

Висновки

Морфологічні зміни СО желудка і ДПК різної ступеня вираженості визначаються як при ендоскопічних незмінених СО, так і при еритематозній гастропатії. Функціональна диспепсія, діагностована ендоскопічно, має мікроскопічні прояви, характеризується пошкодженням епітелію. Ускорення і достаточна для підтримки цілості покрива проліферація епітеліоцитів може бути морфологічним критерієм так званої "функціональності" патологічного стану. Однак у більшості дітей пошкодження епітелію настільки інтенсивні, що гіперпроліферуючий епітелій місцями не диференційований, не формує базальну мембрану, що "откриває шлях" аутоімунному процесу. Появляються мікроскопічні ознаки початку хронічного інтерстиціального запалення СО желудка і ДПК. Ендоскопічно визначена еритематозна гастропатія характерна для СЭБ. Характер морфологічних змін СО при еритематозній гастропатії відповідає проявам хронічного гастриту, що дозволяє передбачити, що даний клінічний варіант ФД тождествен хронічному гастриту, або являється прямим ланкою його розвитку.

Література

1. Белоусов Ю.В., Белоусова О.Ю. (2005) Функціональні захворювання. Шлункової системи у дітей. Монографія. (Харьков). "ИНЖЭК". 256 с.
2. Хэм Л., Кормак Д. (1982-1983) Гистология. (Москва). "Мир". 5 томів.
3. Пиманов С.И., Силивнич Н.Н. (2006) Римский III Консенсус: избранные разделы и комментарии. Пособие для врачей. (Витебск). "Издательство ВГМУ". 256 с.

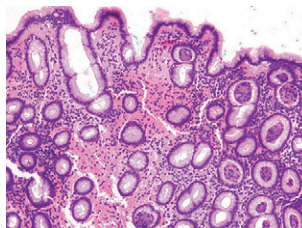


Рис. 1

Биоптат СО антрального отдела желудка. Ямки неглубокие, деформированы. В просвете желез десквамированные эпителіоциты. В собственной пластинке СО дилатированные кровеносные сосуды. Окраска гематоксилин-эозином, $\times 100$. Наблюдалась ускоренная пролиферация эпителіоцитов с регенераторной целью.

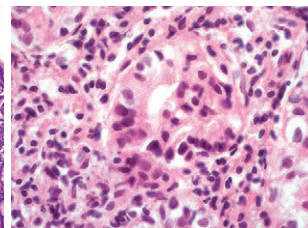


Рис. 2

Биоптат СО тела желудка. В центре фотографии остаток желез, разрушаемой лейкоцитами; собственная пластинка СО густо инфильтрирована макрофагами и лимфоцитами. Окраска гематоксилин-эозином, $\times 400$. Спленность СО и регенерация была снижена, а в ряде случаев полностью отсутствовала.

4. Drossman D.A. (2006) The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. Gastroenterology. 130; 5: 1377-1378
5. Tack J., Talley N.J., Camilleri M. et al. (2006) Functional gastroduodenal disorders. Сучасна гастроентерологія. 6: 73-81

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ТРАНСПАПЛЯРНИХ ЕНДОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАЧЬ У ЛІКУВАННІ ГНІЙНОГО ХОЛАНГІТУ, УСКЛАДНЕНИМ БІЛІАРНИМ СЕПСИСОМ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ

Стець М.М., Насташенко І.Л., Молнар І.М.*, Собко А.О.*

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Україна
Київська міська клінічна лікарня №3, Україна*

Вступ

Гострий гнійний холангіт — гостре гнійне полімікробне запалення поза- та внутрішньопечінокових жовчних протоків, в основі розвитку якого безумовно роль має обтурація дистальних відділів жовчовивідної системи. Найбільш частою причиною виникнення даної патології є жовчокам'яна хвороба, ускладнена холедохолітіазом або синдромом Мірізі. Серед інших етіологічних чинників слід зазначити бластоматозне ураження органів білопанкреатичної зони; стеноз великого дуоденального сосочка та фіброз ампули холедоха; внутрішні жовчівні норічки; ятрогенні пошкодження жовчних шляхів; запальні захворювання органів та структуру гепатопанкреатодуоденальної зони; паразитарна інвазія тощо. Вперше гострий гнійний холангіт як самостійну нозологію виділив ще у 1877 р. Sharkot J. у виді одностороннього триади, яка включає наступні симптоми: біль у правому підребер'ї, лихоманка з пропасницею та жовтяниця. У 1959 р. Reynolds V. і Dargan E. охарактеризували гострий обтураційний холангіт як окремий клінічний синдром, що потребує негайної декомпресії жовчовивідної системи. До триади Шарко вказані автори додали двійку симптомів, а саме: сплантність свідомості та гіпотонію (шок), що свідчать про вторинне ураження центральної нервової системи.

Не дивлячись на успіхи в діагностиці та лікуванні захворювань органів біліарної системи, гострий гнійний холангіт є достатньо складною діагностичною та далеко не вирішеною лікувально-тактичною проблемою. Вибір оптимального методу декомпресії на висоті обтураційної жовтяниці будь-якого генезу (а особливо бластоматозного) складає труднощі. На сьогоднішній день великої уваги заслуговує таке ускладнення гострого гнійного холангиту, як біліарний сепсис, що надзвичайно часто виникає у пацієнтів похилого віку. Біліарний сепсис — патологічний процес, в основі якого лежить реакція організму у вигляді генералізованого (системного) запалення на інфекцію поза- та внутрішньопечінокових жовчних шляхів.

За даними Гальперіна Е.І. та Ахаладзе Г.Г. (1999) біліарний сепсис діагностується приблизно у 11% хворих з гострим та хронічним холангітом. Близько у 39% хворих з гострим гнійним холангітом розвиток біліарного сепсису за даними вищезгаданих авторів носить фульмінантний характер. Біліарний сепсис має свої особливості, пов'язані з наявністю при механічній жовтяниці передумов для розвитку специфічного імунного стану. Транслокація мікробів та ендотоксинів, зниження маси ретикулоендотеліальної сітки печінки, пригнічення функції клітин Купфера, ворітна і системна ендотоксемія, шунтування портальної крові в системний кровотік пояснюють швидкий розвиток біліарного сепсису, нерідко його блискавичний розвиток з утворенням міліарних абсцесів печінки та поліорганної недостатності.

Пацієнти похилого віку з наявністю гострого гнійного холангиту, ускладненого біліарним сепсисом — це окремий і найважчий контингент хворих. Проблема діагностики даної патології у вікових хворих є надзвичайно актуальною. Не менш важливим моментом є визначення основного етіологічного чинника розвитку біліарної обструкції та швидке визначення раціонального методу декомпресії жовчовивідних шляхів.

Традиційне лікування гострого гнійного холангиту, ускладненого біліарним сепсисом на даний час вже не може задовольняти клініцистів, бо консервативна терапія при існуючому холестази неефективна, а ранні оперативні втручання у важких хворих з вираженими метаболічними та волемічними порушеннями супроводжуються високою летальністю, досягаючи 50-75% у пацієнтів похилого та старшого віку. Ще Вишневецький В.О. стверджував про необхідність лікування хворих з холангітами в умовах реанімаційних відділень. Механічна жовтяниця, гнійний холангіт, гострий панкреатит обумовлюють сучасну патологію у вікових хворих, тому навіть впровадження новітніх технологій як альтернатива традиційного лікування не вирішувало багатьох питань даної проблеми.

В резолюції, що прийнята на I Всесоюзній конференції з хірургії печінки, жовчних шляхів і підшлункової залози в м. Ташкент (1991) було наголошено, що інтенсивне лікування хворих з гострим гнійним холангітом необхідно починати зразу при госпіталізації хворого. Основними принципами медикаментозного лікування слід вважати дезінтоксикаційну терапію, адекватну інфузійну терапію, корекцію супутніх захворювань, а також антибактеріальну терапію.

Слід зазначити, що досвід провідних клінік в лікуванні цієї категорії хворих підкреслює необхідність здійснення негайної декомпресії жовчних протоків в комплексі інтенсивної терапії, бо остання не має своєї ефективності без ліквідації біліарного компартмент-синдрому. Показання до застосування того чи іншого методу декомпресії необхідно встановлювати суворо індивідуально, в залежності від клінічної ситуації, характеру, рівня і тривалості перепопи відтоку жовчі, з урахуванням результатів прямих рентген-контрастних досліджень жовчних шляхів.

З 1973 р. Classen M. і Demling L. впровадили ендоскопічну папілосфінктеротомію (ЕПСТ) для розв'язання обструкції жовчних шляхів камінням. Позитивні результати були отримані в більшості випадків з невеликою частотою ускладнень в декількох великих серіях спостережень. Ця процедура вважається безпечною навіть і у пацієнтів похилого віку; частота ускладнень складає 7,5%, а летальність — 1,5%. В той же час відкриті хірургічні операції на жовчних шляхах у віці старше 60 років супроводжуються ускладненнями в 8,3-43% випадків і летальністю в 6,2-8,6% випадків за даними різних авторів.

В зарубіжній та вітчизняній літературі спостерігається зростаюча тенденція уникати "відкритої" хірургії, яка позбавляє хворого довгострокових страждань в післяопераційному періоді. Остання не вимагає використання великого спектру анальгетиків, а також значно покращує якість життя і скорочує терміни перебування в стаціонарі. Методи, зазначені на новітніх технологіях, широко упродовжуються, а деякі удосконалюються на експериментальному рівні. Еволюція комбінацій новітніх технологій останнім часом набуває все більшого розширення та допомагає уникнути незадовільних результатів традиційних хірургічних втручань для покращення якості життя в безпосередньому та віддаленому періодах.

Мета роботи — покращити результати лікування хворих похилого віку з гострим гнійним холангітом, ускладненим біліарним сепсисом, шляхом вибору оптимального та мініінвазивного способу декомпресії біліарного тракту.

Матеріали та методи

Матеріалом нашої роботи стали 228 хворих похилого віку (середній вік становив 69,5 років) з діагнозом гострий гнійний холангіт, ускладнений біліарним сепсисом, що проліковані у хірургічних клініках на базі Київських міських клінічних лікарень №3 та №10 за період з 2005 по 2010 роки. Розподіл пацієнтів за статтю був наступним: 159 (69,7%) жінок та 69 (30,3%) чоловіків. У всіх хворих мав місце синдром обтурації біліарного тракту. Причиною біліарної обструкції у всіх хворих був холедохолітіаз (доброякісна механічна жовтяниця).

Всі хворі без виключення проходили курс лікування в умовах відділень інтенсивної терапії. Пацієнти обстежені клінічно, лабораторно та інструментально у повному обсязі. Серед інструментальних методів дослідження перевагу надавали ультразвукографічному обстеженню органів черевної порожнини, при цьому гепатопанкреатодуоденальної зони. При неінформативності вказаного методу вдавалися до ретроградної ендоскопічної холангіопанкреатографії та комп'ютерної томографії черевної порожнини з контрастним підсиленням. Серед лабораторних досліджень акцентували увагу на таких показниках як: кількість лейкоцитів крові з лейкоцитарною формулою, швидкість осідання еритроцитів, рівень в крові білірубину та його фракцій, лужної фосфатази, трансаміназ печінки, сечовини, креатиніну, загального білка, прокальцитоніну (основний показник вираженості системної запальної відповіді), дані коагулограми.

Всі хворі поділені на дві групи. Досліджувану групу склали 136 (59,6%) хворих, а контрольну відповідно 92 (40,4%). В якості основної задачі лікування цих хворих був вибір методу декомпресії біліарного тракту. В контрольній групі пацієнтів проводили лікування гострого гнійного холангиту, що включало інтенсивне консервативне лікування як підготовка до традиційного відкритого оперативного лікування, що включало холцестектомію, холедохотомію з літоекстракцією та зовнішню дренажу загальної жовчевої протоки за різними методиками. Пацієнтам, що входили в досліджувану групу, перевагу надавали ранній декомпресії жовчовивідних проток шляхом ЕПСТ з літоекстракцією з подальшою традиційною консервативною терапією в умовах відділень інтенсивної терапії, направленою на ліквідацію проявів біліарного сепсису та профілактиці його ускладнень. В плановому порядку хворим досліджуваної групи виконувалась лапароскопічна холцестектомія.

Тяжкість стану хворих з гострим гнійним холангітом, ускладненим біліарним сепсисом оцінювали за шкалами SOFA, Glasgow та APACHE II.

Результати та обговорення

Хворим контрольної групи в умовах відділень інтенсивної терапії проводилась традиційна консервативна терапія сепсису, що включала використання антибактеріальних препаратів широкого спектру дії (дескаліційний метод антибіотикотерапії), дезінтоксикаційна інфузійна терапія з чітким індивідуальним розрахунком об'єму колоїдів та кристаллоїдів, обов'язкова спазмолітична терапія та використання антисекреторних засобів у якості профілактики розвитку біліарного панкреатиту. Всі вказані моменти

інтенсивної терапії в часовому аспекті займали в середньому 7-9 діб. Після цього хворим проводились традиційні "вкриті" оперативні втручання в об'ємі холецистектомії, холедохотомії з літоекстракцією та зовнішнім дрениванням холедоуху. Інтраопераційно проводилась ревізія холедоуху гудзиком зондом, евакуйована з загальної жовчевої протоки жовч обов'язково була посиена для визначення чутливості мікроорганізмів до антибіотиків. Подальше післяопераційне лікування також проводилось в умовах реанімації. Середній термін перебування у стаціонарі хворих контрольної групи склав 36 діб. Летальність у даній групі складала 13% (12 хворих). Причиною смерті у 2 хворих стала гостра масивна тромбемболія легеневої артерії; у 1 хворого — гострий обширний циркулярний інфаркт міокарда; у 9 хворих — поліорганна дисфункція на фоні вкрай важкого ступеню біліарного сепсису, ускладненого множинними міліарними абсцесами печінки.

Хворим досліджуваної групи надавалась перевага ранньої декомпресії біліарного тракту шляхом ЕПСТ з літоекстракцією протягом перших 2-3 діб перебування в стаціонарі. Аналогічно контрольній групі, після отримання з папілотомної рани жовчі, остання відправлялась на бактеріологічний посів та дослідження чутливості мікроорганізмів до антибіотиків. При неможливості повного видалення конкрементів з холедоуху, застосовували методику ендоскопічного назобіліарного дренивання загальної жовчної протоки (дренаж заводився проксимальніше розташування конкрементів) для тимчасової декомпресії. В подальшому, коли стан пацієнтів оцінювався ближче до середнього ступеню важкості, цим хворим (вони склали всього 4,4%, себто 6 пацієнтів) виконувалась холецистектомія з холедохотомією та зовнішнім дрениванням холедоуху. Середній термін перебування у стаціонарі хворих досліджуваної групи склав 24 доби. Летальність у даній групі складала 3,7% (5 пацієнтів). Причиною смерті у 4 хворих стала поліорганна дисфункція на фоні вкрай важкого ступеню біліарного сепсису, ускладненого множинними міліарними абсцесами печінки; у 1 хворого — гостре порушення мозкового кровообігу за геморагічним типом.

Висновки

Поширеність жовчокам'яної хвороби без сумнівів призводить також і до більш частого розвитку її ускладнень. Серед них надзвичайно актуальним залишається гострий гнійний холангіт, ускладнений біліарним сепсисом у осіб похилого віку. Наявність різноманітної супутньої патології у даного контингенту пацієнтів тільки ускладнює перебіг вказаної нозології, зменшує вірогідність швидкого одужання та створює негативний фон протягом усього періоду лікування.

Проведене дослідження вказує на те, що раннє застосування мініінвазивного транспапільярного втручання, а саме ЕПСТ з літоекстракцією з метою декомпресії біліарного тракту зменшує в першу чергу летальність серед пацієнтів з біліарним сепсисом, вкорочує строк їх перебування у стаціонарі та створює задовільні умови для планового радикального лікування жовчокам'яної хвороби.

Література

1. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. (2009) Руководство по хирургии желчных путей. (Москва). Издательский дом "Видар". 568 с.
2. Гельфанд Б.Р., Руднов В.А., Проценко Д.Н., Гельфанд Е.Б., Звягин А.А., Ярошенко А.И. (2004) Сепсис: определение, диагностическая концепция, патогенез и интенсивная терапия. Инфекция и антимикробная терапия. 2: 46-60.
3. Саенко В.Ф., Десятерик В.И., Перцева Т.А., Шаповалюк В.В. (2005) Сепсис и полиорганная недостаточность. (Кривой Рог). Издательство "Минерал". 466 с.
4. Bormann P.C. et al. (2003) Management of cholangitis. Hepatobiliary Pancreat Surg. 10: 406-414
5. Classen M., Demling L. (1974) Endoscopic sphincterotomy der papilla vateri und steinextraction aus dem ductus choledochus. Dtsch. Med. Wochenschr. 99: 497
6. Border J.R. (1988) Sepsis, multiple organ failure and the macrophage. Arch. Surg. 123: 3: 285

РЕТРОГРАДНЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ЖЕЛЧНЫХ ПУТЯХ

Тамм Т.И., Крамаренко К.А., Захарчук А.П., Борисенко В.Б., Мамонтов И.Н., Непомнящий В.В., Чефранов А.В., Аббуд Хамаи

Кафедра хирургии и проктологии, Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Введение

Ретроградные эндоскопические вмешательства (РЭВ) на большом дуоденальном соске (БДС) и желчных протоках в настоящее время представляют комплекс диагностических (дуоденоскопия с ЭРХПГ) и лечебных (эндоскопическая папилосфинктеротомия (ЭПСТ) и др. манипуляции) манипуляций, спектр которых очень широк. Диагностическая ценность и лечебный эффект таких вмешательств являются достаточно высокими. В 90-97% в ходе РЭВ удаётся установить точный диагноз. Хороший лечебный эффект в лечении непроходимости желчных протоков после РЭВ наступает у 69-95% пациентов. Осложнения после РЭВ возникают в 2,8-7,5% случаев [1-3]. В клинике кафедры хирургии и проктологии ХМАПО РЭВ выполняются с 1990 года и накоплен достаточный опыт по их применению. Целью нашей работы является ретроспективный анализ результатов таких вмешательств за последние 15 лет.

Материалы и методы

Проанализированы отдаленные результаты выполненных РЭВ у 1109 больных, среди которых мужчин было 368 (33,2%), женщин — 741 (66,8%); возраст больных составил от 18 до 92 лет. Для обзора БДС и выполнения РЭВ применяли дуоденоскопы JF-B4, JF-IT20, TJF-30 Olympus, ангиограф TUR DE 16, электрохирургический блок UES Olympus. Контроль состояния внепечёночных желчных путей и ПЖ выполняли с помощью эхокамера Aloka, Simens, Радмир, конвексным датчиком с частотой 3,5 Гц. Биохимический и клинический анализы крови выполняли унифицированными методиками.

Результаты и обсуждение

Наиболее частым показанием к РЭВ являлись холедохолитиаз, который обнаружен у 725 (65,4%) больных и стеноз БДС, выявленный у 218 (19,6%) пациентов. Другая патология в виде опухоли желчных протоков и головки поджелудочной железы, синдрома Мирizzi, деформации БДС в парапапиллярном дивертикуле, хронического и острого панкреатита, дискинезии желчных путей, желчеистечения в брюшную полость после оперативных вмешательств и др., явилась показанием к ЭПСТ суммарно в 15% случаев, что представлено в таблице 1.

Основными показаниями к выполнению РЭВ в своей работе мы считали: клинику механической желтухи и холангита (гипербилирубинемия, гиперфосфатемия по лабораторным данным); расширение желчных протоков более 8 мм в области гепатикохоледоха по данным УЗИ; перенесенные приступы холангита и механической желтухи в анамнезе.

Второстепенными показаниями являлись: расширение панкреатических протоков по данным УЗИ; симптом "аэробилии" по данным УЗИ; желчный свищ.

К противопоказаниями к РЭВ мы относили: перенесенная ранее резекция желудка по Бильрот-2; стенозы верхних отделов ЖКТ.

Острый панкреатит мы не относили к абсолютным противопоказаниям к РЭВ. Более того, в тех случаях, когда при панкреатите по данным УЗИ выявлялась дилатация желчных протоков, признаки холедохолитиаза, мы обязательно выполняли РЭВ.

С накоплением опыта, нами был разработан алгоритм выполнения РЭВ, представленный в таблице 2. В данной схеме указана последовательность действий эндоскописта в зависимости от визуальных изменений БДС, успешности выполнения канюляции желчных путей и ЭРХПГ, полученных рентгенологических данных.

При выраженных воспалительных изменениях БДС (указаны в схеме), когда нет сомнений наличии препятствия в дистальном отделе или холангите, мы предлагаем сразу переходить к папиллотомии, а ЭРХПГ выполнять позже, по ходу лечебного вмешательства.

Такой подход, на наш взгляд, сокращает время процедуры, позволяет выполнить более качественные холангиографии, препятствует распространению гнойной желчи из дистальных отделов желчных путей во внутривисцеральные протоки. При неизменной или малоизменённой папилле первоочередное выполнение ЭРХПГ мы считаем обязательным, а дальнейшую лечебную тактику необходимо строить на основании полученных рентгенологических данных. Выполнить ЭРХПГ стандартным способом удаётся не всегда, по нашим данным — в 89%. У 11% пациентов мы прибегали к выполнению диагностической ЭПСТ, целью которой являлось небольшое надсечение устья и ампулы БДС, обнажение устья холедоха для качественной его канюляции и холангиографии. Такую ЭПСТ мы выполняли с большой осторожностью в режиме режущего тока, длина разреза была 4-8 мм.

Таким образом, РЭВ является комплексом диагностических и лечебных вмешательств на БДС, последовательность и очерёдность которых может быть разной.

Среди показаний к ЭПСТ мы выделяли основные (холедохолитиаз, стенозирующий папиллит, гнойный холангит) и относительные (стенозы желчных путей, синдром Мирizzi, желчный свищ, хронический панкреатит головки поджелудочной железы, опухолевые стенозы желчных путей, рак БДС и другие). По своей лечебной эффективности лечебные вмешательства были нами разделены на лечебные (при холедохолитиазе, стенозе БДС, холангите), палиативные (при стенозах желчных протоков, синдроме Мирizzi, крупных неудаляемых камнях холедоха, желчных свищах, раке БДС). Отдельно выделена диагностическая ЭПСТ.

Таблица 2. Алгоритм выполнения РЭВ

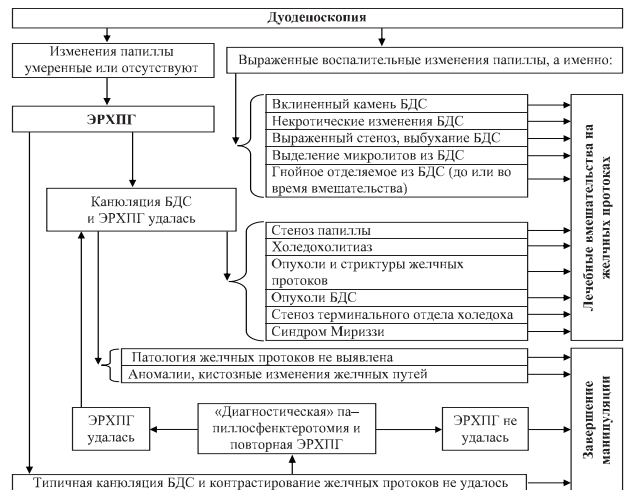


Таблица 1.

Выявленная патология	Количество больных
Холедохолитиаз	725 (65,4%)
Стеноз БДС	218 (19,6%)
Опухоли желчных протоков и головки поджелудочной железы	63 (5,6%)
Опухоли БДС	38 (3,4%)
Хронический и острый панкреатит	28 (2,6%)
Синдром Мирizzi	17 (1,6%)
Другая патология	20 (1,8%)
Всего	1109 (100%)

Таблица 3.

Вид вмешательства	Количество вмешательств	%
ЭПСТ	390	35
ЭПСТ+экстракция камней холедоха	179	16
ЭПСТ+экстракция камней холедоха+НБД	143	13
ЭПСТ+НБД	365	33
ЭПСТ+НБД+протезирование желчного протока	32	3
Общее число наблюдений	1109	100