

Невідкладна міні-холецистектомія із зовнішнім дрениванням холедоха у профілактиці тяжкого біліарного сепсису

O. V. KAPSHYTAR

Zaporizhian State Medical University

EMERGENT MINI-CHOLECYSTECTOMY WITH EXTERNAL DRAINAGE OF CHOLEDOCHUS AS PREVENTION OF HEAVY BILIARY SEPSIS

Із 571 хворого на гострий холецистит, яким виконано міні-холецистектомію з правостороннього вертикального трансректального міні-лапаротомного операційного доступу, в 30 (5,3 %) пацієнтів із патологією гепатикохоледоха, ускладненого механічною жовтяницею, після її корекції виконано зовнішнє дренивання холедоха. Перебіг жовтяниці склав 3–14 днів. Лейкоцитарний індекс інтоксикації коливався в межах 3,5–7,5 од, SIRS не перевищив 1,5, SOFA – ≥ 4 . Із жовчі мікрофлору висіяно у 86,7 % хворих, із крові – у 6,7 % пацієнтів. Після міні-холецистектомії холедох дреновано за Холстедом у 27 (90 %) пацієнтів та за Вишневським – у 3 (10 %). Після системної та локальної терапії на 14–16 добу виконано фістулохолангіографію, резидуальний холедохолітіаз встановлено у 3 (10 %) хворих. Виконано ендоскопічну папілосфінктеротомію (літоекстракцію – 2 пацієнтам, не вдалось провести одному хворому через конкремент діаметром 1,5 см). Релaparотомія знадобилась у 2 (6,6 %) пацієнтів. Із них в одній (50 %) хворій її проведено після невдалої спроби літоекстракції та в одній (50 %) – після розвитку алкогольного делірію та самовільного видалення із холедоха дренажу за Холстедом. Виконано холедохолітотомію (1) та повторне дренивання холедоха за Холстедом. Таким чином, завдяки короткочасній передопераційній підготовці, міні-холецистектомії із зовнішнім дрениванням холедоха в ранні терміни після госпіталізації, системній консервативній та локальній терапії вдалось уникнути тяжкого біліарного сепсису.

External drainage of choledochus was performed – 30 (5.3 %) patients with pathology of choledochus, complicated with obstructive jaundice, after correction of the obstructive jaundice, of 571 patients with acute cholecystitis, whom underwent – cholecystectomy from vertical transrectal mini-laparotomical right-surgical approach. The course of jaundice was 3–14 days. Leukocyte intoxication index ranged from 3.5–7.5., SIRS not exceed 1.5, SOFA – ≥ 4 . Microflora cultured from bile in 86.7 % of patients, from blood – 6.7 % of patients. Choledochus was drained by Cholsted in 27 (90 %) patients and by Vishnevsky – in 3 (10 %) patients after mini-cholecystectomy. Fistulocholangiography made for 14-16 days after systemic and local therapy, residual choledocholithiasis mounted in 3 (10 %) patients. Endoscopic papillosphincterotomy was made in 2 patients, litoextraction was failed in 1 patient due to concrement with diameter of 1.5 cm). Relaparotomy required in 2 (6.6 %) patients. In one patient (50 %) among them, it was held after litoextraction and in 1 (50 %) – after alcoholic delirium and unauthorized removal of choledochus drainage by Kholsted. Thus, due to short-term preoperative preparation, mini-cholecystectomy with external drainage of choledochus early after hospitalization, systemic and local conservative treatment could avoid heavy biliary sepsis.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Незважаючи на впровадження численних розробок, тяжкий біліарний сепсис (ТБС) протягом всієї історії розвитку хірургії залишається невіршеною проблемою [1, 3, 5, 6, 7, 10]. Актуальність ТБС зумовлена збільшенням числа хворих із захворюванням гепатопанкреатобіліарної зони, що ускладнилось механічною жовтяницею, яка у 67–70 % пацієнтів перебігає з гострим холангітом [2, 4, 9]. Найчастішою причиною холангіту є холедохолітіаз

(8–42 %), а за наявності ускладнення його сепсисом післяопераційна летальність коливається від 13 до 60 % [8]. Серед хворих на гнійний холангіт до 20 % страждають від БС, який у 90–100 % випадків призводить до летального наслідку. Виходячи з вищенаведеного, системна профілактика ТБС займає особливе та першочергове місце для поліпшення результатів лікування в хірургії гострого холециститу, що ускладнився механічною жовтяницею.

Мета роботи: вивчити результати використання невідкладної міні-холецистектомії із зо-

внішнім дрениванням холедоха у комплексі профілактичних заходів щодо запобігання тяжкому біліарному сепсису.

Матеріали і методи. У хірургічному відділенні КП "Міська клінічна лікарня № 2" м. Запоріжжя, що є клінічною базою кафедри загальної хірургії ЗДМУ, з 2001 до 2015 року у 571 пацієнта з гострим холециститом (ГХ) виконано міні-холецистектомію (МХЕ) з правостороннього вертикального трансректального міні-лапаротомного операційного доступу.

Із усіх хворих у 30 (5,3 %) виконано зовнішнє дренивання холедоха, що було елементом профілактики ТБС. Чоловіків було 3 (10 %), жінок – 27 (90 %) у віці від 30 до 76 років. До операції перебіг механічної жовтяниці, що ускладнила перебіг ГХ, склав від 3 до 14 діб. Під час госпіталізації до клініки проведено клініко-лабораторне обстеження, оглядову рентгенографію грудної та черевної порожнин, УЗД, КТ, ФЕГДС, лапароскопію. Вивчені ЛПІ Кальф-Каліфа, ознаки синдрому системної запальної відповіді (SIRS), ступінь органної дисфункції за шкалою SOFA, результати бактеріальних засівів крові та жовчі. Консервативна терапія виявилась неефективною, у зв'язку з чим у 28 (93,3 %) пацієнтів показанням до операції був ГХ та у 2 (6,7 %) – холецистопанкреатит. З них лише у 3 (10 %) хворих до операції встановлено етіологію механічної жовтяниці – холедохолітаз. Протягом 6 год після госпіталізації оперовано 1 (3,3 %) пацієнта, 6–24 год – 8 (26,7 %), 1–2 діб – 16 (53,3 %), 3 діб – 2 (6,7 %) та 5–6 діб – 3 (10 %).

Результати досліджень та їх обговорення. При ГХ, ускладненому механічною жовтяницею, ЛПІ склав 3,5–7,5 од., SIRS не перевищив 1,5, SOFA – ≥ 4 . З жовчі мікрофлору висіяно у 86,7 % хворих (епідермальний стафілокок, кишкова паличка, протей, ентерококи). Бактеріємію виявлено у 6,7 % пацієнтів.

У процесі операції діагностовано різні форми ГХ. Із них катаральну форму ГХ виявлено у 9 (30 %) хворих, флегмонозну – у 16 (53,3 %) та гангренозну форму – у 5 (16,7%). Серед локальних ускладнень у 5 (16,7 %) пацієнтів мав місце навколومیуровий інфільтрат та абсцес – у 2 (6,7 %), перфорація жовчного міхура – у 2 (6,7 %). Причиною порушення пасажу жовчі в дванадцятипалу кишку в 10 (33,3 %) хворих був гострий гнійний холангіт із дилатацією холедоха, у 8 (26,7 %) – холедохолітаз, у 6 (20 %) – синдром Міріззі зі здавленням холедоха та в 1 (3,3 %) – подовжена стрик-

тура холедоха. Рідкісною причиною механічної жовтяниці у 2 (6,7 %) пацієнтів був навколومیуровий інфільтрат із медіальним розташуванням жовчного міхура, у 2 (6,7 %) – стерильний панкреонекроз та в 1 (3,3 %) – папіліт.

Всім хворим виконано МХЕ від шийки. У 6 (20 %) пацієнтів із синдромом Міріззі холедох дреновано за Холстедом. В інших 24 (80 %) хворих здійснено подовжню супрадуоденальну холедохотомію з ревізією позапечінкових жовчних шляхів. Із холедоха видалено конкременти та гнійну жовч, гепатикохоледох промитий антисептиками з антибіотиками, після чого зовнішнє дренивання холедоха за Холстедом виконано у 21 (87,5 %) пацієнта та за Вишневським – у 3 (12,5 %). І лише в 1 (3,3 %) хворого у зв'язку з подовженою стриктурою холедоха накладено холедоходуоденоанастомоз за Юрашем-Виноградим.

У післяопераційному періоді продовжували проводити системну антибактеріальну терапію фторхінолонами, метронідазолом, діоксидином, інфузійну терапію, форсований діурез, плазмаферез, знову призначали кровозамінники, реамберин, гепатопротектори, десенсибілізуючі, нестероїдні протизапальні препарати та ін. Щоденно по дренажу промивали гепатикохоледох антисептиками з антибіотиками.

Після операції на 14–16-ту добу в усіх 30 пацієнтів виконали фістулохолангіографію. Патологічні зміни виключено у 27 (90 %) хворих. Резидуальний холедохолітаз діагностовано у 3 (10 %) пацієнтів, з яких у 2 (66,7 %) виконано ендоскопічну папілосфінктеротомію з літоекстракцією та в 1 (33,3 %) хворого остання не вдалася.

Релапаротомія знадобилась у 2 (6,6 %) пацієнтів. Із них в 1 (50 %) хворого після самовільного видалення дренажа з холедоха та у 1 (50 %) – після ендоскопічної папілосфінктеротомії з невдалою спробою літоекстракції завдяки великому діаметру конкремента. Всі видужали.

Висновки. Впровадження невідкладної міні-холецистектомії з корекцією патології гепатикохоледоха та зовнішнім дрениванням холедоха в ранні терміни у хворих на гострий холецистит, що ускладнився механічною жовтяницею, разом з багатокомпонентною системною терапією дозволило попередити розвиток тяжкого біліарного сепсису.

Перспективи подальших досліджень. Додаткове накопичення та аналіз клінічного матеріалу, впровадження щоденного ендохоледохеального опромінювання лазером.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Багненко С. Ф. Современные подходы к этиологии, патогенезу и лечению холангита и билиарного сепсиса / С. Ф. Багненко, С. А. Шляпников, А. Ю. Корольков // Бюллетень сибирской медицины. – 2007. – № 3. – С. 27–32.
2. Борисенко В. Б. Билиарный сепсис: критерии постановки диагноза / В. Б. Борисенко // Шпитальна хірургія. – 2013. – № 3. – С. 116.
3. Капшитарь А. В. Холецистэктомия из мини-доступа у больных острым холециститом, осложнённым механической желтухой / А. В. Капшитарь // Актуальные проблемы хирургической гепатологии : материалы XX Международного конгресса Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ, 18–20 сент. 2013 г., г. Донецк. – Донецк : Издатель А. Ю. Заславский. – 2013. – С. 104–105.
4. Кондратенко П. Г. Комплексное лечение обтурационной желтухи и гнойного холангита при желчнокаменной болезни / П. Г. Кондратенко, А. А. Стукалло // Клінічна хірургія. – 2007. – № 2–3. – С. 73.
5. Корольков А. Ю. Острый холангит и билиарный сепсис (патогенез, диагностика, профилактика и лечение) : автореф. дис. на соискание учёной степени доктора мед. наук : спец. 14.00.27 “Хирургия” / А. Ю. Корольков ; Гос. общеобразовательное учреждение дополнительного профессионального образования Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию. – Санкт-Петербург, 2009. – 28 с.
6. Криворучко І. А. Діагностика та лікування хворих на абдомінальний сепсис / І. А. Криворучко, М. С. Повеліченко, Ю. А. Іванова // Галицький лікарський вісник. – 2012. – Т. 19, № 3. – С. 73–75.
7. Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков / М. Е. Ничитайло, В. В. Грубник, А. Л. Ковальчук [и др.]. – К. : Здоров'я, 2005. – С. 54–57.
8. Острый холангит и билиарный сепсис / В. В. Хацко, А. Д. Шаталов, В. Н. Войтюк [и др.] // Український журнал хірургії. – 2013. – № 2. – С. 152–156.
9. Профилактика развития билиарного сепсиса / Ф. И. Махмадов, К. М. Курбонов, Н. М. Даминова [и др.] ; XI съезд хирургов России [Электронный ресурс]. – Режим доступа : www.Laparoscopy.ru.EndoХирургия. XI съезд хирургов России.
10. Ярешко В. Г. Хирургическая тактика при осложнённой желчнокаменной болезни / В. Г. Ярешко, Ю. А. Михеев, Н. С. Перегуда // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения : труды КГМУ им. С. И. Георгиевского. – Симферополь, 2008. – Т. 144, ч. 1. – С. 285–287.

Отримано 28.12.15