

УДК 616.361-002.1-07+616.361-002.1-08

© В.В. ХАЦКО, О.Д. ШАТАЛОВ, О.М. ДУДІН, Ф.А. ГРЕДЖЕВ, О.Є. КУЗЬМЕНКО, В.О. ЄПІФАНЦЕВ, Н.К. БАЗІЯН

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Комплексне лікування гострого холангіту, зумовленого холедохолітіазом

V.V. KHATSKO, O.D. SHATALOV, O.M. DUDIN, F.A. HREDZHEV, O.YE. KUZMENKO, V.O. YEPIFANTSEV, N.K. BAZIYAN

Donetsk National Medical University by M. Horkyi

COMPLEX TREATMENT OF AN ACUTE CHOLANGITIS, CAUSED BY A CHOLEDOCHOLITHIASIS

Метою дослідження стало поліпшення результатів лікування гострого холангіту, зумовленого холедохолітіазом, за допомогою удосконалення його діагностики, терапії і прогнозування. Проаналізовано результати діагностики і хірургічного лікування у 152 хворих на гострий холангіт. Жінок було 90, чоловіків – 62, вік хворих – 32–80 років. Діагноз встановлювали на підставі клінічних, інструментальних (УЗД, ФГДС, ЕРХПГ, черезшкірна черезпечінкова холангіографія, інтраопераційна холангіографія, фіброхолангіоскопія), біохімічних досліджень крові, бактеріологічних аналізів жовчі. Запропоновано оптимальні принципи перед- і післяопераційного лікування: нові розроблені способи лікування (6 патентів України). При радикальному оперативному лікуванні застосовували три способи: ендоскопічний, хірургічний і комбінований. У результаті удосконаленого лікування післяопераційна летальність знизилася з 27,3 до 4,3 %.

The purpose of the research became improvement of diagnostics and treatment as an prophylaxis of acute cholangitis, caused by a choledocholithiasis. The results of diagnostics and surgical treatment of 152 patients with acute biliary cholangitis at a choledocholithiasis were researched. There were 90 women, and 62 men – in the age of 32–80 years. The diagnosis was put on the establishment clinical, tool (ultrasound investigation, fibrogastroduodenoscopy, endoscopic retrogradic cholangiopancreatography, a transhepatic cholangiography, interoperation cholangiography, fibrochololangioscopy), biochemical analyses blood, bacteriological analysis of bile. The optimal principles of pre- and postoperative treatment new methods of treatment of an acute cholangitis (6 patents of Ukraine) are offered. At radical operative treatment three methods were applied: endoscopic, surgical and combined. As a result of the advanced treatment the postoperative lethality was decreased from 27,3 to 4,3 %.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Причиною гострого холангіту найчастіше (у 5,2–47,8 % спостережень) є холедохолітіаз, який ускладнюється у термінальному періоді біліарним сепсисом із множинними перихолангітичними абсцесами печінки. Поліорганна недостатність зумовлює високу летальність – 7,1–60,8 % [3, 2, 1, 4]. Накопичення бактерій та ендотоксинів призводить до феномену транслокації із збільшенням ендотоксемії, що викликає каскад реакцій із гемодинамічними, імунними, волемічними і коагулопатичними порушеннями [3, 4, 1, 6]. Ускладнений холедохолітіаз (ХДЛ) дотепер залишається досить складною і далеко не вирішеною діагностично-лікувальною проблемою. Дискусійними залишаються питання ендоскопічного лікування, методи санації жовчних проток, сорбційного лікування, схем антибіотикотерапії.

Мета роботи: поліпшення результатів лікування гострого холангіту, зумовленого холедохолітіазом, за допомогою удосконалення його діагностики, терапії і прогнозування.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати лікування 896 хворих на холедохолітіаз (ХДЛ). У 152 (17,0 %) випадках після комплексного обстеження виявлено гострий калькульозний холангіт, із них у 80 – гострий біліарний сепсис (ГБС). Серед пацієнтів були 90 жінок і 62 чоловіки віком від 32 до 80 років. Тривалість основного захворювання (жовчнокам'яної хвороби) становила $(5,6 \pm 1,3)$ року.

Верифікація діагнозу гострого холангіту здійснювалась на основі клінічної картини, даних УЗД органів гепатопанкреатобіліарної зони, ехоінтенсивності жовчі та стінки жовчовивідних проток (сонографічні гістограми), візуально встановленого виділення мутної жовчі з жовчних шляхів при дуоденоскопії та ендоскопічній ретроградній холангіопанкреатографії (ЕРХПГ), черезшкірної черезпечінкової холангіографії (ЧШЧП), бактеріологічного дослідження жовчі, візуальної картини та даних біопсії слизової жовчовивідних шляхів при інтраопераційній фіброхолангіоскопії, даних комп'ютерної (КТ) або магнітно-резонансної томографії (МРТ),

змін в аналізах крові, які вказували на наявність запального процесу та порушення функції печінки. Контрольну групу склали 20 здорових донорів.

Статистичну обробку отриманих результатів дослідження проводили на персональному комп'ютері з використанням програм "Statistica 5.1 for Windows".

На час госпіталізації загальний стан 106 (69,7 %) пацієнтів був середньої тяжкості, 46 (30,3 %) – тяжким. Клінічна картина виглядала таким чином: біль у правому підребер'ї – у 137 (90,3 %) пацієнтів, жовтяниця – у 96 (63,4 %), лихоманка у 86 (56,6 %) хворих, загальмованість – у 57 (37,7 %), артеріальна гіпотензія – у 20 (13,2 %) пацієнтів. Прояви гострого холангіту з тріадою Шарко діагностували в 82 (54,2 %) випадках, а пентадою Рейнгольда – у 35 (23,1 %) хворих.

Порушення прохідності гепатикохоледоха було зумовлено великими конкрементами, які не піддалися ендоскопічній холедохолітоекстракції у 55 (36,5 %) пацієнтів, поєднанням холедохолітіазу зі стенозом великого дуоденального сосочка у 73 (48,1 %) хворих, поєднанням холедохолітіазу з хронічним панкреатитом – у 24 (15,4 %) пацієнтів. У 86 хворих після ендоскопічної катетеризації гепатикохоледоха отримали гнійний вміст, сладж, фібрин.

Сучасні методи променевої візуалізації (УЗД, КТ, МРТ, МРХПГ) дозволили неінвазивно діагностувати складну патологію жовчних шляхів, що допомогло швидко та ефективно провести відповідні лікувальні заходи.

Під час бактеріологічного дослідження вмісту жовчних проток визначено кишкову паличку у 55 (36,2 %) осіб, неклостридіальні анаероби – у 21 (13,9 %) хворого, ентерокок – у 12 (8,2 %), паличку синьо-зеленого гною – у 8 (5,6 %) хворих, асоціації мікроорганізмів визначено у 86 (56,3 %) пацієнтів. За нашими даними, інфікування жовчі призводить до збільшення частоти розвитку біліарного сепсису і нагноєння ран.

У хворих на біліарний сепсис проводили консервативну терапію, етапну попередню декомпресію жовчних проток і хірургічне втручання. Консервативне лікування дозволило ліквідувати запальні прояви гострого холангіту у 41,2 % пацієнтів. Попередню декомпресію біліарної системи малоінвазивними методами (ендоскопічна ретроградна папілосфінктеротомія, черезшкірна, черезпечінкова холангіостомія) виконано при високому ризику операції у 103 пацієнтів. Назобіліарне дренивання у 62 пацієнтів сприяло ліквідації жовчного блоку, перешкоджало вклиненню конкремента в ампулу великого дуоденального сосочка.

В ургентному порядку прооперовано 11 хворих на гострий холангіт. Термінові (протягом 24–72 год

після госпіталізації) операції здійснено у 38 пацієнтів при неефективності консервативної терапії або неможливості інструментальної декомпресії жовчних проток). При радикальному оперативному лікуванні застосували три способи: ендоскопічний, хірургічний та комбінований. Операціями вибору при абсцесах печінки були: черезшкірна або лапароскопічна пункція (або під контролем УЗД) із зовнішнім дрениванням.

Важливими елементами оптимального лікування гострого холангіту і біліарного сепсису стали: проточно-промивне дренивання внутрішньо- і позапечінкових проток із щоденним введенням через дренажі розчинів антибіотиків, метрогілу, 0,01 % хлоргексидину біглюконату, 0,5 % діоксидину; раціональна антибактерійна терапія до і після операції; інтенсивна інфузійна терапія (2–2,5 л на добу); активні методи детоксикації (лімфо- і гемосорбція, дискретний і мембранний плазмаферез та ін.); імюнокорекція (Г-активін, ендолімфатичне введення тималіну та ін.); внутрішньочеревний електрофорез лікарських препаратів; регіонарна, загальна та поєднана лазеротерапія; профілактика печінкової недостатності антиоксидантами (вітамін Е, мефоксин, цефокситин натрію, MSD, гепатопротектори); симптоматичні засоби (вітаміни групи В, С, АТФ, кокарбоксілаза, еуфілін тощо).

Показаннями до профілактичної антибактерійної терапії є наявність факторів ризику розвитку гострого холангіту і гнійних ускладнень, їх поєднання, а також операції з розкриттям просвіту жовчних проток, дванадцятипалої та тонкої кишок. Пріоритетною є антибіотикотерапія одним із препаратів широкого спектра дії.

У клініці розроблено і впроваджено 6 винаходів, які значно поліпшили результати лікування:

1. Спосіб лікування гострого холангіту (патент UA № 56849A від 15.06.2003 р.).
2. Катетер (декларційний патент UA № 60799A від 15.10.2003 р.).
3. Спосіб профілактики холангіту при накладенні білідигестивного анастомозу (декларційний патент UA № 68123A від 15.07.2004 р.).
4. Дренаж для жовчних проток (декларційний патент UA № 71226A від 15.11.2004 р.).
5. Пристрій для катетеризації пупкової вени (декларційний патент UA № 71757A від 15.12.2004 р.).
6. Спосіб лікування гострого обтураційного холангіту (позитивне рішення на заявку № 20710979 від 12.11.2007 р.).

Використання комплексної терапії призводило до ліквідації клінічних ознак гострого холангіту і біліарного сепсису, нормалізації лабораторних показників (білірубину, лужної фосфатази, АСТ, АЛТ,

малонового діальдегіду, показників імунореактивності організму), зниження рівня бактерійного забруднення жовчі (нижче 10^5 мікробних тіл у 1 мл), зворотного розвитку рентгенологічних ознак гострого холангіту (стертість, розмитість та узурація жовчних проток), нормалізації фіброхоледоскопічної картини. Після операції померли 5 пацієнтів (4,3 %) з тяжкою печінково-нирковою недостатністю на фоні холангіогенних абсцесів печінки та сепсису. До 1990 року післяопераційна летальність становила 27,3 %.

Висновки. 1. Гострий холангіт калькульозного генезу вимагає своєчасної діагностики та термінового, оптимального за обсягом, оперативного втручання на фоні інтенсивної терапії.

2. Застосування сучасних високоінформативних неінвазивних діагностичних методів дослідження (УЗД, СКТ, МРТ, МРХПГ) дозволяє підвищити діагностичну ефективність при ускладненому ХДЛ до 97,8 %. Інвазивні діагностичні втручання (ЕРХПГ, черезшкірна черезпечінкова холангіографія) повинні застосовуватися у тих випадках, коли ця маніпуляція є першим або заключним етапом оперативного лікування.

3. Своєчасна діагностика токсико-септичного біліярного синдрому та адекватна декомпресія

жовчних шляхів забезпечує профілактику розвитку органної та поліорганної дисфункції.

4. У 60,5 % випадків малоінвазивні хірургічні втручання є радикальними і високоефективними, дозволяють ліквідувати причину обтураційної жовтяниці та холангіту при низькій кількості ускладнень та незначних термінах перебування в стаціонарі. Назобіліарне дренивання є методом профілактики кровотеч при наступній ЕПСТ, дозволяє проводити регіонарну терапію холангіту та динамічний контроль мікрофлори жовчі.

5. Умовно радикальні малоінвазивні втручання (25,5 %) не дозволяють ліквідувати причину жовтяниці та холангіту, але дають змогу якісно підготувати хворих до радикального хірургічного лікування при значному зменшенні кількості ускладнень та зниженні рівня летальності.

6. За нашими даними, комплексне консервативне і малоінвазивне хірургічне лікування, за допомогою 6 розроблених винаходів, сприяє більш швидкій локалізації запального процесу, дозволяє покращити ефективність лікування.

Перспективи подальших досліджень. У перспективі доцільно досліджувати у динаміці стан бактеріохолії, гістологічну структуру стінок жовчних проток, раціональні схеми антибіотикотерапії.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Годлевський А.І. Лікування холангіту та його ускладнень у хворих з обтураційною жовтяницею непухлинного генезу / А.І. Годлевський, С.І. Саволук, Б.В. Трохіменко // Клін. хірургія. – 2007. – № 2–3. – С. 68.
2. Дронов О.І. Етапність застосування міні-інвазивних втручань в лікуванні хворих з холедохолітазом, ускладненим холангітом / О.І. Дронов, М.М. Стець, І.Л. Насташенко // Вісник Укр. мед. стомат. академії “Актуальні проблеми сучасної медицини”. – Полтава, 2006. – Т. 6, вип. 1–2. – С. 49–51.
3. Колкін Я.Г. Сучасні тенденції лікування обтураційної жовтяниці і холангіту жовчнокам’яного генезу / Я.Г. Колкін, В.В. Хацко, О.М. Дудін // Вестник неотл. и восстанов. медицины. – 2007. – Т. 8, № 3. – С. 338–340.
4. Мамчич В.И. Особенности антибиотикотерапии в комплексном лечении острого гнойного холангита и холангиогенного сепсиса / В.И. Мамчич, М.Д. Накашидзе, И.В. Шинкаренко // Матер. XXII з’їзду хірургів України. – Вінниця, 2010. – Т. 2. – С. 29.
5. Ничитайло М.Ю. Ендоскопічні транспапілярні втручання у хворих на гострий холангіт, спричинений холедохолітазом / М.Ю. Ничитайло, П.В. Огородник, А.В. Скумс // Клін. хірургія. – 2007. – № 2–3. – С. 78.
6. Старосек В.Н. Отведение желчи при остром холангите / В.Н. Старосек, А.Е. Гринческу, А.К. Влахов [и др.] // Матер. XXII з’їзду хірургів України. – Вінниця, 2010. – Т. 2. – С. 162–163.

Отримано 16.08.10