

## Результати хірургічного лікування хворих з цирозом печінки та холестатичним синдромом

О. Ф. Дзигал<sup>1</sup>, І. М. Дейкало<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Одеський національний медичний університет,

<sup>2</sup>Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України

## Results of surgical treatment of patients, suffering hepatic cirrhosis and cholestatic syndrome

O. F. Dzygal<sup>1</sup>, I. M. Deykalo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Odessa National Medical University,

<sup>2</sup>I. Gorbachevskiy Ternopil State Medical University

### Реферат

**Мета.** Визначення ефективності хірургічного лікування хворих з цирозом печінки (ЦП) за наявності холестатичного синдрому.

**Матеріали і методи.** Ретроспективно проаналізовано результати хірургічного лікування 1117 хворих з ЦП та підозрою на жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ), гострий холецистит (ГХ) та обтураційну жовтяницю (ОЖ), у 52 з яких діагностували холедохолітіаз.

**Результати.** Із 52 хворих з ЦП та холестатичним синдромом внаслідок холедохолітіазу у 43 застосували одноетапну хірургічну тактику, у 9 – двоетапну. Із 43 хворих з ЦП, ускладненим холедохолітіазом, у яких застосували одноетапну хірургічну тактику лікування, відкрито оперували 27, лапароскопічно – 16. Вдалося впоратися з холедохолітіазом у 12 із 16 хворих, яких оперували лапароскопічно, у 4 хворих довелося вдатися до конверсії.

**Висновки.** Одномоментну тактику хірургічного лікування хворих з ЦП та холестатичним синдромом вважаємо ефективною з огляду на можливість виконання більшості оперативних втручань лапароскопічно з мінімальною частотою ускладнень та летальністю.

**Ключові слова:** цироз печінки; холестатичний синдром; біліарний блок; етапні хірургічні втручання; лапароскопічні операції; ефективність лікування.

### Abstract

**Objective.** Determination of the surgical treatment efficacy in patients, suffering hepatic cirrhosis (HC), in presence of cholestatic syndrome (CHS).

**Materials and methods.** Results of surgical treatment of 1117 patients, suffering HC with suspicion on biliary calculous disease and obturation jaundice, in 52 of whom choledocholithiasis was diagnosed, were analyzed retrospectively.

**Results.** Of 52 patients, suffering HC and CHS due to choledocholithiasis, in 43 a one-stage surgical tactics was used, and in 9 – a two-staged one. Of 43 patients, complicated by choledocholithiasis, in whom a one-stage surgical tactics of treatment was applied, 27 were operated using open access and 16 – laparoscopically. Choledocholithiasis was eliminated in 12 of 16 patients laparoscopically, and in 4 patients a conversion was performed.

**Conclusion.** One-stage tactics of surgical treatment in patients, suffering HC and CHS, is considered effective due to possibility to perform a majority of operative interventions laparoscopically with minimal rate of complications and lethality.

**Keywords:** hepatic cirrhosis; cholestatic syndrome; biliary block; staged surgical interventions; laparoscopic operations; efficacy of treatment.

Лікування хворих з ЦП, печінковою недостатністю та їх ускладненнями є актуальною проблемою хірургії [1, 2]. Лікарі та пацієнти прагнуть більшої ефективності діагностики та лікування, в тому числі й мініінвазивного, дифузних захворювань печінки [3, 4]. Хірургічні методи лікування вказаної патології спрямовані переважно на декompresію у воротній вені, шунтування та/або анастомозування судин стравоходу та шлунка, усунення портальної гіпертензії тощо. Проте часто хворих госпіталізують до клініки з вираженим коморбідним фоном, що, безсумнівно, ускладнює діагностику, в тому числі диференціальну, та безпосередньо лікування, оскільки в такому разі ви-

бір тактики хірургічного лікування залежить від превалюючого клінічного стану пацієнтів та сформованих ускладнень. Одним із таких ускладнень, який ми виявляли у хворих з ЦП, був холестатичний синдром.

Ми вже повідомляли дані аналізу тактики хірургічного лікування вказаного контингенту хворих [5]. Вважаємо основним у визначенні тактики хірургічного лікування вирішення таких питань: на що у кожного конкретного хворого має бути спрямоване хірургічне лікування; чи є можливість у кожного конкретного хворого усунути прояви жовчної гіпертензії, виконавши принаймні хірургічне втручання на великому сосочку дванадцятипалої киш-

ки (ВСДК); розроблення конкретної схеми етапного лікування хворих з ЦП за наявності жовчного «блоку» в тому разі, коли ЦП ускладнений холедохолітіазом.

Мета дослідження: визначення ефективності хірургічного лікування хворих з ЦП за наявності холестатичного синдрому.

### Матеріали і методи дослідження

Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 1117 пацієнтів з ЦП віком від 36 до 69 років, які звернулися за допомогою з приводу основного захворювання зі скаргами, що давали підстави запідозрити наявність супутньої ЖКХ, ГХ, ОЖ тощо. ЦП, ускладнений холедохолітіазом, діагностували у 52 (4,7%) пацієнтів, з них у 37 (72,2%) зареєстрували гіпербілірубінемію. Жінок було 41 (78,8%), чоловіків – 11 (21,2%).

Діагноз ЦП, наявність ГХ, біліарної гіпертензії, холедохолітіазу встановлювали на підставі клінічного обстеження хворих, біохімічного аналізу крові, ультразвукового дослідження (УЗД) органів гепатопанкреатодуоденальної зони, комп'ютерної томографії, ендоскопічної ретроградної панкреатохолангіографії. Підстави запідозрити холедохолітіаз дають анамнез, клінічна картина і лабораторні дані, зокрема гіпербілірубінемія переважно за рахунок прямої фракції білірубину, підвищення активності лужної фосфатази, гамма-глутамілтрансферази. Найбільшу діагностичну ефективність мають інструментальні методи дослідження. Основним методом діагностики холедохолітіазу вважаємо УЗД, проведене перед операцією. Ультрасонографію виконували всім хворим, госпіталізованим до клініки з симптомами ГХ. Цей метод не лише дає змогу виявити деструктивні зміни в жовчному міхурі, а й прямо або опосередковано вказує на наявність конкрементів у позапечінкових жовчних протоках. Основними симптомами захворювання під час УЗД вважаємо розширення (понад 8–10 мм) загальної жовчної протоки (ЗЖП) та потовщення її стінки, наявність обструкції біліарного тракту, що дає можливість запідозрити гнійний холангіт, виявити конкременти не лише в жовчному міхурі, а й у жовчних протоках, їх точну локалізацію, кількість, розміри.

### Результати

За наявності підозри на холедохолітіаз всім хворим проводили езофагогастродуоденоскопію з оглядом ВСДК. Водночас визначали наявність або відсутність пасажу жовчі в дванадцятипалій кишці, зміни у ВСДК, наявність парапапілярних дивертикулів тощо.

Показаннями до виконання ендоскопічної операції у хворих з ЦП, ускладненим холедохолітіазом, були: защемлений камінь в ампулі дванадцятипалої кишки, стенозуючий папіліт ВСДК, наявність конкрементів у екстрадуоденальному відділі ЗЖП, поєднання холедохолітіазу і стенозуючого папіліту, ускладнення холедохолітіазу (гнійний холангіт, гострий панкреатит тощо). Хірургічні втручання виконували за відсутності перитоніту і після обов'язкового доопераційного консервативного лікування ГХ.

Протипоказаннями до виконання ендоскопічної операції вважаємо прояви місцевого або розлитого перито-

ніту і наростання ознак ГХ, холестазу та ОЖ протягом доби, неможливість візуалізації ВСДК після резекції шлунка за методикою Більрот–II, а також протяжний стеноз дистального відділу ЗЖП, звуження або груба деформація низхідного відділу дванадцятипалої кишки, незручна локалізація ВСДК.

З урахуванням наведених вище показань та протипоказань за край тяжкого стану хворих з ЦП та розлитим перитонітом і деструкцією жовчного міхура ми не прагнули до одномоментної корекції всієї патології, а виконували холецистектомію і дренивання ЗЖП через куксу протоки. Після нормалізації загального стану хворого, зникнення проявів перитоніту виконували фістулохолангіографію крізь ЗЖП. За наявності конкрементів у ЗЖП у 2 хворих виконали ендоскопічні втручання на ВСДК. У 1 з цих хворих виконали лапароскопічну холецистектомію, ще у 1 – відкриту операцію. За відсутності перитоніту рішення приймали залежно від загального стану хворого, наявності або відсутності ознак печінкової недостатності, вираженості та тривалості ОЖ, наявності або відсутності ознак деструкції жовчного міхура.

Із 52 хворих з ЦП та холестатичним синдромом внаслідок холедохолітіазу одноетапну хірургічну тактику застосували у 43 (82,7%), двоетапну – у 9 (17,3%). У хворих зі стабільним станом без ознак печінкової недостатності і деструкції жовчного міхура або за наявності деструкції жовчного міхура без прогресування явищ перитоніту перевагу віддавали одноетапній хірургічній тактиці.

Із 43 хворих з ЦП, ускладненим холедохолітіазом, яким було застосовано одноетапну хірургічну тактику лікування, відкрито оперували 27 (62,8%) пацієнтів. У 21 (77,8%) хворого виконали холедохолітотомію із зовнішнім дрениванням ЗЖП: за Кером – у 13 (61,9%), за Холстедом–Піковським – у 8 (38,1%).

Білідигестивні анастомози сформували у 4 хворих, у яких атонічна ЗЖП мала ширину понад 2 см та містила багато дрібних конкрементів. У 3 хворих холедохоеюноанастомоз сформували за методикою Ру, виводили петлю довжиною не менше 50–60 см, у 1 хворого – холедоходуоденоанастомоз.

У 16 (37,2%) хворих операцію розпочинали лапароскопічно. У разі відсутності щільного інфільтрату після візуалізації елементів трикутника Кало виконували інтраопераційну холангіографію до видалення жовчного міхура. За наявності поодиноких дрібних конкрементів, а також при широкій міхуровій протоці у 8 хворих виконали літоекстракцію за допомогою катетера Фогарті або петлі Дорміа та здійснювали лаваж ЗЖП.

За відсутності порушення пасажу жовчі по ЗЖП у 3 із 8 хворих операцію завершили кліпуванням кукси міхурової протоки. При наявності дрібних конкрементів та затрудненні пасажу жовчі по ЗЖП операцію завершували дрениванням ЗЖП через куксу протоки за Холстедом–Піковським. Обов'язково дренивали підпечінковий простір.

У 8 хворих мікрохоледохолітіаз (діаметр конкрементів не перевищував 2–3 мм) виявили під час операції. ЗЖП мала нормальний діаметр. Їм виконали екстракцію конкрементів через куксу протоки або антеградну балонну дилатацію сфінктера Одді (у 3 хворих).

Операцію у всіх хворих завершували дрениванням ЗЖП тонким дренажем (діаметром 2–3 мм) через куксу протоки, який видаляли на 5–9-ту добу після операції.

Дренивання черевної порожнини обов'язкове, його здійснювали у всіх хворих. «Сухі» дренажі видаляли через 24 год. У 2 хворих у дренаж надходило до 100 мл жовчі і не було ознак перитоніту, за ними проводили динамічне спостереження. З огляду на витікання жовчі у вказаних 2 пацієнтів виконали ендоскопічну папілосфінктеротомію, після чого витікання жовчі припинилося. У 1 хворого з проявами перитоніту довелося вдатися до лапаротомії.

Лапароскопічно впоралися з холедохолітазом у 12 (75,0%) із 16 хворих. У решти 4 (25,0%) хворих вдалися до конверсії. У 1 хворого причиною конверсії були показання до формування холедохоєюноанастомоза, у 3 – наявність множинних конкрементів різного діаметра або невдача лапароскопічної холедохолітотомії, яку після конверсії завершили глухим швом і дрениванням ЗЖП за Кером – у 2 пацієнтів та за Холстедом–Піковським – у 1.

Після одномоментних операцій у 5 хворих виникли ускладнення: у 2 – нагноєння в рані, у 1 – пошкодження протоки, у 1 – гострий післяопераційний панкреатит, який минув після застосування октрестатину, у 1 хворого віком 57 років розвинувся інфаркт міокарда. Через 3 роки після операції помер 1 хворий внаслідок інфаркту міокарда.

### Обговорення

Отримані результати свідчать про достатню ефективність методики виконання поступових етапних оперативних втручань у хворих з ЦП та холестатичним синдромом. У переважної більшості хворих ми застосували одноетапну тактику лікування. Отримані результати лікування хворих з ЦП та холедохолітазом дають підстави стверджувати, що одномоментні операції, які мають за мету негайне усунення біліарного блоку або холедохолітотомію, є операціями вибору. Через 3 роки після операції помер 1 хворий. Вживаність сягає 97,7%. На підставі 4 зафіксованих випадків ускладнень, які супроводжували одномоментно виконані хірургічні втручання, можна судити про безпосередній ефект цих операцій в межах від 88,4 до 90,7%. Отриманню позитивного ефекту також сприяла низька частота конверсій, які здебільшого були зумовлені інтраопераційними технічними труднощами.

Зрозуміло, що подібна тактика лікування хворих з ЦП та холестатичним синдромом не усуває основної клінічної патології, якою є деструктивні процеси в паренхімі печінки. В такому разі йдеться про тимчасове (іноді – тривале) покращення клінічного стану хворих з ЦП, що вважаємо вираженим ефектом з огляду на складні клінічні умови.

### Висновки

1. Частим ускладненням у хворих з ЦП є холестатичний синдром, який розвивається внаслідок забруднення пасажу жовчі або її витоку крізь позапечінкові жовчовивідні протоки.

2. Ефективним способом хірургічного усунення біліарного блоку у хворих з ЦП є етапна хірургічна тактика, спрямована на нормалізацію пасажу жовчі.

3. Одномоментну тактику хірургічного лікування вказаного контингенту хворих вважаємо ефективною з огляду на можливість виконання більшості оперативних втручань лапароскопічно з мінімальною частотою ускладнень та летальністю.

### References

1. Cook NA, Kim JU, Pasha Y, Crossey MM, Schembri AJ, Harel BT, et al. A pilot evaluation of a computer-based psychometric test battery designed to detect impairment in patients with cirrhosis. *Int J Gen Med*. 2017 Sep 6;10:281–9. doi: 10.2147/IJGM.S140197.
2. Grgurevic I, Bokun T, Bozin T, Matic V, Haberle S, Sporea I. Non-invasive diagnosis of portal hypertension in cirrhosis using ultrasound based elastography. *Med Ultrason*. 2017;199(3):310–7. doi: 10.11152/mu-1019
3. Grubnik VV, Koval'chuk AL, Zagorodnyuk ON, Grubnik YuV. Endovaskulyarnye operatsii v kompleksnom lechenii bolnykh zhelchekamennoy boleznju s soputstvuyuschim tsirrozmom pecheni. *Ukr. zhurn. hirurgii*. 2009;(5):58–60 [In Russian].
4. Zakharash MP, Zaverny LG, Stel'makh AI, Zakharash YuM, Bekmuradov AR, Kalashnikov AA, et al. Hirurgicheskaya taktika pri ostrom holetsistite i ego oslozhneniyah u bolnykh s povyishennym operatsionno anesteziologicheskim riskom. *Kharkivska Khirurgichna shkola*. 2007;(4):92–6 [In Russian].
5. Dzygal OF. Endoskopichna papillosfinkterotomiya u hvorih pri tsirozi pechlnki z nayavnisty holestazu. *Shpytalna Khirurgiia*. Im. LYa Kovalchuk. 2017;(2):61–6 [In Ukrainian].