

© В.І. Бондарєв, Р.В. Бондарєв, С.С. Селіванов, М.П. Абліцов, 2011

УДК 616.361-002.3-089

В.І. БОНДАРЄВ, Р.В. БОНДАРЄВ, С.С. СЕЛІВАНОВ, М.П. АБЛІЦОВ

Луганський державний медичний університет, кафедра хірургії з основами абдомінальної та ендоскопічної хірургії, Луганськ

ВИБІР МЕТОДУ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ГНІЙНИЙ ХОЛАНГІТ

Представлені результати лікування 65 хворих на гострий гнійний холангіт (ГГХ). При виборі адекватних способів хірургічного лікування і термінів їх застосування у хворих ГГХ враховували не лише клініко-лабораторні показники, але і результати інструментальних методів діагностики. Встановлено, що у хворих з гострим біліарним блоком показана одномоментна корекція непрохідності жовчних шляхів методом ендоскопічних хірургічних транспапільярних втручань. У хворих з тривалою інтенсивною жовтяницею і маніфестною печінковою недостатністю показана активна диференційована етапна тактика хірургічного лікування. У спостереженнях, коли ГГХ неможливо вирішити мініінвазивними методами, показані традиційні втручання. Летальність становила 6,2%.

Ключові слова: гнійний холангіт, механічна жовтяниця, дренування жовчних протоків, бактеріофаги

Вступ. Гострий гнійний холангіт (ГГХ) є одним з частих ускладнень доброякісних захворювань позапечінкових жовчних шляхів та великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВС ДПК). Пов'язано це не лише з високою летальністю, що становить 15-60%, але і, в першу чергу, з його ключовою роллю в розвитку біліарного сепсису [4, 6]. В патогенезі ГГХ основну роль відіграє обструкція жовчовивідних шляхів, що розвивається в 87,1% випадків при холедохолітіазі [2], в 6-21% при стенозі ВС ДПК [3]. Порушенню відтоку жовчі сприяє приєднання та розмноження мікроорганізмів, а гіпертензія призводить до холангіовенозного рефлюксу з масивним потраплянням у системний кровоплин бактеріальних ендотоксинів, що достовірно корелює з прогресуванням ендогенної інтоксикації, розвитком системного запалення та синдромом поліорганної недостатності (СПОН).

У комплексному лікуванні ГГХ, безперечно, провідна роль належить хірургічному втручання, направленому на декомпресію та відновлення відтоку жовчі. Варіанти лікувальної тактики при ГГХ впродовж останніх років поступово зазнавали певних змін. Широке впровадження в клінічну практику методів променевої діагностики, ендоскопічних та лапароскопічних втручань, додаткових активних санацій жовчних шляхів дозволило знизити летальність, зменшити кількість ускладнень, підвищити ефективність лікування [1, 5]. Проте широке впровадження декомпресійних мініінвазивних хірургічних технологій вимагає чіткого обґрунтування показань, тривалості, послідовності застосування, критеріїв їх ефективності, а також термінів операційних втручань. Все це визначає доцільність подальших досліджень, направлених на підвищення ефективності традиційних, а також розробку нових методів лікування хворих на ГГХ.

Мета дослідження. Поліпшити результати лікування хворих на ГГХ не пухлинної етіології шляхом вдосконалення тактики лікування.

Матеріали та методи. Проведено аналіз результатів лікування 65 хворих на ГГХ. Серед них 20 чоловіків та 45 жінок віком від 35 до 89 років. Причинами гнійного холангіту у 47,7% спостережень був холецистохоледохолітіаз, у 10,8% – стеноз ВС ДПК та стриктура дистального відділу холедоха, у 30,7% – холедохолітіаз та стеноз ВС ДПК, у 10,8% – холедохолітіаз. Найчастіше захворювання поєднувалося з гострим (21,5%) або хронічним холециститом – 43,1%, у 10,8% спостереженнях його розвиток відзначали після виконання холецистектомії (у терміни від 2 до 4 років). Тривалість жовтяниці до поступлення в клініку становила від 3 до 20 діб. Клінічні прояви синдрому системної запальної реакції (ССР3) відмічені у всіх хворих, а в 16,9% спостережень діагностований СПОН. Важкість стану хворих оцінювали за критеріями, запропонованими на погоджувальній конференції в Токіо в 2006 році [7]. Легка ступінь ГГХ виявлена у 23 пацієнтів, середня ступінь важкості – в 25, важка ступінь – в 17 хворих.

Важкість стану хворих посилювалася наявністю супутніх захворювань, особливо в осіб літнього і старечого віку. До 60 років більше половини хворих мали ті або інші серйозні супутні захворювання, до 75 років вони зустрічалися практично у всіх хворих. Провідне місце серед них займали захворювання серцево-судинної системи, хвороби органів дихання, ендокринної системи.

Всім хворим виконували клінічні, біохімічні аналізи крові і сечі, ультразвукове дослідження (УЗД), комп'ютерну томографію (КТ), контрастне дослідження жовчних шляхів – ендоскопічна ретроградна холангіографія (ЕРХГ), черезшкірну черезпечінкову холангіографію (ЧЧХГ), у ряді спостережень магнітно-резонансну холангіопанкреатографію (МРХПГ), що дозволяло зробити побудову віртуального зображення внутрішньо- та позапечінкових жовчних протоків, уточнити рівень стриктури та її протяжність, виявити непрямі ознаки холангіту.

Комплексна терапія включала корекцію життєво необхідних органів і систем організму, у тому числі антибіотикотерапію. Препаратами вибору були цефалоспорини, фторхінолони, захищені препарати аміноглікозиди в комбінації з метронідазолом. Стартовим лікуванням служили карбапенеми. У післяопераційному періоді здійснювали санацію жовчних шляхів, використовуючи адаптовані бактеріофаги.

Результати досліджень та їх обговорення. При госпіталізації у всіх хворих виявлено підвищення рівня білірубину від 60 до 240 мкмоль/л. Лікування механічної жовтяниці проводили в найкоротші терміни, час від поступлення в клініку до операційного втручання в середньому склав $16,3 \pm 1,7$ г. Вибір хірургічної тактики визначався загальним станом хворих, особливістю патологічного процесу в жовчних шляхах, ВС ДПК, печінці і підшлунковій залозі (табл. 1). Залежно від характеру операційного втручання хворих поділено на 3 групи. У 1-ій групі (23 пацієнти з гострим біліарним блоком). Основним і остаточним методом лікування ГГХ являлися ендоскопічне хірургічне транспапільярне втручання (ЕХТВ) (таблиця.). Під час ЕРХГ у 5 хворих діагностовано ізольований стеноз, що поєднувався з наявністю конкрементів у протоках у 4 випадках, у 14 – мав місце резидуальний або рецидивний холедохолітіаз. Каміні були поодинокі (11), численні (12) розмірами і від 0,6 до 2,2 см в діаметрі. Після закінчення передопераційної підготовки 24-48 г виконували операційне втручання. При стенозі ВС ДПК 1 ступеня здійснювали балонну дилатацію (БД) після проведення ЕРХГ. При неможливості застосування балонної дилатації виконували субтотальна ЕПСТ. Основним способом декомпресії і санації жовчних шляхів після ЕПСТ служило назобіліарне дренивання (НБД), яке здійснювалося назобіліарним дренажем через гирло ВС ДПК в просвіт загальної жовчної протоки (ЗЖП) по металевому провідникові. Після ЕПСТ, як правило, спостерігали відходження каламутної, концентрованої жовчі, під тиском, що містила безліч конкрементів і осад жовчі. Ефективність ЕПСТ склала 91,3%. Лише у двох пацієнтів після ЕПСТ позитивної динаміки не відмічено. У цих випадках форма жовчних каменів та їх величина перешкождали відходженню їх у кишечник, не дивлячись на те, що в результаті ендоскопічного втручання між ЗЖП та ДПК були утворені співустя, розміри яких були більші за розміри конкрементів.

Комплексне обстеження дозволило виявити у них наступні патологічні зміни: в 1 – ЖКХ, тубулярний холедохолітіаз, хронічний панкреатит, в 6 – ЖКХ, холедохолітіаз, стеноз ВС

ДПК, в 2 – ЖКХ, крупні камені ЗЖП, в 2 – ЖКХ, холедохолітіаз, стеноз, рубцеві зміни ВС ДПК, в 6 – ЖКХ, холедохолітіаз.

Серед спостережуваних хворих у двох на 1 етапі для декомпресії жовчних проток застосовували черезшкірне черезпечінкове дренивання жовчного міхура. У всіх на тлі важкої супутньої патології констатовано наростання печінкової недостатності з пригніченням рівня свідомості до сопопу. ЕПСТ була протипоказана внаслідок ризику кровотечі.

При тому, лише починаючи з 5-ої доби, відзначали поступове поліпшення стану і відновлення функції печінки, стабілізацію параметрів гемодинаміки. Причиною цього, на нашу думку, був тривалий перебіг жовтяниці і відповідно, менші компенсаторні можливості хворих. У останніх хворих цієї групи здійснені ЕХТВ. Для досягнення повноцінної декомпресії жовчовивідних шляхів у хворих ЕПСТ доповнювали НБД. Дренаж дозволяв проводити регулярний бактеріологічний контроль, вибрати адекватні антибактеріальні засоби. Враховуючи толерантність флори до більшості антибіотиків і неможливість введення багатьох препаратів в протоки із-за утворення осаду в суміші з жовчю застосовували адаптовані бактеріофаги, які вводили через дренажну трубку. Після відновлення прохідності ЗЖП та усунення гнійного холангіту виконувалася лапароскопічна холецистектомія або відкрита холецистектомія у поєднанні з одним з видів білідигестивних анастомозів (БДА) (таблиця.). При цьому слід підкреслити, що зовнішнє дренивання не деконтамінує жовчні шляхи. Лише внутрішнє дренивання сприяє відновленню циркуляції пулу жовчних кислот, бар'єрних функцій кишкової стінки та адекватної санації жовчних проток. БДА формували прецизійними вузловими швами в один рядок вузликами назовні без захвату слизової оболонки жовчної протоки і кишки.

3-я група – пацієнти з жовтяницею невеликої інтенсивності (25 спостережень), в яких виконані відкриті операційні втручання (до операції були виявлені органічні зміни, що перешкоджають проведенню ендоскопічного втручання). Серед спостережуваних хворих з ГГХ в 12 відмічені деструктивні форми гострого холециститу у поєднанні з холедохолітіазом, в 2 – з тубулярним стенозом. Всі хворі цієї категорії негайно оперовані, виконували повну одномоментну корекцію непрохідності жовчних проток (таблиця.). Обтураційний гнійний холангіт без ознак деструкції жовчного міхура був виявлений у 11 пацієнтів. Виконували операційне втручання в об'ємі холецистектомії з формуванням БДА.

Характер та етапи застосування лікувальних заходів у пацієнтів з ГТХ

Діагноз	Характер та кількість виконаних втручань (абс.)									
	Ендоскопічні втручання				Комбіновані втручання				Відкриті втручання	
	ЕПС Т, БД, НБД	ЕПС Т, НБД	СХД С, НБД	ЧЧД + ЛХЕ	ЕПСТ, НБД + СДХД С	ЕПС Т, НБД + ХЕ, ХЛТ, ХДС	ЕПСТ, НБД + ХЕ, СДХД С	ЕПС Т, НБД + ЛХЕ	ХЕ, ХЛТ, СДХД Л	ХЕ, СДХД С
Стеноз ВС ДПК 1 ст, 2 ст, холедохолітиаз	-	-	-	-	1	2	1	2	-	-
Холецистохоледохолітиаз	-	-	-	2	1	1	-	2	2	-
Тубулярний стеноз 1 ст, холецистохоледохолітиаз, хронічний панкреатит	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Стеноз, рубцеві зміни ВС ДПК 3 ст, холецистохоледохолітиаз	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2
Холецистохоледохолітиаз (великі конкременти ЗЖП)	-	-	-	-	-	1	1	-	4	-
Рубцеві зміни ДПК, холецистохоледохолітиаз	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-
Деструктивний холецистит, холедохолітиаз	-	-	-	-	-	-	-	-	10	2
Холедохолітиаз	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-
Стеноз 1 ст, 2 ст, холедохолітиаз	-	9	2	-	-	-	-	-	-	-
Дивертикули ВС ДПК, холедохолітиаз	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Стеноз ВС ДПК 2 ст.	2	3	-	-	-	-	-	-	-	-
Деструктивний холецистит, тубулярний стеноз	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-

Примітка: ЕПСТ – ендоскопічна папілосфінктеротомія; НБД – назобілярне дронування; ХДС – холедоходуоденостомія; ХЛТ – холедохолітотомія; ЧЧД – черезшкірне, черезпечінкове дронування (холангіостома); ЛХЕ – лапароскопічна холецистектомія; ХЕ – холецистектомія; БД – балонна дилатація; СДХДС – супрадуоденальна холедоходуоденостомія

Післяопераційні ускладнення виявлено у 15 пацієнтів (23,1%). Серед них у 7 хворих першої групи у вигляді кровотечі з папілотомного розрізу помірного (2) і середнього (3) ступеню важкості та панкреатиту (2). У всіх випадках кровотеча встановлена ендоскопічно. У хворих другої та третьої груп ускладнення виявлено в 8 хворих. Серед них: післяопераційний панкреатит – 2, підпечінковий абсцес – 2, тривале жовчовиділення з ложа жовчного міхура і по дренажу, встановленому через куксу міхурової протоки, внаслідок жовчної гіпертензії, спостерігали в 2 хворих. Нагноєння післяо-

пераційної рани – в 2. Пацієнтам з підпечінковим абсцесом виконано черезшкірне дронування і санацію порожнини абсцесу, а хворим з тривалим жовчовиділенням здійснена ЕПСТ – жовчовиділення припинилося. Настало одужання. Летальні результати відмічено у 4 пацієнтів (6,9%), причинами яких були обширний трансмуральний інфаркт міокарду – 2, прогресування печінково-ниркової недостатності – 1, сепсис, прогресування поліорганної недостатності – 1.

Висновки. При виборі адекватних способів хірургічного лікування і термінів їх застосування у

хворих на ГГХ необхідно враховувати не лише клініко-лабораторні показники, але і результати інструментальних методів діагностики.

У хворих із гострим біліарним блоком показана одномоментна корекція непрохідності жовчних шляхів методом виконання ендоскопічних хірургічних транспапільярних втручань.

Адекватна диференційована етапна тактика хірургічного лікування із застосуванням мініінвазій-

них, декомпресійних технологій у хворих з тривалою, інтенсивною жовтяницею і маніфестною печінковою недостатністю виправдана, дозволяє купірувати явища ендотоксикозу, відновити пасаж жовчі і тим самим поліпшити результати лікування хворих на ГГХ.

У спостереженнях, коли ГГХ неможливо вирішити мініінвазійними методами ставлять показання до традиційних втручань.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Андрущенко В.П. Принцип этапности в хирургическом лечении острого холангита / В.П.Андрущенко // Хирургия. — 1991. — № 9. — С. 32—34.
2. Гальперин Э.И. Патогенез и лечение острого гнойного холангита / Э.И.Гальперин, Г.П.Ахаладзе, А.Е.Котовский // Анн. хирург. гепатол. — 2009. — Т.14, № 4. — С. 13—21.
3. Гейниц А.В. Лечение острого холангита / А.В.Гейниц, И.А.Тогонидзе, М.С.Амаян // Анн. хирург. гепатол. — 2003. — Т.8, № 1. — С. 107—111.
4. Кондратенко П.Г. Экстренная хирургия желчных путей / П.Г.Кондратенко, А.А.Васильев, А.Ф.Элин — Д.: Лебедь, 2005. — 434 с.
5. Мешков С.В. Хирургическая тактика лечения холедохолитиаза / С.В.Мешков, Ю.Б.Цветков, Е.П.Кривошеков // Эндоскопическая хирургия. — 2002. — № 5. — С. 59—60.
6. Столин А.В. Значение признаков системного воспалительного ответа в диагностике и лечении гнойного холангита / А.В.Столин, Е.В.Ншиневиц, М.П.Прудков // Анн. хирург. гепатол. — 2009. — Т. 14, № 2. — С. 16—21.
7. Mayumi T. Results of the Tokyo Consensus Meeting Tokyo Zuidelines / T.Mayumi, T.Takeda, Y.Kawarada // J.Hepatobiliary. Pancted. Surg. — 2007. — Vol. 14, № 1. — P. 114—121.

V.I. BONDAREV, R.V. BONDAREV, S.S. SELIVANOV, N.P. ABLITSOV

Lugansk State Medical University, Department of Surgery With Principles of Abdominal and Endoscopy Surgery, Lugansk

CHOICE OF THE METHOD OF SURGICAL TREATMENT AMONG PATIENTS WITH ACUTE PURULENT CHOLANGITIS

Results of treatment of 65 patients with acute purulent cholangitis (APC) are presented. During the choice of adequate ways of surgical treatment and terms of their application among patients with APC it is necessary to consider not only clinical and laboratory indicators, but also results instrumental methods of diagnostics. It has been established that single correction of bilious ways obstruction by application of endoscopic surgical transpapillary interventions was indicated among patients with acute bilious block. Active differentiated tactic of surgical treatment is indicated to patients with a long intensive jaundice and demonstrative hepatic insufficiency. In supervision when APC is impossible to resolve by mimiinvasive methods then it forms indications to traditional interventions. A lethality was 6,2 %.

Key words: purulent cholangitis, a mechanical jaundice, drainage of bilious duct, bacteriophages

Стаття надійшла до редакції: 20.04.2011 р.