

Д.Ю. Рязанов,
С.Е. Гребенников,
Ю.А. Михеев

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

© Д.Ю. Рязанов, С.Е. Гребенников,
Ю.А. Михеев

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛАНГИТОМ

Резюме. Проанализированы результаты обследования и лечения 137 больных ЖКБ, осложнённой холангитом. Показано, что эндоскопические методы лечения холангита позволяют не только осуществить адекватную декомпрессию и санацию желчных путей, но и, в случае необходимости выполнения холедохолитотомии, завершить её «глухим швом» холедоха.

Установлено, что чувствительность микрофлоры у больных ЖКБ, осложнённой холангитом, к препарату цефтизоксим («Зоксицеф», фирмы «Экфир Фармасьютикал Ко.», Иран) составила 88,3%, а его применение в комплексе медикаментозного лечения в качестве препарата эмпирической антибактериальной терапии является высокоэффективным и позволяет достоверно улучшить непосредственные результаты лечения, что выражается в более быстрой положительной клинической динамике и нормализации биохимических показателей печени.

Ключевые слова: холангит, холедохолитиаз, желчнокаменная болезнь.

Введение

Холангит встречается в большинстве случаев осложнённого течения желчнокаменной болезни (ЖКБ), в том числе и после её оперативного лечения [5]. Широкий спектр выраженности клинических проявлений холангита зависит от тяжести основного заболевания, вирулентности патогенной микрофлоры, состояния реактивности организма, выраженности билиарной гипертензии, которая является ведущим патогенетическим фактором в развитии этого патологического синдрома [3, 7].

Новый подход к решению проблемы связан с широким внедрением в клиническую практику методов эндоскопии, позволяющих одновременно осуществлять как диагностические (прямое контрастирование желчевыводящих путей, цитологическая и гистологическая верификация диагноза, исследование внутрипротоковой желчи), так и лечебные (декомпрессия, внутрипротоковая литотрипсия, назобилиарное дренирование) мероприятия [2, 4, 6].

Однако неадекватная антибактериальная терапия, даже при своевременной декомпрессии внепечёночных желчных путей, может сопровождаться прогрессированием холангита, который ведёт к развитию таких опасных осложнений, как сепсис, холангиогенные абсцессы печени, полиорганная недостаточность. Летальность при этих состояниях достигает 45 % [1].

Цель исследований

Изучение клинической эффективности антибактериального препарата цефтизоксим

в комплексном лечении желчнокаменной болезни, осложнённой холангитом.

Материалы и методы исследования

Проанализированы результаты обследования и лечения 137 больных ЖКБ, осложнённой холангитом, находившихся в клинике кафедры хирургии с курсом гнойно-септической хирургии ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины». Мужчин было 49 (35,7%), женщин – 88 (64,3%), в возрасте от 23 до 86 лет, средний возраст составил $65,5 \pm 8,6$ лет.

Больные распределены на две клинические группы: 1-ю составили 77 (56,2%) больных, получавших в комплексе лечения цефалоспорины второй или третьей генерации с назначением два раза в сутки, 2-ю – 60 (43,8%) больных, получавших антибиотик цефтизоксим («Зоксицеф», фирмы «Экфир Фармасьютикал Ко.», Иран). «Зоксицеф» применяли по 1 грамму внутримышечно два раза в сутки до нормализации температуры тела с последующим его введением ещё на протяжении двух суток.

По полу, возрасту, характеру и частоте сопутствующих заболеваний, степени выраженности и длительности синдрома желтухи, способам оперативных вмешательств больные обеих групп не отличались.

Диагноз ставили на основании анамнеза, клинической триады Шарко, пентады Рейнольдса, данных клинико-лабораторных и биохимических исследований, а также инструментальных: ультразвукового сканирования, дуоденоскопии, эндоскопической ретроград-



ной холангиопанкреатографии или чрескожной чреспеченочной холангиографии, компьютерной томографии (при холангиогенных абсцессах печени). Окончательный диагноз устанавливали во время операции по характерным изменениям стенок желчных протоков и желчи с определением микрофлоры.

Лечебная программа включала выполнение при остром гнойном обтурационном холангите в течение суток с момента поступления декомпрессии билиарного тракта. Последнее достигалось в подавляющем большинстве путем эндоскопической папиллосфинктеротомии с одномоментной санацией желчных протоков и/или назобилиарного дренирования. При хронических формах холангита наряду с антибактериальной терапией выполнялись как эндоскопические, так и лапаротомные восстановительные операции.

Результаты исследований и их обсуждение

В результате данных инструментальных методов исследования, а также на основании интраоперационных данных были выявлены следующие причины холангита: стеноз БДС в сочетании с холедохолитиазом – у 35 (25,9%) больных; стеноз БДС – у 26 (18,9%); холедохолитиаз – у 23 (16,9%); синдром Мириizzi – у 11 (8,1%); пузырно-дуоденальные и пузырно-толстокишечные свищи – у 1 (0,7%); стриктуры желчных протоков – у 3 (2,3%); резидуальный и рецидивный холедохолитиаз – у 19 (13,9%); стеноз БДС после холецистэктомии – 14 (10,3%); стриктуры билиодигестивных анастомозов – у 2 (1,5%); рестеноз БДС – у 2 (1,5%). У 6 (4,3%) больных на фоне гнойного холангита выявлены холангиогенные абсцессы печени.

Микробиологическое исследование желчи из дренажей проведено всем больным. Выявлено 127 (92,7%) грамотрицательных (*Klebsiella sp.*, *Escherichia coli*, *Enterobacter sp.*, *Proteus mirabilis*, *Acinetobacter sp.*, *Pseudomonas aeruginosa*) и 78 (56,9%) – грамположительных микробов (*Staph. aureus*, *Staph. epidermidis*, *Bacillus cereus*). При этом у 51 (37,2%) больного имелась сочетанная микрофлора, из них у 34 (66,7%) отмечалось сочетание двух, у 11 (21,6%) – трёх, у 6 (11,7%) – четырёх возбудителей.

Лечебные мероприятия при остром обтурационном холангите начинались с проведения эндоскопических транспапиллярных вмешательств. Они были выполнены у 116 (84,7%) пациентов. Назобилиарное дренирование выполнено у 20 (14,6%) больных. Кроме широко известных преимуществ назобилиарного дренирования при холангите, следует отметить возможность рентгенологического контроля желчных протоков после эндоскопических вмешательств, не прибегая к повторной эндоскопии, что лучше переносится больными.

Во всех случаях после эндоскопической санации желчных протоков были купированы явления холангита и обтурационной желтухи. Эффективными эндоскопические вмешательства в виде устранения стеноза, литоэкстракции или самостоятельного отхождения конкрементов, оказались у 109 (79,6%) больных. В дальнейшем это позволило вторым этапом выполнить у этих больных лапароскопическую холецистэктомию (в том числе у 3 больных с синдромом Мириizzi). Эндопротезирование гепатикохоледоха выполнялось больным со стриктурами желчных протоков (2 пациента), а также больным старческого возраста с тяжёлой сопутствующей патологией при невозможности эндоскопически удалить крупные конкременты холедоха (6 пациентов).

Если после эндоскопической папиллотомии не удавалось выполнить холедохолитоэкстракцию (крупные конкременты) после купирования билиарной гипертензии выполнялись лапаротомные операции без вмешательств на БДС.

У 11 (8,1%) больных выполнена лапароскопическая холедохолитотомия с «глухим швом» холедоха после предварительного назобилиарного дренирования. При этом 1 из них с рецидивным холедохолитиазом (больная 4 года назад перенесла эндоскопическую папиллотомию и лапароскопическую холецистэктомию).

При холангиогенных абсцессах печени в клинике сочетаются методы интервенционной сонографии и эндоскопические транспапиллярные вмешательства. У 3 больных с холангиогенными абсцессами печени после назобилиарного дренирования и дренирования абсцесса печени под контролем сонографа выполнялось проточное промывание желчных путей растворами антисептиков. Во всех случаях абсцессы были ликвидированы.

При отсутствии условий для эндоскопической санации желчных путей у 5 больных первым этапом проводили чрескожную чреспеченочную гепатохолангиостомию под контролем сонографа. Случаев послеоперационной летальности при использовании малоинвазивных методик, в том числе в сочетании с лапаротомными операциями, не отмечено.

В случае невозможности малоинвазивной коррекции билиарной гипертензии и холангита (перенесенные операции на желудке, стенозы пилоробульбарной зоны, крупные парапипиллярные дивертикулы, тубулярный стеноз большого дуоденального сосочка), а также при синдроме Мириizzi, стриктурах желчных протоков, и при необходимости снятия билиодигестивных анастомозов – у 28 (20,4%) больных выполнены традиционные оперативные вмешательства, преимущественно восстановительного типа.

При изучении чувствительности микрофлоры больных обеих групп к изучаемым антибиотикам установлено, что в 1-й группе общая чувствительность составила 53,2%, во 2-й – 88,3% ($\chi^2=19,3$; $p<0,05$).

При анализе динамики клинических, лабораторных и биохимических данных также выявлена достоверно более быстрая положительная динамика объективных показателей у больных 2-й группы: нормализация температуры тела в 1-й группе отмечалась, в среднем, на $7,1\pm 0,6$, во 2-й – $3,7\pm 0,8$ на сутки ($t=3,5$; $p<0,05$); снижение общего билирубина крови до субнормальных значений на $8,2\pm 0,9$ и $5,3\pm 0,4$ сутки ($t=2,7$; $p<0,05$), а АЛТ – на $9,4\pm 0,8$ и $6,2\pm 0,3$ сутки ($t=3,3$; $p<0,05$), соответственно.

Таким образом, при лечении больных ЖКБ, осложнённой холангитом, применение малоинвазивных методов декомпрессии желчных протоков является приоритетным, поскольку позволяет эффективно санировать желчные протоки, осуществлять рентгенологический мониторинг их состояния, а при необходимости выполнения вторым этапом лапаротомной или лапароскопической холедохолитотомии, завершать её «глухим швом» холедоха.

Применение у больных ЖКБ, осложнённой холангитом, в комплексе медикаментозной терапии препарата цефтизоксим («Зоксицеф», фирмы «Эксир Фармасьютикал Ко.», Иран) для эмпирической антибактериальной терапии является высокоэффективным и позволяет достоверно улучшить непосредственные результаты лечения.

Дальнейшего изучения требуют вопросы профилактики и лечения рецидивного холангита у больных после ранее перенесенных операций.

Выводы

1. Эндоскопические методы при лечении холангита и холангиогенных абсцессов печени, позволяют не только осуществить адекватную декомпрессию и санацию желчных путей, но и, в случае необходимости выполнения холедохолитотомии, завершить её «глухим швом» холедоха.

2. В комплексе лечения больных ЖКБ, осложнённой холангитом, в качестве препарата для эмпирической антибактериальной терапии следует применять цефалоспорины 3 поколения, в частности, препарат цефтизоксим («Зоксицеф», фирмы «Эксир Фармасьютикал Ко.», Иран).

ЛИТЕРАТУРА

1. Комплексное лечение гнойного холангита у больных неопухоловой обструкции внепеченочных желчных протоков / Б.К. Алтыев, Ф.Г. Назыров, М.Х. Ваккасов, Х.Т. Садыков // *Анналы хирургической гепатологии*. – 1998. – Т. 3, № 3. – С. 30.
2. Кондратенко П.Г. Комплексное лечение обтурационной желтухи и гнойного холангита при желчно-каменной болезни / П.Г. Кондратенко, А.А. Стукало // *Клінічна хірургія*. – 2007. – №2-3. – С. 73.
3. Майстренко Н.А., Нечай А.И. Гепатобилиарная хірургія / Н.А. Майстренко, А.И. Нечай. – Санкт-Петербург: Специальная литература, 1999. – 264 с.
4. Состояние проблемы наружного дренирования желчных протоков в эпоху эндоскопической хирургии // В.В. Грубник, А.И. Ткаченко, Ю.Н. Кошель и др. / *Медичні перспективи*. – 2012. – Том 17, №1, ч.2. – С.36-40.
5. Хирургия печени и желчевыводящих путей / А.А. Шалимов, С.А. Шалимов, М.Е. Нечитайло [и др.]. – К.: Здоровье, 1993. – 508 с.
6. Юрченко В.В. Назобилиарное дренирование в гепатобилиарной хирургии / В.В. Юрченко // *Эндоскопическая хирургия*. – 2006. – №2. – С. 159.
7. Evaluation of laparoscopic treatment of common bile duct stones in a prospective series of 505 patients: indications and results / J. Ch. Berthou, B. Dron, Ph. Charbonneau [et al.] // *Surg. Endosc.* – 2007. – Vol. 21. – P. 1970–1974.



АНТИБАКТЕРІАЛЬНА
ТЕРАПІЯ В
КОМПЛЕКСНОМУ
ЛІКУВАННІ
ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ
ХВОРОБИ, УСКЛАДНЕНОЇ
ХОЛАНГІТОМ

*Д. Ю. Рязанов,
С. Є. Гребенніков,
Ю. О. Міхєєв*

Резюме. Проаналізовано результати обстеження та лікування 137 хворих на ЖКХ, ускладнену холангітом. Показано, що ендоскопічні методи лікування холангіту дозволяють не тільки здійснити адекватну декомпресію та санацію жовчних шляхів, а й, у разі необхідності виконання холедохолітотомії, завершити її «глухим швом» холедоха.

Встановлено, що чутливість мікрофлори у хворих на ЖКХ, ускладнену холангітом, до препарату цефтизоксим («Зоксіцеф», фірми «Ексір Фармасьютикал Ко», Іран) склала 88,3%, а його застосування в комплексі медикаментозного лікування в якості препарату емпіричної антибактеріальної терапії є високоефективним і дозволяє достовірно поліпшити безпосередні результати лікування, що виражається в більш швидкій позитивній клінічній динаміці та нормалізації біохімічних показників печінки.

Ключові слова: холангіт, холедохолітіаз, жовчнокам'яна хвороба.

ANTIMICROBIAL THERAPY
IN COMPLEX TREATMENT
OF CHOLELITHIASIS
COMPLICATED BY
CHOLANGITIS

*D. Yu. Riazanov,
S. E. Grebennikov
Yu. A. Mikheev*

Summary. The results of examination and treatment of 137 patients with cholelithiasis complicated by cholangitis. It is shown that endoscopic treatment of cholangitis can not only carry out adequate debridement and decompression of the biliary tract, but also, when necessary to fulfill choledocholithotomy to complete its «end-to-end suture» common bile duct.

Found that the sensitivity of the microflora in patients with cholelithiasis complicated by cholangitis, drug ceftizoxime («Zoxicef», «Exir Pharmaceutical Co.», Iran) was 88,3%, and its use in combination drug therapy as a drug of empirical antibiotic therapy is highly effective and can significantly improve the immediate results of treatment, resulting in more rapid positive clinical dynamics and normalization of biochemical parameters of liver.

Key words: cholangitis, choledocholithiasis, cholelithiasis.