раннем послеоперационном периоде, начало активизации и кормления больных, продолжительность послеоперационного реабилитационного периода. Лапароскопическая холецистэктомия является оптимальным для больного с сопутствующим компенсированным циррозом печени методом хирургического вмешательства.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, острый холецистит, цирроз печени.

EXPEDIENCY OF APPLICATION OF A LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMIA AT ACUTE CHOLECYSTITIS AGAINST CIRRHOSIS OF LIVER

S.A. AZIMOV, Sh.Yu. SHOMURODOV, A.S. BABAJANOV, I.P. ALMANOV

Samarkand State medical institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Resume. The basis of this research was formed by laparoscopic cholecystectomies 85 patients with acute cholecystitis against cirrhosis of liver being in 2010-2013y. in department of an endosurgery of the Samarkand city hospital. 62 patients (basic group) the laparoscopic cholecystectomy is made, 23 patients (control group) the cholecystectomy is executed by laparotomy access. For the comparative analysis of results of operations in both groups compared the following parameters characterizing injury of operation; the amount of operational access, time spent for carrying out access, operation duration, hemorrhage size, need of anesthesia for the early postoperative period, the beginning of activation and feeding of patients, duration of the postoperative rehabilitation period. The laparoscopic cholecystectomy is optimum for the patient to accompanying compensated cirrhoses of a liver a method of a surgical intervention.

Key words: laparoscopic cholecystectomy, acute cholecystitis, cirrhoses of liver.

Актуальность. В связи с тенденцией роста заболеваемости циррозом (ЦП) во всем мире и Центральной Азии, в том числе и в Республике Узбекистан актуализация проблем вокруг острого холецистита на фоне ЦП подчеркивается многими авторами и становится предметом научных изысканий (1,4,5). Повышение научного интереса к этим проблемам обусловлено опасностью для жизни таких поздних осложнений, как кровотечения, асцит, малигнизация и заканчивающиеся летальным исходом в течение ближайших трех лет в 60-80% при консервативном лечении (2,3,6). Малоизученными и дискуссионными остаются вопросы терапевтической (7,8) и хирургической тактики в отношении выбора объема и времени вмешательства у больных с ОХ на фоне ЦП.

Сочетание ОХ с ЦП требует рациональных подходов в диагностике, выборе тактики лечения, реабилитации, что обозначено в литературе как выбор оптимального критерия лечебной доктрины (8,9). Холецистит, не попавший в разряд «наиболее тяжелых» осложнений цирроза печени, патогенетически имеет сходство со многими осложнениями цирроза печени и в связи с этим вопрос о его лечении заслуживает внимания хирургов.

Цель исследования: Оптимизация стандартов диагностики, предоперационного ведения, хирургического лечения пациентов с острым холециститом на фоне цирроза печени.

Материалы и методы: Нами проведено хирургическое лечение 85 больных с острым холециститом на фоне цирроза печени,

находившихся в хирургических отделениях ГЦБ г. Самарканда. 62 больным (основная группа) произведена лапароскопическая холецистэктомия, 23 больным (контрольная группа) холецистэктомия выполнена лапаротомным доступом.

В 25 (1,9%) случаях имела место конверсия, т.е. переход с лапароскопического доступа к лапаротомному. Причинами конверсии были кровотечения, деструктивные изменения в желчном пузыре, требовавшие широкого доступа, подозрение на холедохолитиаз, перивезикальный абсцесс и другие.

В основной группе 19 мужчин и 43 женщин (1:2,2), средний возраст $59,1 \pm 10,1$ лет. В контрольной группе 5 мужчин и 18 женщин (1:3,5), средний возраст $56,9 \pm 9,5$ лет.

Для сравнительного анализа результатов операций в обеих группах сравнивали следующие параметры, характеризующие травматичность операции:

- размер операционного доступа;
- время, затрачиваемое на проведение доступа;
- продолжительность операции;
- величина кровопотери;
- необходимость обезболивания в раннем послеоперационном периоде;
- начало активизации и кормления больных;
- продолжительность послеоперационного реабилитационного периода.

Результаты и их обсуждение. Более половины больных (56, 4%) с сочетанным поражением ЦП + острый холецистит имели давность заболевания до 1 года, из которых 16,1% - с давностью заболевания менее 1 месяца (табл. 1).

Четверть пациентов имели стаж заболевания от 1 года до 3 лет (24,2%). От 3 до 5 лет болели 10 пациентов (16,1%) и только двое (3,2%) – страдали более 5 лет.

Клинически острый холецистит характеризовался жалобами на тошноту (90,32%), рвоту (43,54%), горечь во рту (77,41%) и боли в правом подреберье (82,25%).

Сильная боль в области правого подреберья выявлена у 51 из 62 (82,25%)

больных с циррозом печени. Возникновению болевого синдрома предшествовали провоцирующие пусковые факторы у 26 больных из 62 (41,9%). Это были эпизоды приема жирной обильной пищи, эмоциональные переживания у женщин и употребление алкоголя у 4 мужчин. У 36 (58,06%) больных с острым холециститом на фоне цирроза печени при сборе анамнеза выявить пусковые факторы обнаружить не удалось.

Гепатомегалия различной степени была обнаружена пальпаторно и при ультразвуковом исследовании у 19 больных с острым холециститом на фоне цирроза печени (30,6%). У 10 больных (16,1%) продолжительность заболевания составила до 1 месяца. Гипертермия при поступлении выявлена у 38 (61,3%) больных с острым холециститом на фоне цирроза печени. Тахикардия при поступлении имела место у 51 (82,3%) больного, рвота – у 43 (69,4%) и сухость во рту отмечали 48 (77,4%) больных.

Анализируя результаты ультразвукового исследования (УЗИ) гепатобилиарной системы мы столкнулись с очень пестрой картиной изменений в структуре печени, что обусловлено, вероятно, особенностями течения цирроза печени при остром холецистите.

В процессе исследования были выделены два типа ультразвуковых признаков, позволяющих обнаружить цирроз печени и сопровождающую его портальную гипертензию: безусловные и условные. К безусловным признакам были отнесены: неровность контура печени, извитой ход внутрипеченочных сосудов, реканализация параумбиликальной вены и обратное направление воротного кровотока.

Эти признаки показали крайне высокую специфичность (100 %), кроме того они отражали прямые признаки цирроза печени и портальной гипертензии: неровный контур и деформация хода сосудов - процессы фиброизирования и регенерации паренхимы печени; кровоток в параумбиликальной вене и обратный кровоток в воротной вене - шунтирование воротного кровотока, характерное для цирроза печени.

Таблица 1.

Стаж болезни у больных циррозом печени и острым холециститом к моменту госпитализации

Стаж болезни	N	%
До 1 месяца	10	16,12
До 1 года	25	40,32
От 1 года до 3 лет	15	24,19
От 3 до 5 лет	10	16,12
Более 5 лет	2	3,22
Всего	62	100

К менее специфичным условным признакам данной патологии были отнесены: спленомегалия, асцит, расширение вен воротной системы, снижение скорости воротного кровотока, повышение резистентности печеночной артерии, наличие измененного кровотока в печеночных венах. У больных циррозом печени с функциональным классом А по классификации Child-Pugh отмечались умеренное расширение селезеночной вены ($p < 0,05$) и умеренная спленомегалия ($p < 0,05$), что отличало этих больных от группы контроля и больных хроническим вирусным гепатитом. Умеренное увеличение селезенки и расширение селезеночной вены можно отнести к наиболее ранним признакам портальной гипертензии, кроме того у трети таких больных был выявлен кровоток в реканализированной параумбиликальной вене, у 39% отмечалась неровность контура печени, что указывало на значительную выраженность структурных изменений, протекавших скрыто и не соответствовавших малоспецифичной клинической картине. У больных циррозом печени с функциональным классом В по классификации Child-Pugh было выявлено дальнейшее нарастание ультразвуковых признаков портальной гипертензии: более выраженное расширение селезеночной вены и увеличение селезенки, реканализация параумбиликальной вены наблюдалась в большинстве случаев, контуры печени у большинства больных были неровными (72,2%).

Средние скоростные показатели кровотока в воротной вене соответствовали нижней границе нормы.

В портальной системе печени были обнаружены изменения со стороны сосудистого бассейна в виде расширения воротной и селезеночной вен у 30 больных из 62 (48,4%). Эти изменения были ретроспективно расценены как обусловленные нарушениями центральной гемодинамики и прогрессированием патологических изменений в печеночной паренхиме.

В связи с вышеизложенным нами разработан и внедрен в практику протокол УЗИ при циррозах печени и подозрении на него. Особенностью этого протокола является то, что в него были введены конкретные вопросы, на которые специалист по ультразвуковой диагностике отвечал на основании проведенного им обследования:

- Неровность контура печени
- Извитой ход внутрипеченочных ходов

- Реканализация параумбиликальной вены
- Обратное направление воротного кровотока
- Спленомегалия
- Асцит
- Расширение вен воротной системы
- Снижение скорости воротного кровотока
- Повышение резистентности печеночной артерии
- Наличие измененного кровотока в печеночных венах

Необходимо также обратить внимание на возможность диагностики варикозного расширения вен пищевода при проведении ЭФГДС. Установлено, что у больных с острым поражением желчных путей на фоне цирроза печени чаще всего обнаруживается картина поверхностного гастрита и дуоденита, причем изменение состояния слизистой вплоть до развития эрозивно-язвенного процесса обнаруживаются по мере нарастания клиники эндотоксикоза.

В зависимости от формы острого холецистита на фоне цирроза печени статистически значимые различия обнаружены в уровнях билирубина, АлТ, АсТ и мочевины. При осложненной форме острого холецистита эти показатели были максимальными, при деструктивной – промежуточными и минимальными – при простой форме острого холецистита.

Во всех случаях операция проводилась под эндотрахеальным наркозом на оборудовании Фирмы «KarlStorz» (Германия).

Методика проведения лапароскопии.

Для предотвращения ранения сосудов брюшной стенки, которые при циррозе печени могут быть расширены, осуществляли предварительную инфильтрацию передней брюшной стенки 0,5% раствором новокаина и использовали диафаноскопию после введения телескопа. Особенностью при ЛХЭ по поводу острого холецистита на фоне цирроза печени мы считаем, что тракцию желчного пузыря «вверх-назад» необходимо производить очень осторожно в связи с тем, что ткань печени при циррозе печени теряет свою эластичность. Выделение желчного пузыря субсерозно производилось тотчас ниже кармана Гартмана. Первоначально на а.cysticus накладывались титановые клипсы, после выделения и клипирования пузырного протока последний пересекался. Дальнейшее выведение желчного пузыря производилось максимально у его стенки.

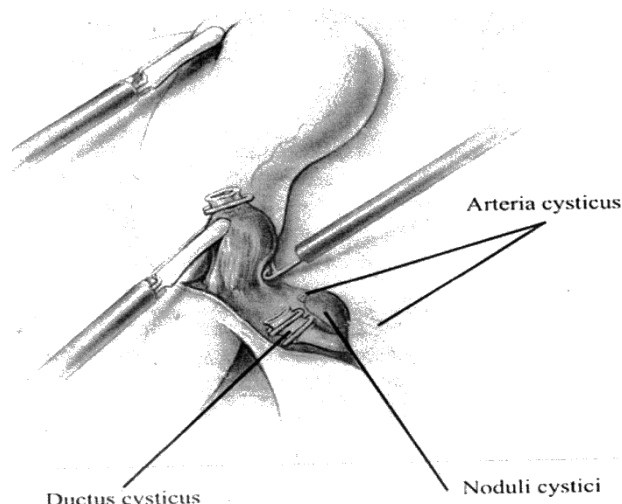


Рис. 1. Схема обработки пузырной артерии без применения клипсы

В случае внутрипеченочного расположения желчного пузыря (9 больных – 14,5%) в целях предупреждения кровотечения из ложа желчного пузыря мы ограничивались иссечением его передней стенки и коагуляцией оставшейся слизистой. Конкременты в таких случаях эвакуировались в контейнер. Дренирование брюшной полости в подпеченочном пространстве проводилось всем без исключения больным и мы считаем обязательным дренажи через два лапаропорта в правом подреберье.

После установки четырех троакаров в стандартных позициях дно желчного пузыря отводится вверх и назад. Вторым зажимом карман Гартмана отводится влево. После надсечения серозной оболочки тупым путем препарируются пузырный проток и пузырная артерия в треугольнике Кало. После клипирования пузырного протока и артерии они пересекаются. Желчный пузырь полностью выделяется из ложа и извлекается наружу через центральный порт. В наших исследованиях кровопотеря при ЛХЭ составила $125,5 \pm 25,5$ мл, а при ТХЭ – $276,5 \pm 45,6$ мл ($p < 0,05$). Случаев неконтролируемых кровотечений не наблюдалось ни при ЛХЭ, ни при ТХЭ. И третий момент - необходимость клипирования ствола пузырной артерии, что увеличивает количество расходного материала – клипсы. Развитие осложнений может быть связано с несовершенством техники операции, когда необходимо выделение пузырной артерии в треугольнике Кало. Поэтому с учетом вышеизложенных недостатков нами разработана оригинальный способ обработки a.cysticus при лапароскопической холецистэктомии. Задачей разработки являлось улучшение результатов лапароскопической холецистэктомии, экономия

расходного материала (клипсы) и профилактика осложнений при выделении a.cysticus.

Задача решается путем методики специального выделения пузырной артерии, которая заключается в следующем: выделение пузырной артерии выполняется не в треугольнике Кало, а тотчас выше лимфатического узла желчного пузыря в месте разветвления веточек пузырной артерии, непосредственно впадающих в стенку желчного пузыря. При коагуляции веточек пузырной артерии основной ее ствол отходит вместе лимфатическим узлом.

Продолжительность оперативного вмешательства составила при ЛХЭ $54,5 \pm 19,5$ мин и $65,5 \pm 15,5$ мин – при ТХЭ. Существенной разницы в продолжительности операции в сравниваемых группах не наблюдалось.

При таких особенностях проведения ЛХЭ, у больных с острым холециститом на фоне цирроза печени, активизация больных выполнялась на вторые сутки после операции и осложнений при этом не наблюдалось. Активизации больных обязательно предшествовал контроль биохимических показателей, которые свидетельствовали о гладком течении послеоперационного периода. В 6 случаях, когда биохимические показатели могли свидетельствовать о неблагополучии, что ни в одном случае не нашло своего подтверждения, активизация больных была отсрочена до нормализации биохимических показателей. Больные после ЛХЭ выписывались на 4-5 сутки, в то время как после ТХЭ пациенты выписывались через $8,0 \pm 3,0$ дня ($p < 0,05$).

Время, необходимое для возврата больного на обычную диету составило $48,0 \pm 6,0$ часов при ЛХЭ и $72,0 \pm 12,0$ часов при ТХЭ ($p < 0,05$).

Послеоперационное осложнение – нагноение послеоперационной раны – наблюдалось у 3 (4,8%) больных. Во всех трех случаях нагнаивался лапаропорт по срединной линии живота, через который извлекался деструктивно измененный желчный пузырь. Летальных исходов не отмечено.

Улучшение в течении цирротического процесса после ЛХЭ мы связываем с декомпрессией желчных путей. Активизация цирротического процесса в послеоперационном периоде не наблюдалось в наших исследованиях ни у одного больного.

С появлением лапароскопии появилась необходимость детального изучения возможностей этого метода у пациентов с ОХ на фоне ЦП в сравнении с традиционной холецистэктомией. Критериями для сравнения служат: время, затрачиваемое на проведение доступа; продолжительность операции; вид обезболивания и количество обезболивающих препаратов; амортизационные расходы видеолапароскопической аппаратуры; вероятность расширения объема операции и переход на симультанные операции; частота конверсий; эффективность снятия болевого синдрома в послеоперационном периоде; стоимость лечения; косметический эффект; длительность временной нетрудоспособности и продолжительность периода реабилитации.

При сравнении размеров операционного доступа использование лапароскопической техники позволило уменьшить травматичность доступа – длину операционного разреза до 1 см при лапароскопическом выполнении операции. Для проведения операций лапаротомным доступом длина разреза составила от 10 до 20 см. Таким образом. Размер операционного доступа при традиционной холецистэктомии у больных с ЦП в 20 и более раз превышает таковой при ЛХЭ, что утяжеляет состояние больных в послеоперационном периоде.

Время, затрачиваемое на проведение доступа составило при ЛХЭ $10,0 \pm 5,0$ минут, а при ТХЭ – $20,5 \pm 5,5$ минут.

Кровопотеря при традиционной холецистэктомии может превышать таковую при ЛХЭ в 4 раза, что немаловажно у больных с ЦП.

Выводы: Лапароскопическая холецистэктомия является оптимальным для больного с сопутствующим компенсированным (класс А) циррозом печени методом хирургического вмешательства. Преимуществами ЛХЭ являются: меньшая кровопотеря, низкая частота осложнений в послеоперационном периоде, меньшая

продолжительность времени для возврата больного к обычной диете и пребывания больного в стационаре.

Литература:

1. Ахтамов Дж.А., Шомуродов Ш.Ю. К методике лапароскопической холецистэктомии при сопутствующем циррозе печени. // Вестник врача общей практики. – 2005, № 4, (28) с. 24-25.
2. Fernandes NF, Schwesinger WH, Hilsenbeck SG, Gross GW, Bay MK, Sirinek KR, Schenker S. Laparoscopic cholecystectomy and cirrhosis: a case-control study of outcomes. // Liver Transpl 2006 May; 6(3):340-4
3. Friel CM, Stack J, Forse A, Babineau TJ. Laparoscopic cholecystectomy in patients with hepatic cirrhosis: a five-year experience. J Gastrointest Surg 2009; 3: 286-291 Lausten SB, El-Sefi T, Marwan I, Ibrahim TM, Jensen LS, Grofte T, Andreassen F, Vilstrup H, Raouf AA, Helmy A, Jensen SL. Postoperative hepatic catabolic stress response in patients with cirrhosis and chronic hepatitis. World J Surg 2009; 24: 365-371
4. Leone N, Garino M, De Paolis P, Pellicano R, Fronda GR, Rizzetto M. Laparoscopic cholecystectomy in cirrhotic patients. // Dig Surg 2007; 18(6):449-52
5. C, Giraudo G, Simone P. Laparoscopic cholecystectomy in cirrhosis: contraindication or privileged indication? Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2009; 10: 360-363
6. Poggio JL, Rowland CM, Gores GJ, Nagorney DM, Donohue JH. A comparison of laparoscopic and open cholecystectomy in patients with compensated cirrhosis and symptomatic gallstone disease. // Surgery 2008 Apr; 127(4):405-11
7. Puggioni A, Wong LL. A metaanalysis of laparoscopic cholecystectomy in patients with cirrhosis. J Am Coll Surg 2006; 197: 921-926
8. Thulstrup AM, Sorensen HT, Vilstrup H. Mortality after open cholecystectomy in patients with cirrhosis of the liver: a population-based study in Denmark. // Eur J Surg 2007 Sep; 167(9):679-83
9. Tuech JJ, Pessaux P, Regenet N, Rouge C, Bergamaschi R, Arnaud JP. Laparoscopic cholecystectomy in cirrhotic patients. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2008; 12: 227-231

**ЖИГАР ЦИРРОЗИ ФОНИДА ЎТКИР
ХОЛЕЦИСТИТДА ЛАПАРОСКОПИК
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯНИ МАҚСАДГА
МУВОФИҚ ҚЎЛЛАНИЛИШИ**

С.А. АЗИМОВ, Ш.Ю. ШОМУРОДОВ,
А.С. БАБАЖАНОВ, И.П. АЛМАНОВ

Самарқанд Давлат медицина институти,
Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд

Резюме. Мазкур текширув асосида 2010-2013 йилларда Самарқанд шаҳар шифохонаси эндохирургия бўлимида жигар циррози фонида ўткир тошли холецистит билан 85 бемор даволанган. Шулардан 62та (асосий гуруҳ) беморга лапароскопик холецистэктомия, 23та (контрол гуруҳ) беморга лапаротом йўл билан

холецистэктомия бажарилган. Иккала гуруҳдаги ўтказилган операцияларнинг натижаларини таққослаш учун кўйидаги кўрсаткичларга эътибор берилди: операцияларнинг травматиклик даражаси, операцион жароҳат ўлчами, операция давомийлиги, интероперацион кон йўқотиш ҳажми, операциядан кейинги эрта огриксизлантириш, беморни эрта фаоллаштириш ва овқатлантириш, операциядан кейинги реабилитация даврининг қисқариши. Ўтказилган натижалар шуни кўрсатдики, беморларда жигар циррозининг компенсирланган даврида лапароскопик холецистэктомия усули жарроҳлик аралашувининг мукамал усулларида бири ҳисобланади.

Калит сўзлар: лапароскопик холецистэктомия, ўткир холецистит, жигар циррози.