

УДК 616.381-072.1:616.366-003.7:616.36-004

## ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ОПЕРАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ С СОПУТСТВУЮЩИМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

В.В. Грубник<sup>1</sup>, А.Л. Ковальчук<sup>2</sup>, О.Н. Загороднюк<sup>1</sup>, В.Ю. Грубник<sup>1</sup>

Одесский государственный медицинский университет<sup>1</sup>

Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского<sup>2</sup>

**Реферат.** Заболеваемость желчекаменной болезнью не имеет в настоящее время тенденций к снижению. В то же время наблюдается неуклонный рост заболеваемости циррозом печени в связи с неблагоприятной эпидемической ситуацией по вирусным гепатитам. Целью нашего исследования была оценка эффективности применения эмболизации селезеночной артерии в комплексном лечении больных желчекаменной болезнью с сопутствующим циррозом печени. Материалы и методы. С 2003 по 2008 годы нами на базе Одесской областной клинической больницы в комплексном лечении 41 пациента с желчекаменной болезнью и сопутствующим циррозом печени применялась эндоваскулярная эмболизация селезеночной артерии. Эмболизацию селезеночной артерии у всех больных мы выполняли методикой «хронической эмболизации» т.е. последовательным введением 30-50 эмболов из поролонка диаметром 2 мм с последующим введением конусовидной спирали типа Гиантурко с диаметром витков от 12 до 4 мм. Результаты. Через 2 месяца у всех пациентов, перенесших эмболизацию селезеночной артерии, показатели крови были в пределах нормы либо на субнормальном уровне, снизилась степень варикозного расширения вен пищевода, а также значительно уменьшились размеры селезенки. Это позволило выполнить этим пациентам плановую лапароскопическую холецистэктомию. Операции были осуществлены стандартно, интраоперационных осложнений не наблюдалось. Выводы. Мы считаем необходимым дальнейшее накопление опыта подобных операций с целью повышения эффективности лечения больных с сочетанием этих двух сложных и опасных заболеваний.

**Ключевые слова:** желчекаменная болезнь, цирроз печени, лапароскопическая холецистэктомия, эндоваскулярная эмболизация селезеночной артерии

Заболеваемость желчекаменной болезнью не имеет в настоящее время тенденций к снижению. В то же время наблюдается неуклонный рост заболеваемости циррозом печени в связи с неблагоприятной эпидемической ситуацией по вирусным гепатитам, особенно типа «С». Прогрессирование цирротического процесса в печени приводит к развитию нарушений в функциональной активности желчного пузыря, что зачастую приводит к развитию желчекаменной болезни [3,4]. Вследствие цирроза патологические изменения развиваются также и в органах бассейна чревного ствола, в частности, развивается гиперспленизм со сплено-мегалией и варикозное расширение вен пи-

щевода. Гиперспленизм у больных циррозом печени проявляется в основном анемией, тромбоцитопенией, коагулопатией [1,2]. В случае необходимости оперативного лечения желчекаменной болезни наличие указанных изменений крови серьезно усложняет как непосредственно проведение оперативного вмешательства, так и течение послеоперационного периода. В то же время наличие анемии и коагулопатии является фактором, ограничивающим применение у данной группы пациентов открытой спленэктомии, купирующей симптомы гиперспленизма. В нашей клинике с 2003 года широко применяется в лечении больных циррозом печени, осложненным гиперспленизмом эндоваскулярная эмболизация селезеночной артерии.

**Ц е л ь ю** нашего исследования была оценка эффективности применения эмболизации селезеночной артерии в комплексном лечении больных желчекаменной болезнью с сопутствующим циррозом печени.

### **М а т е р и а л и м е т о д ы**

С 2003 по 2008 годы нами на базе Одесской областной клинической больницы в комплексном лечении 41 пациента с желчекаменной болезнью и сопутствующим циррозом печени применялась эндоваскулярная эмболизация селезеночной артерии. Возраст больных колебался от 41 до 69 лет. Длительность анамнеза ЖКБ составляла от 2 до 8 лет. У всех больных был диагностирован цирроз печени различной этиологии, стадия В по Чайлд-Пью, осложненный портальной гипертензией с варикозным расширением вен пищевода I - III степени и выраженной сплено-мегалией. У всех больных были выражены признаки гиперспленизма – уровень гемоглобина составлял от 54 до 94 г/л, эритроцитов 0,9 – 1,8 Т/л, лейкоцитов 2,4 – 3,6 г/л. У всех пациентов тромбоцитопения сопровождалась гипокоагуляцией – протромбиновый индекс составлял от 56 до 72 %.

12 пациентов поступили в клинику urgently, с клинической картиной острого холецистита. Диагноз цирроза печени, осложненного гиперспленизмом был установлен при дообс-

ледования в условиях нашего стационара. В 8 случаях явления острого холецистита удалось купировать консервативной терапией. 4 пациента, у которых консервативная терапия была неэффективна, были прооперированы. В дальнейшем, через 1,5-2 месяца после холецистэктомии больным была выполнена эмболизация селезеночной артерии.

У 29 плановых больных и 8 пациентам, у которых приступ острого холецистита был купирован консервативно, в плановом порядке выполнена эндоваскулярная эмболизация селезеночной артерии. Затем, в срок от 2 месяцев всем больным была выполнена плановая лапароскопическая холецистэктомия.

Все эндоваскулярные вмешательства выполнялись в отделении интервенционной радиологии ОКБ, с использованием ангиографа «Simens Powermobil» 2002 года выпуска. Для артериального доступа выполнялась пункция правой общей бедренной артерии по Сельдингеру под местной анестезией 0,5% раствором новокаина. Для выполнения селективной катетеризации ветвей чревного ствола использовались катетеры типа «Cobra» и «Judkins right» размером 5 или 6F фирмы «Balton» (Польша). По нашему мнению, инструмент этой фирмы представляет собой наилучшее соотношение цена-качество. Эмболизацию селезеночной артерии у всех больных мы выполняли методикой «хронической эмболизации» [1, 2], т.е. последовательным введением 30-50 эмболов из поролонa диаметром 2 мм с последующим введением конусовидной спирали типа Гиантурко с диаметром витков от 12 до 4 мм. Во всех случаях эмболизация выполнялась в начальном отделе, на уровне отхождения левой желудочной артерии с перекрытием её просвета. У 5 больных из-за невозможности выполнения окклюзии в начальном отделе из-за анатомических особенностей, эмболизация селезеночной артерии в средней трети сопровождалась селективной эмболизацией левой желудочной артерии 25-30 поролоновыми эмболами. После выполнения вмешательства катетер удалялся из артериального русла, на место пункции накладывалась давящая повязка, в течение суток пациенты соблюдали строгий постельный режим и получали консервативную и инфузионную терапию в условиях ОРИТ. Все пациенты получали антибиотики широкого спектра действия с профилактической целью не менее 7 суток после вмешательства.

#### **Результаты и обсуждение**

Все пациенты достаточно хорошо перенесли эмболизацию. Из местных осложнений мы наблюдали лишь небольшие подкожные ге-

матомы в области пункции бедренной артерии у 14 больных. У всех пациентов, послеоперационный период протекал гладко, без осложнений.

При использовании «хронической» эмболизации болевой синдром у всех исследуемых был выражен умеренно, лишь в 4 случаях потребовалось однократное применение наркотических анальгетиков. В течении недели с вмешательства у всех пациентов сохранялась лихорадка от 38,4 до 37,2°C, затем температура тела стабилизировалась на нормальных значениях. Показатели периферической крови в раннем послеоперационном периоде изменились незначительно, полицитемии не отмечалось. Однако, уже в течении месяца со времени эмболизации показатели крови значительно улучшались, достигая субнормальных величин. Через 2 месяца у всех пациентов, перенесших эмболизацию селезеночной артерии, показатели крови были в пределах нормы либо на субнормальном уровне. У всех больных при ФЭГС и рентгенконтрастном исследовании пищевода отмечается снижение степени варикозного расширения вен на один уровень или отсутствие прогрессирования процесса. При контрольном УЗ исследовании отмечено уменьшение размеров селезенки у 32 больных на треть, а у 5 на половину от исходных. В 34 случаях отмечена стабилизация цирротического процесса с отсутствием асцита, присутствовавшего до эмболизации. У 7 пациентов динамика развития цирроза замедлилась, однако отмечается незначительный асцит.

У всех 4 пациентов, оперированных из-за нарастания клиники острого холецистита, операция была начата лапароскопически, однако из-за выраженного кровотечения из ложа желчного пузыря в 2 случаях мы были вынуждены выполнить конверсию. В 2 других случаях гемостаз удалось осуществить лапароскопически. Послеоперационный период у этих пациентов протекал достаточно тяжело. Все больные находились в отделении интенсивной терапии от 3 до 4 суток. Всем пациентам кроме инфузионной терапии производилось вливание свежзамороженной плазмы и альбумина, у всех длительное время наблюдалось истечение серозного и асцитического отделяемого по дренажам из брюшной полости. Время пребывания в стационаре у этих пациентов составляло не менее 10 суток.

Всем 37 пациентам, которым произвели эмболизацию селезеночной артерии до операции, была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Операции были осуществлены стандартно, интраоперационных осложне-

ний не наблюдалось. Дренажи из брюшной полости у всех больных удалялись на вторые сутки по причине отсутствия отделяемого. Выписывались из стационара больные на 3-4 сутки после операции.

### **З а к л ю ч е н и е**

Первый опыт применения эндоваскулярных вмешательств в комплексном лечении больных желчекаменной болезнью в сочетании с циррозом дал весьма обнадеживающие результаты. Эндоваскулярная эмболизация селезеночной артерии не сопровождается большим количеством осложнений, а коррекция явлений гиперспленизма и нормализация картины крови также ведет к улучшению состояния пациентов, повышению чувствительности печени к медикаментозной терапии. После проведения эмболизации значительно уменьшается количество интра- и послеоперационных осложнений, гладко протекает послеоперационный период. По нашему мнению, эндоваскулярные вмешательства в комплексном лечении желчекаменной болезни в сочетании с циррозом печени имеют значительное количество положительных моментов и позволяют улучшить результаты лечения в целом. Мы считаем необходимым дальнейшее накопление опыта подобных операций с целью повышения эффективности лечения больных с сочетанием этих двух сложных и опасных заболеваний.

### **ЕНДОВАСКУЛЯРНІ ОПЕРАЦІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЮ ХВОРОБОЮ З СУПУТНІМ ЦИРОЗОМ ПЕЧІНКИ**

*В.В. Грубник, О.Л. Ковальчук, О.Н. Загороднюк, В.Ю. Грубник*

**Реферат.** Захворюваність жовчнокам'яною хворобою не має на сьогоднішній день тенденції до зниження. У той же час спостерігається невпинний ріст захворюваності циррозом печінки у зв'язку з несприятливою епідемічною ситуацією щодо вірусних гепатитів. Метою нашого дослідження була оцінка ефективності використання емболізації селезінкової артерії в комплексному лікуванні хворих жовчнокам'яною хворобою з супутнім циррозом печінки. Матеріали і методи. З 2003 по 2008 роки нами на базі Одеської обласної клінічної лікарні в комплексному лікуванні 41 пацієнта з жовчнокам'яною хворобою з супутнім циррозом печінки використовувалась ендоваскулярна емболізація селезінкової артерії. Емболізацію в усіх хворих ми виконували методом «хронічної емболізації», тобто послідовним введенням 30-50 емболів

з поролону діаметром 2 мм с послідовним введенням конусоподібної спіралі типу Гіантурко з діаметром завитків від 12 до 4 мм. Результати. Через 2 місяці у всіх пацієнтів, які перенесли емболізацію селезінкової артерії, показники крові були в рамках норми, або на субнормальному рівні, знизився ступінь розширення вен стравоходу, а також значно зменшився розмір селезінки. Це дозволило виконати цим пацієнтам планову лапароскопічну холецистектомію. Операції були виконані стандартно, інтраопераційних ускладнень не спостерігалось. Висновки. Ми вважаємо необхідним подальше накоплення досвіду подібних операцій з метою підвищення ефективності лікування хворих з поєднанням цих двох складних і небезпечних захворювань.

**Ключові слова:** жовчнокам'яна хвороба, цироз печінки, лапароскопічна холецистектомія, ендоваскулярна емболізація селезінкової артерії.

### **ENDOVASCULAR OPERATIONS IN COMPLEX TREATMENT FOR PATIENTS WITH CALCULOUS BILIARY DISEASE AND LIVER CIRRHOSIS**

*V.V. Grubnik, A.L. Kovalchuk, O.N. Zagorodnuk, V.U. Grubnik*

**Abstract.** Calculous biliary disease is one of the most common surgical diseases. At the same time the number of liver cirrhosis is increased due to viral hepatitis. The aim of our study was to evaluate the effectiveness of use of the splenic artery embolization in complex treatment for patients with calculous biliary disease and liver cirrhosis. During 2003 to 2008 in Odessa State Clinic Hospital the splenic artery embolization applied in complex treatment for patients with calculous biliary disease and liver cirrhosis in 41 patients. We used the method of "chronic embolization" which was to inject 30-50 embols in lumen of the splenic artery and then to place there the Gianturco spiral. After 2 month all of the patients had normal and subnormal blood values, reduced gastroesophageal varices and volume of the spleen. This made possible to do all of these patients routine laparoscopic cholecystectomy which were made standart without intraoperational complications. We consider that it necessary to continue work out this method as enough effective in treatment of these two complicate and dangerous diseases.

**Key words:** calculous biliary disease, liver cirrhosis, laparoscopic cholecystectomy, splenic artery embolization

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Никишин Л.Ф., Попик М.П. Клинические лекции по рентгеноэндоваскулярной хирургии. – Львов.: «Кобзар», 1996. – 186с.
2. Рабкин И.Х., Матевосов А.Л., Готман Л.Н. Рентгеноэндоваскулярная хирургия. – М.: Медицина, 1987. – 416 с.
3. Schiff J., Mirsa M., Rendon G., Royhschild J. et al. Laparoscopic cholecystectomy in cirrhotic patients. – Surg. Endosc. – 2005. – Vol. 19. - № 9. – P. 1278 – 1281.
4. Lau H., Lo C. Y., Patil N. G., Yuen W. K. Early versus delayed-interval laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. A metaanalysis. Surg. Endosc. – 2006. – Vol. 20. - № 1. – P. 82 – 87.