

УДК 616.29-089:613.48

ОСОБЛИВОСТІ ТЕХНІКИ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ У ХВОРИХ З КАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НА ТЛІ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ І ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ

В.В. ГРУБНИК, О.Л. КОВАЛЬЧУК, О.С. ДЮЖЕВ

Одеський державний медичний університет
Тернопільський державний медичний університет

Peculiarities of of laparoscopic surgery technique in patients with calculus cholecystitis associated with liver cirrhosis and chronic hepatitis

V.V. GRUBNIK, O.L. KOVALCHUK

Odessa State Medical University
Ternopol State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

Оперативні втручання у хворих з калькульозним холециститом на тлі цирозу печінки супроводжуються великим числом ускладнень. За 10 років в клініках виконано 156 лапароскопічних холецистектомій у хворих з цирозом печінки, а також 248 хворих з хронічним гепатитом. У 21 хворого, що поступили з механічною жовтяницею, спочатку виконували ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію і ендоскопічну папілотомію. Після успішного видалення конкрементів з проток через 3-7 днів виконували лапароскопічну холецистектомію. Ускладнення були у 39 (28,3 %) з 138 хворих, найчастіше – внутрішньочеревна кровотеча під час операції, а також виникнення шлунково-кишкових кровотеч з варикозно розширених вен стравоходу в ранньому післяопераційному періоді, які спостерігалися у 15 (10,8 %) хворих. Двоє хворих загинули унаслідок розвитку в післяопераційному періоді кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу на тлі гепатоцелюлярної недостатності.

Laparoscopic operations in patients suffering from calculus cholecystitis associated with liver cirrhosis have got a lot of complications. During 10 years we conducted in hospitals 156 laparoscopic cholecystectomies in patients with liver cirrhosis and 248 patients with chronic hepatitis. In 21 patients admitted to the hospital with obstructive jaundice as the first step we performed endoscopic retrograde cholangiopancreatography, and endoscopic papilotomy. After successful extraction of the stone from cystic duct, we performed laparoscopic cholecystectomy after 3-7 days. Complication occurred in 39 (28,3 %) among 138 patients, mostly they were intraperitoneal bleeding during the operation and gastrointestinal bleedings form esophageal varices in early postoperative period in 15 (10,8 %) patients. 2 patients died due to bleeding from the esophageal varices associated with hepatocellular insufficiency which occurred in early postoperative period.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Оперативні втручання у хворих з калькульозним холециститом на тлі цирозу печінки супроводжуються великими технічними труднощами, нерідко тяжкими, смертельними ускладненнями [1,2,3]. До недавнього часу виконання лапароскопічної холецистектомії вважалося не показаним у хворих з цирозом печінки через можливість розвитку тяжких профузних кровотеч з ложа жовчного міхура [4,5,6]. З розвитком лапароскопічної техніки з'явилися повідомлення про успішне виконання лапароскопічної холецистектомії у хворих з цирозом печінки. Є певні технічні труднощі при виконанні лапароскопічної холецистектомії у хворих з хронічним гепатитом. Метою даного дослідження аналіз можливості застосування різних лапароскопічних втручання при ускладнених холециститах на тлі цирозу печінки і хронічного гепатиту.

Матеріали і методи. За останні 10 років в обох клініках виконано 156 лапароскопічних холецистектомій у хворих зі сформованим цирозом печінки. Серед оперованих хворих переважали чоловіки – 108, жінок було 48. Вік хворих коливався від 32 до 71 року, середній вік склав $57 \pm 5,2$ років. 79 (57,2 %) пацієнтів поступили з клінікою гострого холецистити. Інші 77 хворих госпіталізувалися у зв'язку із загостренням хронічного калькульозного холецистити. 39 з них госпіталізовані з клінікою механічної жовтяниці. У всіх хворих був сформований цироз печінки, причини якого: вірусний гепатит В, С і D (122 хворих), зловживання алкоголем (11 пацієнтів), гепатит нез'ясованої етіології (23 пацієнти). Діагноз гепатиту встановлювали на підставі даних імунологічних і вірусологічних досліджень, визначення рівня трансаміназ, лужної фосфатази, гістологічного дослідження біоптатів печінки. Всім хворим проводили ретельне ла-

бораторне та інструментальне обстеження. При УЗД визначали діаметр жовчних проток, ворітної вени, селезінкової вени, розміри печінки і селезінки. У 28 хворих додатково проводили комп'ютерну томографію, у 16 – магнітно-ядерне дослідження з контрастуванням. Для визначення ступеня портальної гіпертензії у 96 хворих проводили доопераційну фіброезофагогастроуденоскопію, під час якої виявлялися ерозивні зміни слизової, наявність і ступінь варикозно розширених вен стравоходу і кардіального відділу шлунка. Явища портальної гіпертензії були у всіх хворих. Причому компенсована стадія цирозу (Child A) виявлена у 108 хворих (69,2%), субкомпенсована (Child B) – у 44 хворих (28,2%), декомпенсована (Child C) – у 4 хворих (2,6%). З супутніх захворювань слід зазначити гіпертонічну і ішемічну хвороби серця – у 69 хворих, цукровий діабет 2 типу – у 12 хворих, виразкову хворобу дванадцятипалої кишки – у 7, виразкову хворобу шлунка – у 1 хворого, хронічний бронхіт і емфізему легенів – у 19 пацієнтів.

Враховуючи тяжкість стану хворих, пацієнти з гострим холециститом, а також з механічною жовтяницею відразу госпіталізувалися у відділення інтенсивної терапії, де проводилася передопераційна корекція і моніторинг показників вітальних функцій. З метою корекції порушених функцій печінки проводилася гепатотропна терапія. Особлива увага приділялася діагностиці і корекції порушень згортальної системи крові. За наявності цукрового діабету збільшували дозування інсуліну, що вводиться, до нормалізації рівня глюкози в крові. З метою попередження розвитку кровотеч з варикозно розширених вен стравоходу і ерозій шлунка хворим призначали блокатори протонної помпи, блокатори H₂-гістамінових рецепторів, антациди. Для зниження портальної гіпертензії призначали нітрати і, при можливості, сандостатин або соматулін.

Хірургічне втручання при гострому холециститі виконували в перші 3-5 днів від початку захворювання. У 12 хворих, що поступили з механічною жовтяницею, спочатку виконували ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію (ЕРХПГ) і ендоскопічну папілотомію (ЕП). Після успішного видалення конкрементів з проток через 3-7 днів виконували лапароскопічну холецистектомію. Проте, у зв'язку з тим що у 3 з 12 хворих після ендоскопічної папілотомії спостерігалася масивна кровотеча з шлунково-кишкового тракту, ми змінили хірургічну тактику і за наявності конкрементів в холедоку прагнули видалити їх за допомогою лапароскопічних методик.

У хворих з субкомпенсованим і декомпенсованим цирозом печінки, за наявності асцити, окрім видалення жовчного міхура прагнули виконати операцію типу Кальба-Опеля-Шалімова з оментогепатофренопек-

сією. Для адекватного анестезіологічного забезпечення всім хворим проводилася катетеризація підключичної вени з моніторингом артеріального і венозного тиску. У післяопераційному періоді всі хворі перебували у відділенні інтенсивної терапії до відновлення показників гемодинаміки, показників згортальної системи, показників функції печінки. Із стаціонару хворі виписувалися тільки після повної стабілізації і відновлення показників функції печінки на рівні доопераційних. З метою реабілітації 72 пацієнти були направлені на раннє санаторно-курортне лікування.

За цей же період часу оперовано 248 хворих з калькульозним холециститом на тлі хронічного гепатиту. Вірусна етіологія хронічного гепатиту верифікована у 172 (69,4%) хворих. Причиною хронічного гепатиту з початковими ознаками цирозу печінки у 29 (11,7%) хворих було зловживання алкоголем. У інших 47 (18,9%) хворих був неалкогольний жировий гепатоз печінки. Серед 243 хворих переважали жінки – 179, чоловіків було 69. Вік хворих коливався від 30 до 78 років. Всім хворим на догоспітальному етапі проводилося комплексне обстеження. Біопсія печінки для верифікації причини гепатиту була виконана у 69 (27,8%) пацієнтів.

З 404 хворих віддалені результати вивчені у 378 (93,6%) пацієнтів, в терміни від 1 до 5 років. Всім хворим розсилали спеціальні анкети з опитуванням про якість їх життя. При можливості хворих запрошували для обстеження в клініку, де їм проводилося повне клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження.

Результати. Лапароскопічні втручання у хворих на тлі цирозу печінки істотно відрізнялися від стандартної лапароскопічної холецистектомії.

З технічних особливостей виконаних лапароскопічних холецистектомій у хворих з цирозом печінки слід зазначити наступні.

За рахунок формування портокавальних анастомозів різко розширюється венозна система у ділянці пупка, що створює загрозу досить масивних кровотеч при введенні першого троакара. Якщо введення другого, третього і наступних троакарів проводиться під контролем зору, що дозволяє уникнути пошкодження крупних судин, а при їх пошкодженні відразу встановити факт кровотечі і спробувати відразу лігувати або коагулювати судину, що кровоточить, то введення першого троакара проводиться фактично всліпу, кровотеча, яка виникає при цьому не відразу можна помітити. Серед оперованих хворих достатньо масивна кровотеча при введенні першого троакара в припупковій ділянці спостерігалася у 24 (17,4%) хворих.

Характерною особливістю таких кровотеч є те, що при введенні троакара під час операції, як прави-

ло, масивної кровотечі не спостерігається за рахунок того, що сама гільза троакара і підвищений внутрішньочеревний тиск створюють компресію розширених вен в припупковій зоні. В кінці операції, коли витягується троакар, а він витягується останнім, після зниження внутрішньочеревного тиску може виникнути масивна кровотеча в черевну порожнину. У такому випадку діагностувати цю кровотечу вдається не відразу.

У наших спостереженнях у трьох хворих виникла масивна внутрішньочеревна кровотеча, яка була діагностована тільки при виході хворих з наркозу. Підпечінковим дренажем почала рясно поступати кров. Слід зазначити, що за рахунок артеріалізації венозної крові у хворих з цирозом печінки, не відразу вдається встановити характер кровотечі. Так у всіх трьох хворих ми вважали, що джерелом кровотечі є погано лігована міхурова артерія.

Всім хворим була проведена термінова повторна релапаротомія, під час якої вдалося з певними труднощами встановити джерело кровотечі. Річ у тому, що після введення троакара в припупковій зоні за рахунок обтурації кровотеча з вен зупинялася. Хворим проведене відсмоктування крові з черевної порожнини, промивання підпечінкового простору фізіологічним розчином. Тільки після того, як ми переконалися, що кровотеча не з ложа видаленого жовчного міхура і міхурова артерія надійно кліпована, ми почали шукати джерело кровотечі у іншому місці. До цього часу в черевну порожнину кров майже не поступала. І лише, коли ми ввели лапароскоп через верхній троакар, введений під мечоподібним відростком, нам вдалося оглянути місце введення першого троакара в припупковій зоні і встановити джерело кровотечі. При витяганні першого троакара починалася масивна кровотеча. Вени в припупковій зоні були ліговані за допомогою лапароскопічної техніки, введенням спеціальної голки з ниткою з подальшим витяганням цієї нитки через інший прокол передньої черевної стінки.

Після такого досвіду ми у всіх хворих напочатку операції оглядали припупкову зону, де вводили перший троакар, і за наявності хоч би невеликого кривання у обов'язковому порядку ретельно ушиваємо місце введення першого троакара. Така тактика дозволила нам уникнути повторних масивних кровотеч з розширених вен припупкової зони.

Другою технічною особливістю виконання лапароскопічної холецистектомії у хворих з цирозом печінки є загроза кровотечі з ложа видаленого жовчного міхура. Достатньо інтенсивна кровотеча з тканини печінки після видалення жовчного міхура спостерігалася у 69 (50%) хворих, причому при гострому холециститі масивна кровотеча з ложа міхура спостері-

галася в 3 рази частіше, ніж при холецистектомії з приводу хронічного холециститу. У тих випадках, коли задня стінка запаленого жовчного міхура була інтимно спаяна з паренхімою печінки, ми використовували технічний прийом, описаний ще Прібрамом. Видалявся запально змінений жовчний міхур із залишенням задньої стінки, інтимно зрощеної з паренхімою печінки. Після витягання всіх конкрементів і видалених стінок жовчного міхура проводили ретельну санацію підпечінкової зони, а потім ретельно коагулювали слизову залишеної задньої стінки жовчного міхура. З цією метою можна використовувати як монополярну, так і біополярну коагуляцію, але кращий ефект отримували при використанні аргоноплазмового коагулятора, за допомогою якого вдавалося досить швидко одержати стерильну коагуляційну поверхню ложа видаленого жовчного міхура. Така тактика застосована нами у 39 (49,4%) хворих з гострим холециститом і у 12 (20,7%) хворих, оперованих з приводу хронічного холециститу. У жодному випадку після подібних операцій не спостерігалася скупчення крові і жовчі в підпечінковому просторі з формуванням підпечінкових абсцесів. Тому ми вважаємо що така тактика цілком виправдана і може використовуватися при технічних труднощах відділення жовчного міхура від ложа печінки.

Достатньо складною проблемою при виконанні лапароскопічної холецистектомії на тлі цирозу печінки є зупинка кровотечі з ложа жовчного міхура. Використання монополярної коагуляції не завжди приводить до швидкого і надійного гемостазу, а у ряді випадків підсилює кровотечу. Труднощі при зупинці кровотечі з ложа жовчного міхура спостерігалися нами у 69 (50%) хворих. Для швидкої зупинки кровотечі ми використовували наступні технічні прийоми. Відразу після видалення і витягання з черевної порожнини жовчного міхура в підпечінковий простір вводили марлеву тампон, за допомогою якого здійснювали компресію в зоні судин, що кровоточать з ложа жовчного міхура. Через 5-10 хвилин кровотеча значно зменшувалася. Після цього обережно відсовували на невеликій ділянці тампон і цю зону коагулювали спочатку за допомогою біополярної коагуляції, а потім за допомогою аргоноплазмового коагулятора домагалися утворення міцної коагуляційної плівки в цій зоні. Після надійної зупинки кровотечі з судин однієї зони тампон відсовували знов і проводили коагуляцію судин наступної зони ложа жовчного міхура. Така тактика позонової коагуляції судин печінки у ділянці ложа жовчного міхура дозволила достатньо надійно зупинити кровотечу у всіх 69 хворих. Середня кровотрата з ложа жовчного міхура склала $105,8 \pm 20$ мл.

При виділенні міхурової протоки і міхурової артерії технічні труднощі спостерігалися у 36 (26,1%)

хворих. Вони були обумовлені як наявністю рубцево-запальних тканин в зоні трикутника Калло, так і наявністю варикозно розширених вен в зоні гепатодуоденальної зв'язки. При пошкодженні цих вен виникає досить рясна кровотеча, що утруднює візуалізацію елементів гепатодуоденальної зв'язки і виділення міхурової протоки і артерії. Обережна дисекція дозволяє уникнути цих ускладнень. У цей час, при виникненні венозної кровотечі, для її зупинки ми використовували тільки біполярну коагуляцію. Використання монополярної коагуляції в цій зоні небезпечно термічним пошкодженням жовчних проток.

Серйозну проблему представляє також лапароскопічна холецистектомія у хворих з холедохолітазом на тлі цирозу печінки. У перший період роботи хворим з цирозом печінки, що поступили з клінікою механічної жовтяниці, ми виконували ендоскопічну папілосфінктеротомію з витяганням конкрементів з проток. Лапароскопічна холецистектомія проводилася через 5-7 днів після успішного видалення конкрементів з холедоха. Проте у 3 з 12 хворих після ендоскопічної папілосфінктеротомії спостерігалася масивна кровотеча із зони розігнутої папіли, а також з гострих ерозій шлунка. Проведення інтенсивної консервативної терапії, що включає переливання крові, плазми, альбуміну, введення сандостатину, інгібіторів протонної помпи і інших лікарських препаратів дозволило стабілізувати стан хворих. У них лапароскопічна холецистектомія була виконана через 1-1,5 місяця після ендоскопічної папілотомії. Причини виникнення масивної кровотечі після ендоскопічної папілотомії були порушення згортальної здатності крові на тлі цирозу печінки, а також портальна гіпертензія, обумовлена розширенням венозних судин в зоні великого дуоденального сосочка. Враховуючи подібні ускладнення, ми надалі прагнули видалити конкременти з холедоха під час виконання лапароскопічного втручання. У 24 хворих з холедохолітазом під час виконання лапароскопічної холецистектомії була проведена спроба витягання конкрементів через розширену до 5-6 мм міхурову протоку. Видалення конкрементів здійснювалося під контролем фіброхоледохоскопа. Конкременти захоплювали кошиками Dormia і витягували через розширену міхурову протоку. У 7 пацієнтів вдалося під контролем фіброхоледохоскопа провести балонну дилатацію великого дуоденального сосочка до діаметра 5-7 мм, після чого конкременти вимивалися або виштовхувалися в просвіт дванадцятипалої кишки. Така тактика особливо зручна за наявності множинних дрібних конкрементів в дистальному відділі холедоха. Оскільки при балонній дилатації великого дуоденального сосочка можливий розвиток гострого панкреатиту, дилатацію виконували на тлі внутрішньо-

венної інфузії нітратів, що дозволяло домогтися медикаментозного розслаблення м'яза сфінктера, після чого вдавалося провести під контролем зору балоні додатково дилатувати просвіт папіли. Успішним видаленням конкрементів через міхурову протоку виявилася у 15 з 24 пацієнтів. У 5 хворих витягнути камені з холедоха через міхурову протоку не вдалося через великі розміри конкременти. Їм була виконана лапароскопічна холедохолітотомія. У 4 хворих після витягання дрібних конкрементів з дистальних відділів холедоха через міхурову протоку проведена контрольна холангіографія, яка виявила наявність додаткових конкрементів у внутрішньопечінкових протоках. У цих хворих антеградно був встановлений транспапільярно спеціальний стент, діаметром 7 Fr і додатково проведене зовнішнє дренивання холедоха за допомогою тонкої дренажної трубки, введеної через міхурову протоку. У післяопераційному періоді у цих хворих спостерігалася втрата жовчі в межах 400-600 мл за добу. Після стабілізації стану пацієнтів, через 5-7 днів після лапароскопічної холецистектомії, хворим виконана ендоскопічна папілотомія. Технічно виконати папілотомію у цих хворих було досить легко у зв'язку з наявністю транспапільярно встановленого стента. За допомогою голчастого папілостома проводили дозовану папілотомію. При цьому в жодному випадку не спостерігалася серйозної кровотечі. За допомогою спеціальних кошиків витягували стент і конкременти, які до цього часу з внутрішньопечінкових проток спустилися в холедох. Контрольна фістулохолангіографія підтвердила повне видалення конкрементів.

Лапароскопічна холедохолітотомія на тлі цирозу печінки також представляє певні труднощі. При дисекції і виділенні холедоха з жирової тканини виразно видно крупні венозні стовбури в стінці жовчних проток, при розтині яких спостерігається досить рясна кровотеча. Тому перед розтином стінки холедоха спочатку проводили прищільну коагуляцію видимих судин за допомогою біполярної коагуляції. Проте, у двох із п'яти хворих після розтину стінки холедоха спостерігалася значна кровотеча з розширених вен холедоха. Цю кровотечу вдалося зупинити тільки після витягання конкремента і установки в просвіт холедоха Т-подібного Керовського дренажу, на якому був ушитий холедохотомічний отвір. Лапароскопічна холедохолітотомія – досить складне оперативне втручання, для виконання якого у хворих з цирозом печінки потрібні від 1,5 до 2 годин. Тривалий наркоз може посилити нирково-целюлярну недостатність, тому небажаний у хворих з цирозом печінки, у них до лапароскопічної холедохолітотомії потрібно вдаватися тільки у виняткових випадках.

Під час виконання лапароскопічного втручання у 48 (34,8%) пацієнтів були зрощення сальника з діаф-

рагмальною поверхнею печінки і черевною стінкою, тобто були сформовані портокавальні анастомози. Важливе значення має збереження цих анастомозів. Тому при можливості ми не від'єднували сальник від поверхні печінки і передньої черевної стінки, а в кінці операції у цих пацієнтів виконували додатково оментогепатопексію. Для цього за допомогою аргонно-плазмового коагулятора проводили поверхневу коагуляцію діафрагмальної поверхні печінки, очеревини, прилеглої до печінки і діафрагми. Після чого знаходили вільне пасмо сальника з добре розвиненими судинами і фіксували сальник до поверхні печінки і діафрагми. Для фіксації сальника використовували або інтракорпоральні шви, або вводили нитку за допомогою спеціальної голки в черевну порожнину, наколювали сальник, а потім витягували нитку назовні, таким чином фіксуючи сальник до бічної стінки черевної порожнини в зоні правої частки печінки. При ретельному виконанні лапароскопічної оментогепатофренікопексії ця операція дає непогані віддалені результати. Так, із 30 хворих з цирозом печінки у стадії Child B, у яких був початковий асцит, після проведення лапароскопічної холецистектомії і оментогепатофренікопексії, у віддалені терміни після операції (через 6-24 місяці) асцит не прогресував, і стан хворих стабілізувався в 26 випадках.

Найбільшою проблемою є оперативні втручання при за давненому цирозі печінки, з декомпенсованою портальною гіпертензією. З трьох хворих, що поступили в клініку з цирозом у стадії Child C, у двох була клініка гострого холециститу. Один хворий оперований з приводу хронічного калькульозного холециститу. При лапароскопії у цих хворих виявлені різко зменшені в об'ємі права і ліва частки печінки. На тлі атрофічного цирозу у всіх трьох хворих був асцит з кількістю вільної рідини до 2-3 літрів і вираженою портальною гіпертензією, із збільшенням селезінки і розширенням вен шлунка і сальника. У хворих з гострим холециститом, в одному випадку, у зв'язку з тяжкістю стану проведена пункційна холецистостомія із зовнішнім дренажуванням жовчного міхура. У просвіті жовчного міхура була каламутна жовч з домішкою гною. На фоні проведення інтенсивної антибіотикотерапії і інфузійної терапії, переливання великих доз альбуміну і плазми, сандостатину вдалося стабілізувати стан хворого і на 24 добу він був виписаний із стаціонару на амбулаторне лікування. У інших двох хворих виконувалася лапароскопічна холецистектомія, яка ускладнилася досить рясною кровотечею з ложа жовчного міхура. Не дивлячись на те, що за допомогою описаних вище прийомів вдалося зупинити кровотечу, в післяопераційному періоді у обох хворих прогресувала гепатоцелюлярна недостатність, на 5-7 добу виникла кровотеча з вари-

козно розширених вен стравоходу і кардіального відділу шлунка. Хворим проводилась ендоскопічна зупинка кровотечі із застосуванням спеціальних ендоскопічних лігатур і кліпс, а також введенням склерозанта. Проте, у зв'язку з прогресуванням печінкової, а потім печінково-ниркової недостатності, обидва хворих загинули. Враховуючи ці спостереження нам здається, що до виконання лапароскопічної холецистектомії у хворих з декомпенсованим цирозом печінки треба підходити дуже обережно. При виникненні гострого обтураційного холециститу доцільно обмежитися холецистостомією і не вдаватися до виконання розширених лапароскопічних втручань.

Таким чином, летальність у хворих з калькульозним холециститом, оперованих на тлі цирозу печінки, склала 1,4%. Ускладнення спостерігалися у 39 (28,3%) із 138 хворих. Найбільш частим ускладненням була внутрішньочеревна кровотеча під час операції, а також виникнення шлунково-кишкових кровотеч з варикозно розширених вен стравоходу і кардіального відділу шлунка в ранньому післяопераційному періоді, які спостерігалися у 15 (10,8%) хворих. Проведення повного комплексу лікувальних заходів в ранньому післяопераційному періоді у хворих з цирозом печінки дозволяє попередити, а при виникненні – зупинити кровотечу з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Для зупинки кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу ми використовували як консервативну терапію (переливання альбуміну, кріопреципітату, ведення сандостатину, інгібіторів протонної помпи, нітратів, інших гемостатичних препаратів), так і ендоскопічний гемостаз. У прогностичному плані велике значення має стадія цирозу. У всіх хворих з цирозом стадії Child B вдалося зупинити виниклу кровотечу з розширених вен стравоходу. У хворих із стадією цирозу печінки Child C настав летальний результат. Другими за частотою ускладненнями були гнійно-септичні. Запалення легень в післяопераційному періоді спостерігалося у 8 (5,8%) пацієнтів, утворення піддіафрагмальних і підпечінкових абсцесів мало місце у 6 (4,3%) пацієнтів, асцит-перитоніт розвинувся у двох хворих (1,4%). При виникненні абсцесів останні були пунктовані під контролем УЗД, на фоні інтенсивної гепатотропної і антибактеріальної терапії одужання спостерігалося у всіх 6 хворих. При виникненні асцитуперитоніту черевна порожнина додатково дрениувалась двома дренажами, проводився лаваж, що дозволило домогтися лікування пацієнтів.

При виконанні лапароскопічної холецистектомії у хворих з хронічним гепатитом виникли ті ж труднощі, що і у хворих з цирозом печінки. Важливою особливістю таких операцій є труднощі огляду гепатодуоденальної зв'язки через різко збільшену ліву

частку печінки. Щоб не вводити додаткові троакари, ми використовували наступний технічний прийом. Спеціальною лапароскопічною голкою з ниткою проколвали передню черевну стінку так, щоб захопити круглу зв'язку печінки. Після цього підтягали нитку, яка разом з круглою зв'язкою печінки підтягала догори і фіксувала збільшену верхню частку печінки. Такий прийом дозволяв домогтися хорошої експозиції і візуалізації зв'язки, що значно полегшувало виділення холедоха, міхурової протоки і артерії.

За наявності холедохолітіазу, який був виявлений у 42 (16,9%) хворих з хронічним гепатитом, ми прагнули видалити конкременти з жовчних проток під час виконання лапароскопічної холецистектомії. Ендоскопічна папілотомія проведена тільки у 9 з 42 хворих.

Обговорення. Як відомо, відкриті операції при цирозах печінки супроводжуються високою частотою ускладнень і летальністю. За даними А.К. Єрамішанцева і співавт., 1992 р. [1], з 12 хворих з цирозом печінки, яким була виконана лапаротомія і холецистектомія, летальність настала у 4. Зарубіжні автори [4,5,6,7] вказують, що лапароскопічні втручання при цирозі печінки мають цілий ряд переваг, порівняно з відкритими операціями. За даними тайваньських хірургів [2], що проаналізували результати лапароскопічних холецистектомій у 226 хворих з цирозами печінки, лапароскопічні втручання практично нічим не відрізняються від втручань у хворих, що не мають цирозу печінки. Частота ускладнень, за даними цих авторів, була практично однаковою: у групі хворих з цирозом печінки – 6,6%, у групі хворих без цирозу печінки – 5,3%. Тривалість перебування в стаціонарі також практично не відрізнялася – 4,7±6,1 днів при цирозі печінки і 3,7±3,5 днів у хворих без цирозу печінки. Наші дані свідчать, що при цирозі печінки спо-

стерігається значно більше число ускладнень і технічно виконання лапароскопічної холецистектомії значно складніше. Таку різницю в отриманих результатах можна пояснити тим, що серед хворих, яких оперували тайваньські хірурги переважали хворі з цирозом печінки у стадії Child A. Серед наших хворих 25,4% пацієнтів мали цироз печінки стадії Child B і C. Не дивлячись на можливість серйозних ускладнень при виконанні лапароскопічної холецистектомії у хворих з цирозом печінки, лапароскопічні втручання можна з успіхом виконувати при дотриманні певних технічних прийомів. Навіть така складна патологія, як холедохолітіаз, може бути успішно вилікувана із застосуванням лапароскопічних методик. Цироз печінки не є протипоказанням для виконання лапароскопічної холецистектомії. Для успішного лікування хворих з холелітіазом і цирозом печінки необхідно, щоб хірурги достатньо добре знали цю патологію і були знайомі з певними технічними прийомами. А в післяопераційному періоді у відділенні інтенсивної терапії проводилася адекватна корекція гепатоцелюлярної недостатності, порушень системи гемостазу, профілактика гнійно-септичних ускладнень.

Висновок. Як показує наш досвід, при виконанні спеціальних технічних прийомів під час проведення лапароскопічної операції можна домогтися досить добрих результатів оперативного лікування хворих з жовчнокам'яною хворобою на тлі цирозу печінки. У хворих з калькульозним холециститом на тлі хронічного гепатиту виконання лапароскопічної холецистектомії може бути утруднено за рахунок різкого збільшення лівої частки печінки. Використання сучасних лапароскопічних технологій дозволяє успішно виконувати холецистектомію і у таких хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Єрамішанцев А.К., Гордеев П.С., Ахметжанов К.К. Диагностика и лечение острого холецистита при циррозе печени // Хирургия. – 1992. – № 1. – С. 15-17.
2. Yeh C.N., Chen M.F., Jan Y.Y. Laparoscopic cholecystectomy in 226 cirrhotic patients. Experience of a single center in Taiwan // Surg. Endosc. – 2002 – Vol. 16. – P. 1583-1587.
3. Ji W., Li L.-T., Wang Z.-M., Quan Z.-F., Chen X.-R., Li J.-S. A randomized controlled trial of laparoscopic versus open cholecystectomy in patients with cirrhotic portal hypertension // World J. Gastroenterol. – 2005. – Vol. 16, – № 4. – P. 2513-2517.
4. Tuech J.-J., Pessaux P., Regenet N., Rouge C., Bergamaschi R., Arnaud J.-P. Laparoscopic Cholecystectomy in Cirrhotic Patients //

- Surgical Laparoscopy, Endoscopy and Percutaneous Techniques. – 2002. – Vol. 4, № 8. – P. 227-231.
5. Puggioni A., Wong L.L. A metaanalysis of laparoscopic cholecystectomy in patients with cirrhosis // J. Am. Coll. Surg. – 2003. – Vol. 197. – P. 921-926.
6. Morino M., Cavuoti G., Miglietta C., Giraudo G., Simone P. Laparoscopic cholecystectomy in cirrhosis: contraindication or privileged indication? // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. – 2000. – Vol. 10. – P. 360-363.
7. Urban L., Eason G.A., ReMine S., Bogard B., Magisano J., Raj P., Pratt D., Brown T. Laparoscopic cholecystectomy in patients with early cirrhosis // Curr. Surg. – 2001. – Vol. 58. – P. 312-315.