

## КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

Klinichna khirurgiia. 2019 October;86(10):71-74.  
DOI: 10.26779/2522-1396.2019.10.71

### Особливості ускладненого перебігу післяопераційного періоду у хворої з гострим холециститом

В. В. Лесний, А. С. Лесна

Харківський національний медичний університет

### Peculiarities of complicated course of postoperative period in a woman-patient, suffering an acute cholecystitis

V. V. Liesnyi, A. S. Liesna

Kharkiv National Medical University

Гострий калькульозний холецистит діагностують з частотою від 1,48 до 10,8 спостереження на 10 000 населення в різних регіонах України. Це захворювання займає третє місце за частотою звернення за медичною допомогою серед усіх гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини [1].

Оперують 57,5 – 58,0% пацієнтів з даною патологією, віддаючи перевагу чотириохпортовій лапароскопічній холецистектомії (ЛХЕ), хоча популярною є і холецистектомія з єдиного лапароскопічного доступу. Проте, незважаючи на поширеність ЛХЕ, складності анатомії трикутника Кало (варіабільне відходження міхурової протоки, міхурової артерії), наявність небезпечної патології (синдром Міріззі, виражені інфільтративно-запальні зміни в області злиття міхурової і загальної печінкової проток), небезпечна хірургія (неправильний напрямок тракції жовчного міхура), немедичні проблеми (неукомплектованість кадрів, недостатня матеріальна база окремих стаціонарів) зумовлюють досить часте виконання стандартної відкритої холецистектомії (ВХЕ) [1, 2].

Різні автори повідомляють про різну частоту інтраопераційного пошкодження позапечінкових жовчних проток (ПЖП): 0,09 – 3,0% [2], 1,2 – 2,4% [3], 0,1 – 2,7% [4]. Під час виконання ВХЕ частота травмування ПЖП нижче, ніж під час виконання ЛХЕ – відповідно 0,06 – 0,1 і 0,6 – 1% [4]. І в цілому кількість пошкоджень при ЛХЕ, пов'язаних з накладанням пневмоперитонеуму (емфізема великого чепця, газова емболія), введенням першого троакара (особливо у пацієнтів, раніше оперованих на органах черевної порожнини), більша.

Інтраопераційно травму ПЖП діагностують, за даними одних авторів [5, 6], у 10% хворих, інших [7] – у 38% хворих, тобто частіше це пошкодження виявляють у післяопераційному періоді. Провідні клінічні ознаки пошкодження ПЖП: зовнішнє витікання жовчі і холестаза, а також пов'я-

зана з ними тріада Шарко (біль, жовтяниця, лихоманка). Незважаючи на різноманітність клінічних проявів, діагностика пошкодження ПЖП іноді утруднена.

Зовнішнє витікання жовчі визначають за її дебітом по дренажах із черевної порожнини або за даними ультразвукового дослідження (УЗД) органів черевної порожнини (простір Моріса). Разом з тим описані окремі спостереження формування заочеревинних білом. Ступінь вираженості і маніфестація обтураційної жовтяниці безпосередньо залежать від виду пошкодження (повне кліпування або часткова оклюзія як наслідок термічного коагуляційного некрозу протоки), що може призвести до пізньої діагностики ускладнення.

Розроблення оптимального хірургічного алгоритму профілактики і лікування специфічних післяопераційних ускладнень залишається дискусійною, актуальною проблемою гепатобіліарної хірургії. Наводимо клінічне спостереження.

Пацієнтка Б., 25 років, госпіталізована в хірургічне відділення Обласної клінічної лікарні в ургентному порядку 12.11.2018 р. зі скаргами на забарвлення в жовтий колір шкіри, склер, виражену загальну слабкість.

Вважає себе хворою протягом 14 днів, відтоді як після порушення дієти з'явилися постійний біль у правому підребер'ї, нудота, блювання, яке не приводило до полегшення, субфебрильна температура тіла. Пацієнтка була госпіталізована 29.10.2018 р. у хірургічний стаціонар за місцем проживання, де протягом доби їй проводили консервативну терапію, дообстеження. Медикаментозна лікування виявилось неефективним, зберігався больовий синдром, гіпертермія. За даними УЗД органів черевної порожнини верифіковано деструктивні зміни у стінці жовчного міхура. Хвора оперована 30.10.2018 р. в обсязі: лапаротомія за Кером, холецистектомія, дренажування черевної порожнини.

06.11.2018 р. на тлі відносного благополуччя хвора звернула увагу на жовте забарвлення склер. Контрольне УЗД органів черевної порожнини: вільної рідини в черевній порожнині немає, гепатомегалія, біліарної гіпертензії немає, спільна жовчна протока (СЖП) діаметром 9 мм, дифузні зміни паренхіми підшлункової залози (ПЗ). Контрольний біохімічний аналіз крові: білірубін загальний – 108,7 мкмоль/л, білірубін прямий – 51,3 мкмоль/л, амілаза – 42 Од/г × л, АЛАТ – 85 Од/л, АсАТ – 68 Од/л. Продовжено інфузійну терапію.

У зв'язку з неефективністю лікування 12.11.2018 р. хвора була переведена в Харківську обласну клінічну лікарню з діагнозом: жовчнокам'яна хвороба; гострий флегмонозний холецистит; післяопераційний панкреатит, гепатит (?). Після огляду в приймальню відділенні госпіталізована в хірургічне відділення.

Перебуває в декретній відпустці (пологи термінові в липні 2018 р.).

Загальний стан хворої середнього ступеня тяжкості, свідомість ясна, положення у ліжку активне. Шкірні покриви іктеричні, у ліктьових згинах, області сідниць ціанотичні ексміози розмірами 3 × 4 см, сліди від ін'єкцій. Нормостенічна тілобудова. Пастозність м'яких тканин го-мілок. Кістково–м'язова система без патології.

Грудна клітка симетрична, рівномірно бере участь в акті дихання, при пальпації локальної болючості немає. Перкуторно – ясний легеневиий звук, аускультативно – жорстке дихання, хрипів немає. Частота дихальних рухів – 22 за 1 хв.

Серцева діяльність ритмічна, тони ясні. Артеріальний тиск 110/70 мм рт. ст., пульс 98 за 1 хв.

Язик сухий, з білим нальотом. Живіт нездутий, симетричний, при пальпації м'який, болючий у правому підбер'ї, зоні післяопераційного рубця, який сформований,

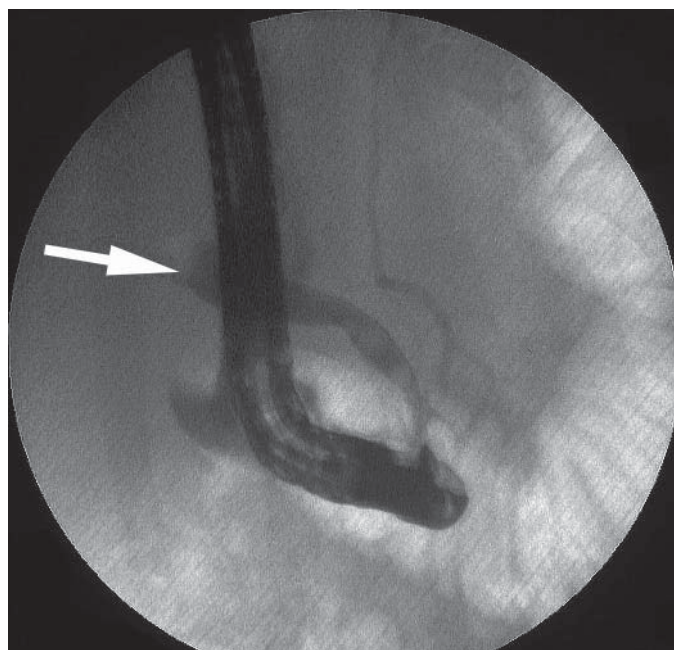


Рис. 1.  
ЕРПХГ. Повний блок гепатикохоledоха.

без ознак запалення, розмірами 0,3 × 10,0 см. Печінка виступає з–під краю реберної дуги на 2 см. Перитонеальні симптоми негативні. Аускультативно – послаблена перистальтика. Ректальний огляд: тонус анального сфінктера збережений, нависання стінок прямої кишки немає, патологічних об'ємних утворень не виявлено, в ампулі прямої кишки ахолічний кал.

Область попереку без видимої патології. Нирки не пальпуються. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Сечовипускання вільне, безболісне. Діурез знижений. Сеча темно–жовтого забарвлення.

Діагноз при госпіталізації: постхолецистектомічний синдром, рубцева стриктура СЖП (?), обтураційна жовтяниця.

Клініко–лабораторний аналіз крові: л.  $8,3 \times 10^9$  в 1 л; ШОЕ 65 мм/год, е. 0%, п. 1%, с. 73%, лімф. 21%, мон. 5%. Біохімічний аналіз крові: глюкоза крові 4,9 ммоль/л, загальний білок 78,1 г/л, білірубін загальний 266,6 мкмоль/л, білірубін прямий 144,8 мкмоль/л, амілаза 54 Од/г × л, АЛАТ 291,8 Од/л, АсАТ 264,8 Од/л, креатинін 50,1 мкмоль/л, сечовина 5 ммоль/л. Коагулограма: МНВ 2,15, протромбін за Квіком 38,4%, протромбіновий час 26,7 с, фібриноген 7,6 г/л.

Рентгенографія органів черевної порожнини в прямій проекції: пневматоз тонкої кишки, чаш Клойбера немає.

УЗД органів черевної порожнини: печінка на 2 см виступає з–під краю реберної дуги, паренхіма неоднорідна, помірно підвищена ехогенність, внутрішньопечінкові протоки діаметром 2 – 3 мм, СЖП діаметром 8 – 9 мм, об'ємні патологічні утворення не візуалізуються. Жовчного міхура немає, його ложе без особливостей. ПЗ збільшена, структура неоднорідна, гіперехогенна, головна протока ПЗ не розширена. Вільної рідини в черевній порожнині немає.

Ендоскопічна ретроградна панкреатохопангіографія (ЕРПХГ): великий сосочок дванадцятипалої кишки звичайних розміру і форми, катетеризація успішна. Жовчні протоки контрастуються до міхурової протоки, провести інструмент або контрастувати внутрішньопечінкові протоки неможливо (рис. 1).

З урахуванням неможливості ендоскопічної дилатації стриктури, черезшкірної черезпечінкової декомпресії біліарного дерева після передопераційної підготовки, спрямованої на корекцію життєвих функцій, показників гемостазу, хвора в ургентному порядку 15.11.2018 р. оперована.

Протокол оперативного втручання. В асептичних умовах під полікомпонентною анестезією зі штучною вентиляцією легенів виконана верхньо–середина лапаротомія. Випоту в черевній порожнині немає. В зоні післяопераційного рубця, області воріт печінки виражений спайковий процес, у який залучені великий чепець, петлі тонкої кишки, печінково–дванадцятипалокишкова зв'язка. Тупим і гострим методами виконано вісцероліз. Помірна дифузна кровоточивість з роз'єднаних тканин зупинена за допомогою електрокоагуляції. Диференціювання елементів печінково–дванадцятипалокишкової зв'язки утруднене. Візуалізована коротка кука міхурової протоки, ліго-



вана в кількох місцях з деформацією у вигляді двостволки СЖП. Після зняття лігатури з кукси міхурової протоки проведена ревізія СЖП за допомогою зонда Доліотті діаметром 3 мм. Прохідність СЖП відновлена.

З огляду на тяжку печінкову недостатність, гіпокоагуляцію налагоджено зовнішнє дренивання СЖП. Черевна порожнина дренована рукавично-трубчастим дренажем через контрапертуру в правому підребер'ї. Рана пошарово ушита. Накладена асептична пов'язка.

У післяопераційному періоді відбулася регресія клінічних проявів обтураційної жовтяниці (білірубін загальний 79,6 мкмоль/л, білірубін прямий 39,4 мкмоль/л, АЛАТ 43,4 Од/л, АсАТ 38,4 Од/л). За даними фістульної холангіографії, проведеної на 7-му добу післяопераційного періоду: контраст надходить у дванадцятипалу кишку, у проекції гепатикохоледоха – стриктура до 5 мм (рис. 2), у зв'язку з чим виконано ендоскопічне стентування СЖП пластиковим стентом діаметром 10 Fr (рис. 3). Дебіт жовчі по зовнішньому дренажу СЖП у перший тиждень після стентування становив у середньому 500 мл за добу, на 2-му тижні різко зменшився до 50 мл за добу.

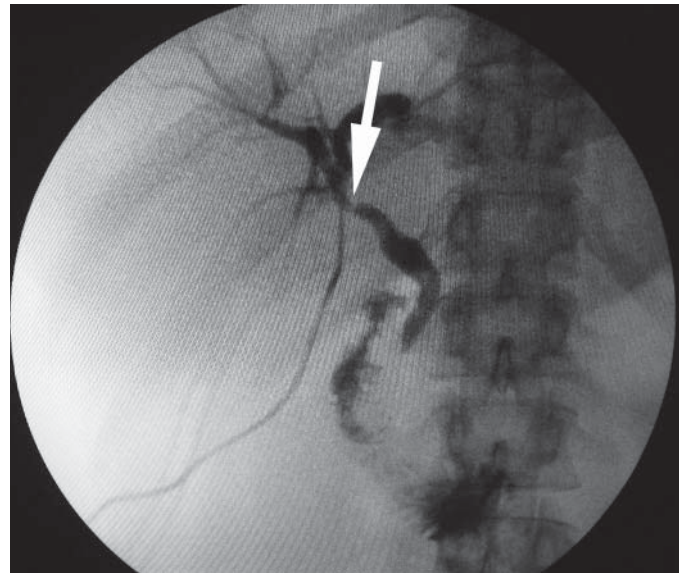
Після нормалізації клініко-лабораторних показників у задовільному стані хвора виписана зі стаціонару на 12-ту добу.

Ускладнений перебіг післяопераційного періоду потребує підвищеної уваги фахівців, адже не завжди клінічна картина відповідає стандартним проявам патології. Варіанти клінічних проявів залежать від причини, виду, анатомічної локалізації пошкодження, загального стану пацієнта.

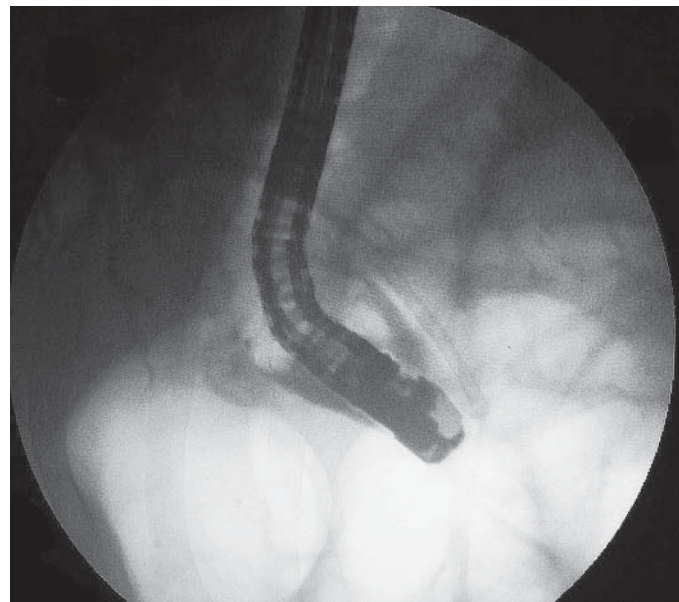
Дане спостереження цікаве «пізньою маніфестацією» у вигляді холестазу лише на 6-ту добу післяопераційного періоду без класичних лабораторних даних (підвищення рівня білірубину в рівній пропорції як за рахунок прямої, так і непрямой фракції, високі показники цитолізу, що дало підставу запідозрити початок вірусного гепатиту), із сумнівними даними УЗД (відсутність на 9-ту добу дилатації внутрішньопечінкових жовчних проток). Наведені фактори обумовили пізню діагностику патології ПЖП і неможливість виконання ранньої відновлювальної операції.

Тому, якщо не діагностовано інтраопераційну травму, а в післяопераційному періоді наявні клініка холангіту, гіпербілірубінемія, розширення гепатикохоледоха за даними УЗД більше 8 мм, внутрішньопечінкових проток більше 3 – 4 мм є показанням до проведення ЕРПХГ. Якщо неможливо виконати ЕРПХГ, а є підозра на наявність пошкодження ПЖП, стриктури жовчних шляхів, обтураційної жовтяниці, рекомендовано черезшкірне черезпечінкове дренивання часткових жовчних проток з метою верифікації «свіжих» ускладнень жовчовивідних шляхів.

Згідно з класифікацією пошкоджень ПЖП Амстердамського університетського медичного центру (2001) у хворої був тип С (порушення прохідності СЖП без зовнішнього витікання жовчі). Ця класифікація найбільш поширена в європейській медичній літературі, але вона не визначає подальшої тактики лікування, тому кра-



*Рис. 2.*  
 Фістульна холангіографія.  
 Стриктура гепатикохоледоха.



*Рис. 3.*  
 Стентування гепатикохоледоха.

щою є класифікація післяопераційних стриктур і пошкоджень Н. Bismuth (1982) або різні її модифікації. Дана класифікація дає можливість диференційовано використовувати варіанти накладання білідигестивних анастомозів.

Згідно з Ганноверською класифікацією пошкоджень ПЖП (2007) у хворої верифіковано тип В2 (повний стеноз магістральної жовчної протоки без пошкодження).

Класифікація Європейської асоціації ендоскопічної хірургії (2013), хоч і громіздка, але в ній детально описано вид травми згідно з такими критеріями: анатомічна локалізація (пошкодження головної жовчної протоки, пошкодження лівої / правої печінкової або аберантної / додаткової протоки; характер травми (перетинання з тра-

тою / без втрати частини протоки або повна чи часткова оклюзія протоки; враховується час виявлення пошкодження жовчних протоків і наявність супутнього пошкодження судин.

Удосконалення хірургічного лікування пошкодження ПЖП залишається однією з найбільш складних і до кінця невирішених проблем ургентної абдомінальної хірургії. У хворих із «свіжими» пошкодженнями ПЖП рекомендовано на 3 – 5-ту добу виконання гепатикоєюностомії з черезпечінковим каркасним дрениванням за Pradey–Smith або Goetze–Saypol–Kurian чи без нього або виконання гепатикоєюностомії за Нерр–Couinaud. У хворих з «пізніми» пошкодженнями ПЖП частіше застосовують етапне лікування з виконанням на першому етапі декомпресії біліарного дерева (ендоскопічно або під контролем УЗД) з подальшою через 4 – 6 міс реконструктивною операцією в обсязі Y-подібної гепатикоєюностомії за Ру. Лише зовнішнє дренивання СЖП або зшивання СЖП на T-подібному дренажі кінець в кінець у 50 – 60% хворих призводить до незадовільних результатів.

У хворих з «малими» (тангенціальними) пошкодженнями ПЖП широко застосовують методи ендоскопічного стентування зони пошкодження за допомогою пластикових або металевих стентів.

#### **Висновки**

1. Для профілактики ускладнень ЖКХ необхідно проводити хірургічну санацію жовчовивідних шляхів у стаціонарах, де накопичено досвід своєчасного розпізнавання «небезпечних» ситуацій з наступною конверсією та є можливість використання додаткових інтраопераційних інструментальних методів дослідження (холангіографія, УЗД).

2. «Золотий стандарт» діагностики пошкодження ПЖП – ЕРПХГ. Якщо її виконання неможливе, рекомендована черезшкірна черезпечінкова холангіографія. «Малі» пошкодження ПЖП можуть бути усунені за допомогою мініінвазивних технологій. «Великі» пошкодження ПЖП лікують у залежності від строків їх діагностики.

#### **Підтвердження**

**Конфлікт інтересів.** Автори заявляють про відсутність будь-якого конфлікту інтересів щодо підготовки цієї статті.

**Інформація про внесок кожного автора.** Лесний В. В. – концепція, дизайн дослідження, збір матеріалів; Лесна А. С. – опрацювання матеріалів, написання тексту.

**Згода на публікацію.** Всі автори дали згоду на публікацію цього рукопису.

#### **References**

1. Bereznytskyi YaS, Fomin PD, editors. Standarty orhanizatsii ta profesiino orientovani protokoly nadannia medychnoi dopomohy khvorym z nevidkladnoiu khirurhichnoiu patolohiieiu orhaniv zhyvota. Kyiv: Doktor–Media; 2010. 470 p. [In Ukrainian].
2. Usenko AYJu, Nichitaylo ME, Ogorodnik PV, Litvin AI, Deinichenko AG, Goman AV, Bulik II, Zagriyuchuk MS, Reznik MV. Malye povrezhdeniya zhelchnykh protokov. Diagnostika i miniinvazivnye metody korrektsii. Klinichna khirurgiia. 2017; (11): 5–8. doi: 10.26779/2522–1396.2017.11.05. [In Russian]
3. Bismuth H, Majno PE. Biliary strictures: classification based on the principles of surgical treatment. World J Surg. 2001;25(10):1241–4. doi: 10.1007/s00268–001–0102–8.
4. Timerbulatov VM, Satitov RB, Timerbulatov ShV. Miniinvazivnyye tekhnologii v ekstremnoy abdominalnoy khirurgii: nekotoryye organizatsionnyye i klinicheskiye aspekty. Endoskopicheskaya khirurgiya. 2010;16(5): 63–6 [In Russian]
5. Okhotnikov OI, Yakovleva MV, Gorbacheva OS, Pakhomov VI. Ispolzovanie samorasshirjajushhegosja endobiliarnogo stenta s pokrytiem dlja vremennogo vosstanovleniya zhelchnykh putej posle jatrogenno-go povrezhdeniya. Annaly Khirurg Gepatologii. 2017;22(3):87–93. doi: 10.16931/1995–5464.2017387–92. [In Russian].
6. Skums AV, Nichitaylo ME. Klassifikacija jatrogenykh povrezhdenij zhelchnykh protokov pri holecistektomii. Klinichna khirurgiia. 2008;(8):25–8. [In Russian].
7. Fong ZV, Pitt HA, Strasberg SM, Loehrer AP, Sicklick JK, Talamini MA, et al. Diminished survival in patients with bile leak and ductal injury: management strategy and outcomes. J Am Coll Surg. 2018;226(4):1072–80. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2017.12.023.

Надійшла 20.07.2019