



В. М. Трач, В. І. Коломійцев,
О. М. Сироїд

ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГНІЙНИМ ХОЛАНГІТОМ, ОБУМОВЛЕНИМ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗОМ

Військово-медичний клінічний
центр Західного регіону,
м. Львів

Львівський національний
медичний університет імені
Данила Галицького

© В. М. Трач, В. І. Коломійцев,
О. М. Сироїд

Резюме. У роботі проаналізовано особливості клінічного перебігу і безпосередні результати лікування 80 пацієнтів із холедохолітазом. Гнійний холангіт (ГХ) діагностовано у 38 (47,5%) осіб. Атиповий перебіг ГХ (відсутність обтураційної жовтяниці, болювого синдрому, симптомів інтоксикації та енцефалопатії) спостерігався у 6 (15,8%) хворих. Лікування пацієнтів із холедохолітазом проводили у два етапи: спочатку здійснювали ендоскопічні транспапільярні втручання, потім — лапароскопічну холецистектомію. Конвенційні операції виконано у 6 (15,8%) хворих із ГХ і у 5 (11,9%) хворих без ГХ. Післяопераційні ускладнення констатовано у 5 (13,2%) і 2 (4,8%) пацієнтів відповідно. Помер 1 (2,6%) хворий на ГХ. Отже, застосування малоінвазійних методів у поєднанні із інтенсивною інфузійною, антибактерійною терапією приводить до покращання результатів лікування пацієнтів із ГХ.

Ключові слова: холедохолітаз, гнійний холангіт, малоінвазійні втручання.

Вступ

Гнійний холангіт (ГХ) — одне з тяжких ускладнень жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ). Наявність каменів у позапечінкових жовчних протоках призводить до біліарної гіпертензії та бактерійної контамінації жовчі, що є основною причиною виникнення ГХ у пацієнтів із ЖКХ [1]. До порушення відтоку жовчі призводять конкременти дистального відділу холедоха, стеноз папіли, рубцеві стриктури жовчних проток [2]. В останні десятиріччя змінилися клінічні прояви ГХ й у низки хворих констатують атиповий перебіг захворювання [4].

У лікуванні пацієнтів із холедохолітазом, ускладненим ГХ, провідна роль належить малоінвазійним методам: ендоскопічним, пункційним під контролем ультрасонографії, лапароскопічним [1—4, 6, 7]. Проте летальність серед хворих із ГХ становить 4—6,4%, а при наявності сепсису та холангіогенних абсцесів печінки може сягати 70% [1, 3, 5]. Тому ця проблема потребує поглибленого дослідження.

Мета роботи: вивчити особливості клінічного перебігу і безпосередні результати лікування хворих на ГХ, обумовлений холедохолітазом.

Матеріали і методи

Протягом 2003—2009 рр. на лікуванні у клініці перебували 80 пацієнтів із ЖКХ, ускладненою холедохолітазом, віком від 40 до 86 (у середньому $63,1 \pm 10,3$) років. Чоловіків було 36 (45,0%), жінок — 44 (55,0%).

Діагноз холедохолітазу встановлювали на підставі клінічної картини, результатів лабораторних досліджень, ультрасонографії, комп'ютерної або магнітно-резонансної томографії органів панкреатобіліарної ділянки, ендоскопічної ретроградної холангіографії (ЕРХГ). У низки хворих на ГХ остаточний діагноз встановлювали після ендоско-

пічної папілотомії (ЕПТ) і надходження у просвіт дванадцятпалої кишки гнійної жовчі.

Пацієнтів із холедохолітазом розподілено на дві групи. До основної групи увійшло 38 (47,5%) хворих із ГХ, до контрольної групи входили 42 (52,5%) пацієнти без ознак ГХ.

Обчислення отриманих результатів виконували за допомогою статистичної програми SPSS 11.5 for Windows. Для перевірки гіпотези про нормальний розподіл величин застосовували тест Колмогорова—Смірнова. У разі нормального розподілу варіаційного ряду визначали середньоарифметичне (M) і стандартне відхилення середньоарифметичного (SD), якщо дані не підпорядковувалися нормальному розподілу, визначали медіану (Me). Для порівняння параметричних показників використовували t-тест Стьюдента, непараметричних — U-тест Манна—Уїтні, відносних — χ^2 -тест. Вірогідність помилки (p) вважали статистично значущою, якщо $p \leq 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

Пацієнти основної групи надходили у стаціонар через 2—10 (Me=3,0) діб, контрольної групи — через 3—14 (Me=5,0) діб від останнього нападу ($p < 0,05$).

Хронічний калькульозний холецистит діагностовано у 24 (63,2%) пацієнтів основної й у 33 (78,6%) хворих контрольної групи, гострий калькульозний холецистит — в 11 (28,9%) і у 4 (9,5%) пацієнтів. Холецистектомію (ХЕ) з приводу ЖКХ у терміни від одного місяця до чотирьох років перенесли 3 (7,9%) і 5 (11,9%) хворих відповідно.

Типові клінічні прояви ГХ встановлено у 32 (84,2%) хворих основної групи: триаду Шарко підтверджено у 24 (63,2%) пацієнтів, пентаду Рейнольдса — у 8 (21,1%), печінково-ниркову недостатність — у 5 (13,2%) осіб. Натомість

у 6 (15,8%) хворих констатовано атипичний перебіг ГХ: відсутність больового синдрому, обтураційної жовтяниці, симптомів інтоксикації та енцефалопатії.

Диспептичні явища спостерігалися у 38 (90,5%) пацієнтів контрольної групи, больовий синдром — у 30 (71,4%), обтураційна жовтяниця — у 27 (64,3%).

Основні лабораторні показники пацієнтів із холедохолітазом наведено у таблиці.

Таблиця

Основні лабораторні показники хворих на холедохолітаз

Показники	Основна (n=38)	Контрольна (n=42)	p
Білірубін, М±SD (мкмоль/л)	122,7±39,3	78,1±21,0	<0,05
АлАТ, М±SD (Од/л)	184±45	106±32	<0,05
Лужна фосфатаза, М±SD (Од/л)	512±82	438±65	<0,05
Рівень лейкоцитів, М±SD (Г/л)	14,3±2,5	9,4±1,8	<0,05
Креатинін, М±SD (мкмоль/л)	212,7±62,0	138,4±49,2	<0,05
Анемія (Hb<110 г/л)	12 (31,6%)	7 (16,7%)	<0,05
Порушення коагулограми	26 (68,4%)	18 (42,9%)	<0,05

Пацієнтам основної групи проводили короткотривале (до 48 годин) передопераційне приготування. Призначали інтенсивну дезінтоксикаційну терапію, антибіотики широкого спектра дії (цефалоспорины III—IV поколінь або фторхінолони у поєднанні із метронідазолом, імепінеми). Внутрішньоартеріальну антибіотикотерапію (після канюлювання печінкової артерії доступом через стегнову артерію за Сельдінгером) застосовано у 4 (10,5%) пацієнтів із ГХ. Для попередження печінкової недостатності вводили кортикостероїди, гепатопротектори, антиоксиданти.

Усім хворим на холедохолітаз лікування почали з ендоскопічних транспапільярних втручань. Ургентні малоінвазивні втручання (протягом перших 24 годин перебування у стаціонарі) проведено у 28 (73,7%) пацієнтів основної і у 12 (31,6%) хворих контрольної груп (p<0,05). Попередньої папілотомії перед канюлюванням потребували 10 (26,3%) і 8 (19,0%) пацієнтів відповідно. Діагноз ГХ підтверджували (або встановлювали) при надходженні гнійної жовчі із папіли перед або після її канюлювання.

У хворих із ГХ після ЕПТ жовчні протоки промивали розчинами антисептичних засобів (фурацилін, бетадін, діоксидин) з метою видалення дрібних каменів, «замазки», гнійної жовчі, детриту. Небажані наслідки цієї процедури у вигляді гіпотензії і гіпертермії виникли у 4 (10,5%) пацієнтів основної групи. Після лаважу проток, літоекстракцію з допомогою кошика Дорміа або балонного катетера виконано у 30 (78,9%) пацієнтів із ГХ. Транспапільярним доступом камені

із холедоха видалено у 39 (92,9%) хворих контрольної групи.

Ретроградне назобілярне дренування проведено у 6 (15,8%), біліярне стентування — у 2 (5,3%) пацієнтів основної групи. Великі камені жовчних проток були показанням до ендоскопічного дренування біліярного тракту у 4 (10,5%) пацієнтів, стриктури холедоха — у 2 (5,3%), інтрадивертикулярне розташування папіли — у 2 (5,3%) хворих. Після ліквідування ознак ГХ і покращання загального стану 5 (13,2%) пацієнтам вдалося відновити прохідність папіли ендоскопічними методами (видалення каменів, збільшення розтину в ділянці дивертикула, балонна дилатація стриктури). Конвенційні втручання здійснено у 3 (7,9%) хворих основної й у 3 (7,1%) контрольної груп (p>0,05).

Холангіогенні абсцеси печінки спостерігалися у 3 (7,9%) пацієнтів із ГХ. Цим хворим виконано черезшкірні пункції під ультразвукографічним контролем з аспірацією гною і промиванням порожнини абсцесу розчинами антибіотиків.

Ендоскопічні втручання були остаточними у 3 (7,9%) пацієнтів основної й у 5 (11,9%) осіб контрольної групи. Решті хворих проводили другий етап лікування — лапароскопічну ХЕ. Видалення жовчного міхура здійснено у 35 (92,1%) пацієнтів із ГХ і у 37 (88,1%) — без ГХ. Термін між ЕПТ і лапароскопічною ХЕ у хворих основної групи становив 1—7 (Me=4,0) діб, у пацієнтів контрольної групи — 1—4 (Me=2,0) доби (p<0,05). Конверсії потребували 3 (8,6%) і 2 (5,4%) хворих відповідно. Загалом відкриті операції виконано у 6 (15,8%) хворих на ГХ і у 5 (11,9%) пацієнтів із холедохолітазом без ГХ.

Післяопераційні ускладнення розвинулися у 5 (13,2%) хворих основної і у 2 (4,8%) хворих контрольної групи (p<0,05). Гнійно-запальні ускладнення (нагноєння рани, підпечінковий абсцес, перитоніт) констатовано у чотирьох пацієнтів; серцево-судинні (інфаркт міокарда, порушення серцевого ритму) — у трьох. В основній групі помер 1 (2,6%) хворий. Пацієнти із холедохолітазом і ГХ перебували у стаціонарі протягом 7—25 (Me=11,0) діб, хворі без ГХ — протягом 5—14 (Me=7,0) діб (p<0,05). Таким чином, ГХ діагностовано у 47,5% пацієнтів із холедохолітазом. Перебіг захворювання в осіб основної групи був тяжчим: септичний стан спостерігався у 21,1% хворих, печінково-ниркова недостатність — у 13,2%. У пацієнтів із ГХ відзначено статистично значущі порушення лабораторних показників порівняно із хворими на холедохолітаз без ГХ. Проте у 15,8% пацієнтів встановлено атипичні клінічні прояви ГХ без больового синдрому, жовтяниці, симптомів інтоксикації та енцефалопатії. Такий перебіг ГХ характерний для осіб похилого і старечого віку із тривалим анамнезом ЖКХ [4].

Складність лікування хворих на ГХ обумовлена неможливістю радикального видалення осередку



інфекції. Одномоментні конвенційні втручання у пацієнтів із ГХ на фоні холедохолітазу призводять до частого виникнення ПОУ і супроводжуються високою летальністю. Тому тепер надають перевагу етапному лікуванню цих хворих із застосуванням малоінвазивних методів [1—3].

Першим етапом вживали лікувальні заходи, спрямовані на ліквідацію біліарної гіпертензії та евакуацію гнійної жовчі, за допомогою транспапільярних втручань. Ендоскопічні втручання у пацієнтів із ГХ здебільшого проводили в ургентному порядку (протягом 24 годин після госпіталізації). Слід відзначити, що ЕРХГ може призвести до погіршення стану хворого (гіпотонія, гіпертермія), а також спричинити деструкційні зміни у стінці жовчного міхура. Обов'язковим етапом лікування пацієнтів із ГХ є видалення жовчного міхура, який підтримує запалення та інфекційний процес у протоковій системі.

Важливого значення в лікуванні осіб із ГХ надають раціональній антибактерійній терапії [1]. Для лікування цих хворих ми використовували цефалоспорины III—IV поколінь і фторхінолони

разом із антипротозойними препаратами або імпінеми. Добрий клінічний ефект отримано від селективного внутрішньоартерійного (у печінкову артерію) введення антибіотиків.

Отже, поєднання малоінвазивних методів із комплексною інтенсивною, інфузійною, антибактерійною терапією сприяє покращанню результатів лікування пацієнтів із ГХ.

Висновки

1. ГХ діагностовано у 47,5% пацієнтів із холедохолітазом, причому у 15,8% хворих він мав атиповий перебіг.

2. Лікування хворих на ГХ повинно бути комплексним і включати декомпресію біліарного тракту, інтенсивну інфузійну, антибактерійну, протизапальну терапію з подальшим видаленням жовчного міхура.

3. Застосування малоінвазивних (ендоскопічних, пункційних під ультрасонографічним контролем, лапароскопічних) методів приводить до покращання результатів лікування пацієнтів із ГХ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Захараш М.П. Мініінвазивні втручання в комплексному лікуванні хворих на механічну жовтяницю, ускладнену гнійним холангітом та біліарним сепсисом / М.П. Захараш, Ю.М. Захараш, О.В. Усова // Шпитальна хірургія. — 2008. — №4. — С.13—16.

2. Ендоскопічні транспапільярні втручання у хворих на гострий холангіт, спричинений холедохолітазом / М.Ю. Ничитайло, П.В. Огородник, А.В. Скумс [та ін.] // Клін. хірургія. — 2007. — №2—3. — С. 78.

3. Кондратенко П.Г. Современные подходы в лечении холедохолитиаза, осложненного гнойным холангитом / П.Г. Кондратенко, А.А. Стукало // Буков. мед. вісник. — 2006. — Т. 10, №1. — С. 124—126.

4. Саволук С.І. Оптимізація тактики хірургічного лікування хворих похилого та старечого віку на обтураційну жовтяницю, ускладнену гострим холангітом та печінковою недостатністю / С.І. Саволук // Вісник Вінницького

національного медичного університету. — 2009. — Т. 13, №1. — С. 117—121.

5. Analysis of risk factors predictive of early mortality and urgent ERCP in acute cholangitis / J. Salek, E. Livote, K. Sideridis, S. Bank // J. Clin. Gastroenterol. — 2009. — Vol. 43, №2. — P. 171—175.

6. Li V.K. Optimal timing of elective laparoscopic cholecystectomy after acute cholangitis and subsequent clearance of choledocholithiasis / V.K. Li, J.L. Yum, Y.P. Yeung // Amer. J. Surg. — 2010. — Apr. 8. [Epub ahead of print]. — Mode of access: www.ncbi.nlm.nih.gov / pubmed / 20381787. — Last access: 2010. — Title from the screen.

7. Risk factors for cholecystectomy in patients with gallbladder stones after endoscopic clearance of common bile duct stones / K.M. Lee, C.N. Paik, W.C. Chung [et al.] // Surg. Endosc. — 2009. — Vol. 23, №8. — P. 1713—1719.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

В. М. Трач, В. И. Коломийцев, А. М. Сыроед

Резюме. В работе проанализированы особенности клинического течения и непосредственные результаты лечения 80 пациентов с холедохолитиазом. Гнойный холангит (ГХ) диагностирован у 38 (47,5%) больных. Атипичное течение ГХ (отсутствие обтурационной желтухи, болевого синдрома, симптомов интоксикации и энцефалопатии) наблюдалось у 6 (15,8%) больных. Лечение пациентов с холедохолитиазом проводили в два этапа: сначала — эндоскопические транспапильярные вмешательства, потом — лапароскопическую холецистэктомию. Конвенционные операции выполнены у 6 (15,8%) пациентов с ГХ и у 5 (11,9%) больных без ГХ. Послеоперационные осложнения возникли у 5 (13,2%) и 2 (4,8%) пациентов соответственно. Умер 1 (2,6%) больной с ГХ. Таким образом, использование малоинвазивных методов в сочетании с интенсивной инфузионной, антибактериальной терапией приводит к улучшению результатов лечения пациентов с ГХ.

Ключевые слова: холедохолитиаз, гнойный холангит, малоинвазивные вмешательства.



THE TREATMENT OF
PATIENTS WITH PURULENT
CHOLANGITIS ON THE
BACKGROUND OF
CHOLEDOCHOLITHIASIS

*V. M. Tratch, V. J. Kolomytsev,
O. M. Syroid*

Summary. The peculiarities of clinical course and immediate results of treatment of 80 patients with choledocholithiasis were analysed. The purulent cholangitis (PCh) were diagnosed at 38 (47.5%) patients with choledocholithiasis. Six (15.8%) patients had atypical clinical feature of PCh: without obstructive jaundice, pain syndrome, signs of intoxication and encephalopathy. The treatment of patients with choledocholithiasis was two-step: at first — we performed endoscopic transpapillary procedures; at second — laparoscopic cholecystectomy. Opened operations were performed at six (15.8%) patients with PCh and at five (11.9%) patients without PCh. Postoperative complications were diagnosed at five (13.2%) and two (4.8%) patients respectively. One (2.6%) patient died from complications of PCh. Thus, combination of mini-invasive techniques, intensive antibiotic and infusion therapy improves the results of treatment of patients with PCh.

Key words: *choledocholithiasis, purulent cholangitis, minimally invasive procedures.*