

## Ендоваскулярні операції в комплексному лікуванні хворих на жовчнокам'яну хворобу з супутнім цирозом печінки

В.В. ГРУБНИК, О.Л. КОВАЛЬЧУК, О.М. ЗАГОРОДНЮК, А.В. МАЛИНОВСЬКИЙ

Одеський державний медичний університет, Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

### ENDOVASCULAR TECHNIQUES IN COMPLEX TREATMENT OF GALLSTONE DISEASE WITH CONCOMITANT LIVER CIRRHOSIS

V.V. GRUBNYK, O.L. KOVALCHUK, O.M. ZAGORODNYUK, A.V. MALYNOSKY

Odessa State Medical University, Ternopil State Medical University I.Ya. Horbachevsky

Авторами в комплексному лікуванні 21 хворого на жовчнокам'яну хворобу з супутнім цирозом печінки були використані ендоваскулярні операції. Виявлено, що після використання цих операцій значно зменшується кількість інтра- та післяопераційних ускладнень, а запровадження таких операцій в комплексному лікуванні жовчнокам'яної хвороби має значну кількість позитивних моментів та дозволяє покращити результати лікування в цілому.

The complex treatment of 21 patients with gallstone disease with concomitant liver cirrhosis has been performed by the authors. Using endovascular techniques prior to laparoscopic operations, we have obtained the low rate of intra- and postoperative complications. Generally, the surgery outcomes have been improved.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій.** Захворюваність на жовчнокам'яну хворобу не має в даний час тенденції до зниження. Разом з тим спостерігається неухильне зростання захворюваності на цироз печінки у зв'язку з несприятливою епідемічною ситуацією щодо вірусних гепатитів, особливо типу "С". Прогресування циротичного процесу в печінці сприяє розвитку порушень у функціональній активності жовчного міхура, що часто приводить до розвитку жовчнокам'яної хвороби [3, 4]. Унаслідок цирозу патологічні зміни розвиваються також і в органах басейну черевного стовбура, зокрема розвивається гіперспленізм із сплено-мегалією і варикозне розширення вен стравоходу. Гіперспленізм у хворих на цироз печінки виявляється в основному анемією, тромбоцитопенією, коагулопатією [1, 2]. У разі потреби оперативного лікування жовчнокам'яної хвороби наявність вказаних змін у крові серйозно ускладнює як саме проведення оперативного втручання, так і перебіг післяопе-

раційного періоду. Разом з тим наявність анемії і коагулопатії є чинником, який обмежує застосування у даної групи пацієнтів відкритої спленектомії, що купірує симптоми гіперспленізму. У нашій клініці з 2003 року широко застосовується в лікуванні хворих на цироз печінки, ускладнений гіперспленізмом, ендоваскулярна емболізація селезінкової артерії. Ми поставили за мету дослідження ефективності застосування емболізації селезінкової артерії в комплексному лікуванні хворих на жовчнокам'яну хворобу з супутнім цирозом печінки.

**Матеріали і методи.** З 2003 до 2006 року ми на базі Одеської обласної клінічної лікарні в комплексному лікуванні 21 хворого на жовчнокам'яну хворобу із супутнім цирозом печінки застосовували ендоваскулярну емболізацію селезінкової артерії. Вік хворих коливався від 41 до 63 років. Тривалість анамнезу ЖКХ складала від 2 до 8 років. У всіх хворих був діагностований цироз печінки

різної етіології, стадія В за Чайлд-П'ю, ускладнений портальною гіпертензією з варикозним розширенням вен стравоходу II-III ступеня і вираженою спленомегацією. У всіх хворих були виражені ознаки гіперспленізму - рівень гемоглобіну складав від 54 до 94 г/л, еритроцитів 0,9-1,8 Т/л, лейкоцитів 2,4-3,6 г/л. У всіх пацієнтів тромбоцитопенія супроводжувалася гіпокоагуляцією - протромбіновий індекс складав від 56 до 72 %.

9 пацієнтів госпіталізували в клініку ургентно, з клінічною картиною гострого холециститу. Діагноз цирозу печінки, ускладненого гіперспленізмом, був встановлений при дообстеженні в умовах нашого стаціонару. У 5 випадках явища гострого холециститу вдалося купірувати консервативною терапією. 4 пацієнтів, у яких консервативна терапія була неефективна, прооперували. Через 1,5-2 місяці після холецистектомії хворим виконали емболізацію селезінкової артерії.

12-ти плановим хворим і 5-ти пацієнтам, у яких напад гострого холециститу був купірований консервативно, в плановому порядку виконана ендovasкулярна емболізація селезінкової артерії. Згодом, через 2-2,5 місяця, всім хворим була виконана планова лапароскопічна холецистектомія.

Всі ендovasкулярні втручання виконували у відділенні інтервенційної радіології ОКЛ, з використанням ангиографа "Simens Powermobil" 2002 року випуску. Для артеріального доступу виконувалася пункція правої загальної стегнової артерії за Сельдінгером під місцевою анестезією 0,5 % розчином новокаїну. Для виконання селективної катетеризації гілок черевного стовбура використовували катетери типу "Cobra" і "Judkins right" розміром 5 або 6F фірми "Balton" (Польща). На нашу думку, інструмент цієї фірми є якнайкращим співвідношенням ціни та якості. Емболізацію селезінкової артерії у всіх хворих ми виконували за методикою "хронічної емболізації" [1, 2], тобто послідовним введенням 30-50 емболів із поролону діаметром 2 мм із подальшим введенням конусоподібної спіралі типу Гіантурко з діаметром витків від 12 до 4 мм. У всіх випадках емболізація виконувалася в початковому відділі, на рівні відходження лівої шлункової артерії з перекриттям її просвіту. У 5 хворих через немож-

ливість виконання оклюзії в початковому відділі в зв'язку з анатомічними особливостями, емболізація селезінкової артерії в середній третині супроводжувалася селективною емболізацією лівої шлункової артерії 25-30 поролонними емболами. Після виконання втручання катетер видалявся з артеріального русла, на місце пункції накладалася стискальна пов'язка, протягом доби пацієнти дотримувалися строгого ліжкового режиму і одержували консервативну та інфузійну терапію в умовах ВРІТ. Всім пацієнтам призначали антибіотики широкого спектра дії з профілактичною метою протягом не менше 7 діб після втручання.

#### Результати досліджень та їх обговорення.

Всі пацієнти досить добре перенесли емболізацію. З місцевих ускладнень ми спостерігали лише невеликі підшкірні гематоми у ділянці пункції стегнової артерії у 9 хворих. У всіх пацієнтів післяопераційний період перебігав гладко, без ускладнень.

При використанні "хронічної" емболізації больовий синдром у всіх досліджуваних був виражений помірно, лише в 4 випадках мало місце одноразове застосування наркотичних анальгетиків. Протягом тижня після втручання у всіх пацієнтів була лихоманка від 38,4 до 37,2 °С, потім температура тіла стабілізувалася на нормальних значеннях. Показники периферичної крові в ранньому післяопераційному періоді змінилися незначно, поліцитемії не спостерігали. Проте, вже протягом місяця з часу емболізації показники крові значно поліпшилися, досягаючи субнормальних величин. Через 2 місяці у всіх пацієнтів, які перенесли емболізацію селезінкової артерії, показники крові були в межах норми або на субнормальному рівні. У всіх хворих при ФЕГС і рентгеноконтрастному дослідженні стравоходу відзначали зниження ступеня варикозного розширення вен на один рівень. При контрольному УЗ дослідженні відмічено зменшення розмірів селезінки у 18 хворих на третину, а у 3 на половину від вихідних даних. У 15 випадках відмічена стабілізація циротичного процесу з відсутністю асцити, наявного до емболізації. У 6 пацієнтів динаміка розвитку цирозу сповільнилася, проте спостерігали незначний асцит.

У всіх 4 пацієнтів, яких оперували через наростання клініки гострого холециститу, опе-

рацію розпочали лапароскопічно, проте через значну кровотечу з ложа жовчного міхура в 2 випадках ми були вимушені виконати конверсію. У 2 інших випадках гемостаз вдалося здійснити лапароскопічно. Післяопераційний період у цих пацієнтів перебігав досить важко. Всі хворі перебували у відділенні інтенсивної терапії від 3 до 4 діб. Всім пацієнтам, окрім інфузійної терапії, проводили вливання свіжозамороженої плазми й альбуміну, у всіх тривалий час спостерігали припинення серозних і асцитичних виділень по дренажах з черевної порожнини. Час перебування в стаціонарі у цих пацієнтів складав не менше 10 діб.

Всім 17 пацієнтам, яким провели емболізацію селезінкової артерії до операції, була виконана лапароскопічна холецистектомія. Операції здійснені стандартно, інтраопераційних ускладнень не спостерігали. Дренажі з черевної порожнини у всіх хворих видаляли на другу добу внаслідок відсутності виділень. Виписували із стаціонару хворих на 3-4 добу після операції.

**Висновки.** Перший досвід застосування ендovasкулярних втручань у комплексному лікуванні хворих на жовчнокам'яну хворобу в поєднанні з цирозом дав вельми обнадійливі результати. Ендovasкулярна емболізація селезінкової артерії не супроводжується великою кількістю ускладнень, а корекція явищ гіперспленізму і нормалізація картини крові також приводить до поліпшення стану пацієнтів, підвищення чутливості печінки до медикаментозної терапії. Після проведення емболізації значно зменшується кількість інтра- і післяопераційних ускладнень, гладко перебігає післяопераційний період. Таким чином, ендovasкулярні втручання в комплексному лікуванні жовчнокам'яної хвороби в поєднанні з цирозом печінки мають значну кількість позитивних моментів і дозволяють поліпшити результати лікування в цілому. Ми вважаємо за необхідне подальше накопичення досвіду подібних операцій з метою підвищення ефективності лікування хворих з поєднанням цих двох складних і небезпечних захворювань.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Никишин Л.Ф., Попик М.П. Клинические лекции по рентгеноэндovasкулярной хирургии.- Львов: Кобзар, 1996.-186с.
2. Рабкин И.Х., Матевосов А.Л., Готман Л.Н. Рентгеноэндovasкулярная 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.