

УДК:616.361-002-036.11-007.272-089

ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО ХОЛАНГИТА

В.Н. Гаркавенко

Луганский государственный медицинский университет

Реферат. Наблюдалось 77 больных со стриктурой большого сосочка 12 перстной кишки, интрамуральной части общего желчного протока, холедохолитиазом, механической желтухой, направленными из других лечебных учреждений (38,9% из них ранее были оперированы). В клинике все больные были оперированы. У 35,1% (1-я группа) вмешательства на сосочке выполнялись эндоскопические вмешательства. У 35,1% (2-я группа) эндоскопические вмешательства выполнены с целью проведения назобилиарного дренирования для санации и декомпрессии протоков, затем - вторым этапом выполняли холедоходуоденостомию открытым способом. У 29,8% (3-я группа) выполнить эндоскопические вмешательства не представлялось возможным в связи анатомическими и патологическими изменениями в сосочке, поэтому операции выполняли открытым способом. При холецистолитиазе, на 7-9 сутки после вмешательства на сосочке, выполняли лапароскопическую холецистэктомию. Хорошие отдаленные результаты наблюдались у 66,2%, удовлетворительные (при наличии сопутствующего хронического панкреатита), у 32,5%. Неудовлетворительный результат, - ретенноз канала большого дуоденального сосочка, имел место у 1-го больного (1,3%).

Ключевые слова: острый холангит, механическая желтуха, холедохолитиаз, папиллосфинктеротомия, назобилиарное дренирование.

Основным этапом хирургического лечения острого обструктивного холангита является декомпрессия и санация желчных путей. Оптимальным способом вмешательства, обеспечивающим радикальную декомпрессию и санацию желчных путей является эндоскопическая папиллотомия, с последующей дилатацией, литотрипсией, литоэкстракцией и назобилиарным дренированием (НБД) [1,2,3,4,5]. Однако в связи с наличием анатомических вариантов и значительных морфологических изменений в области большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) у значительного количества больных, выполнение эндоскопических вмешательств затруднено. Частота осложненного течения доброкачественных стриктур БСДК в сочетании с механической желтухой наблюдается от 10 до 85% [1,2,4,6]. Осложнения и летальность при рутинном хирургическом лечении больных острым холангитом составляют соответственно от 8 до 25% и от 4 – до 15% [3,4,6,7]. Осложнения эндоскопической папиллосфинктеротомии составляет 8-15%, летальность 1-3% [2,4,8,9]. Ряд авторов с целью расширения возможностей при-

менения эндоскопических вмешательств, проводили его в два – три этапа, что позволило улучшить ближайшие и отдаленные результаты эндоскопических вмешательств [4,5,6,7].

Дальнейшее совершенствование этого метода представляется перспективным и весьма актуальным.

Материал и методы

Наблюдали 77 больных, поступивших в клинику из других лечебных учреждений с диагнозом острого холангита (ОХ), механической желтухи (МЖ), 38,9% из них, были ранее оперированы в объеме холецистэктомии и дренирования желчного протока без ревизии желчных путей. Давность острого холангита составляла до 7 суток у 19,5%, до 2-х недель у 45,4%, и у 35,1% более 2-х недель.

Результаты и обсуждение

У 18,5% больных этих групп ЭРХПГ оказалась возможной только после частичной (атипичной) папиллосфинктеротомии, в связи с патологическими изменениями в сосочке. В зависимости от изменений в сосочке и особенностей конкрементов, - больные были разделены на 3 группы. У больных первой группы (35,1%) объем вмешательства, НБД и удаление конкрементов возможно было провести эндоскопически. У больных второй группы (35,1%) эндоскопическое вмешательство было выполнено как первый этап, с целью ликвидации холангита и механической желтухи. Вторым этапом, в связи с невозможностью убрать или раздробить конкременты выполнялась открытая холедоходуоденостомия. НБД эндоскопически проводился в обход конкремента до бифуркации общего печеночного протока.

В третьей группе (29,8% больных), при проведении ЭФГДС, УЗИ и КТ обнаружены органические изменения, затрудняющие проведение эндоскопического вмешательства – наличие БСДК в дне парафатерального дивертикула, хронического индуративного панкреатита, фиброза БСДК, протяженной (>3см) стриктуры общего желчного протока, крупных вклиненных (более 2см) конкрементов. Больные этой группы были оперированы открытым способом без предварительного эндобилиарного обследования.

У всех больных (1-й и 2-й группы) с НБД в

процессе лечения проводилось контрольное изучение изменений в желчи (лейкоциты, микробная обсемененность, иммуноглобулины IgM, IgG), морфологических изменений в печени, функционального состояния гепатоцитов (АлАТ, АсАТ, ЩФ, протеинограмма, билирубина в сыворотке крови).

Степень тяжести ОХ определяли по Савельеву В.С. ОХ тяжелой степени имел место у 19,5% больных, средней тяжести у 38,9%, легкая форма была у 41,6%. Механическая желтуха легкой степени была у 55,8% больного, средней степени у 18,1%, тяжелой у 25,9%.

Продолжительность НБД и санации желчных путей определялась в сроки (от 3 до 10 суток), в зависимости от интенсивности воспалительных изменений в желчи. Санация протоков проводилась ежедневно раствором 0,01% хлоргексидина биглюконата в объеме 50-80 мл путем лаважа под давлением 120-150 мм. в.д. ст., с помощью перфузора (Leniomat) в режиме проточного промывания, в течение 30 минут. Заканчивалась санация аспирацией содержимого протоков и введением 30мл коли - протейного бактериофага в течение 30 - 45 минут. (Заявка на полезную модель №2004032346 Способ лечения холангита).

Санацию прекращали после того как уровень лейкоцитов в желчи достигал $6-6,7 \times 10^9$ / л, бактериальная обсемененность (количество бактерий в 1мл) уменьшалась до Ig4 - Ig5, исчезали микробные ассоциации. Как показали исследования желчи в динамике в процессе санации желчных путей, ликвидация воспаления происходила с 3-х по 10-е сутки.

Второй этап (полное рассечение стриктуры, холедоходуоденостомия) у больных 1-2-й групп, выполняли после ликвидации воспалительных изменений в желчи, снижении уровня билирубина сыворотки крови.

Программа лечения ОХ с применением эндоскопических технологий (ЭПСТ, НБД), направленная на хирургическую коррекцию желчеоттока и санирование желчных путей проводилась в зависимости от изменений в сосочке и размеров конкрементов. При этом двухэтапная папиллосфинктеротомия (последовательное рассечение БСДК) произведена у 18,5%. Полный объем вмешательства выполнялся эндоскопически (35,1%). Эндоскопическое вмешательство у 35,1% больных выполнено как предварительное, с целью декомпрессии и санации желчных путей с последующей холедоходуоденостомией. Продолжительность пролонгированной санации желчных путей определялась в зависимости от данных клини-ки, воспалительных изменений в желчи, уров-

ня сывороточного билирубина. Эффективность санации подтверждена динамикой снижения воспалительных изменений в желчи. Предлагаемый алгоритм лечения больных с ОХ позволил получить 66,2% хороших результатов. Удовлетворительные результаты получены у 32,5% больных с хроническим панкреатитом, который требовал пролонгированного консервативного лечения.

Выводы

1. Эндоскопические вмешательства на БСДК и ЖП являются методом выбора при остром обтурационном холангите. Операции открытым способом выполняются при наличии противопоказаний к проведению эндоскопических.

2. Программа лечения ОХ должна включать ликвидацию препятствия для оттока желчи и панкреатического сока пролонгированную санацию и декомпрессию ЖП.

3. Расширение возможностей для проведения эндоскопических вмешательств может быть возможно с применением этапных оперативных вмешательств.

4. Больные острым обструктивным холангитом должны направляться для обследования и лечения в специализированных отделениях.

ЕТАПНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО ХОЛАНГІТУ

В.Н. Гаркавенко

Реферат. Під спостереженням знаходились 77 хворих зі стриктурою великого сосочка дванадцятипалої кишки, інтрамуральної частки загальної жовчної протоки, холедохолітіазом, механічною жовтяницею, які були направлені з інших лікувальних закладів (38,9% з них раніше були оперовані). В клініці усі хворі були прооперовані. У 35,1% (1-а група) втручання на сосочку виконувались ендоскопічно одномоментно. У 35,1% (2-а група) ендоскопічні втручання виконані з метою проведення назобілярного дренивання з ціллю санації і декомпресії жовчних шляхів, після чого – другим етапом здійснювали відкриту холедоходуоденостомію. У 29,8% (3-а група) виконувати ендоскопічне втручання було неможливо у зв'язку з анатомічними і патологічними змінами. При холецистолітазі, після втручання на сосочку, на 7-9 добу виконували лапароскопічну холецистектомію. Добрі результати спостерігали у 66,2% хворих, задовільні (при супутньому хронічному панкреатиті), у 32,5%. Незадовільний результат, - рестеноз великого дуоденального сосочку, мав місце у 1-го хворого (1,3%).

Ключові слова: гострий холангіт, механічна жовтяниця, холедохолітаз, папілосфінктеротомія, назобілярне дренивання.

STAGING TREATMENT OF ACUTE OBSTRUCTIVE CHOLANGITIS

V.N. Garkavenko

Abstract. There were 77 patients suffering from major duodenal papilla stricture, intramural part of common bile duct, choledocholithiasis, mechanical jaundice,

referred from other medical establishments (38,9% of which have been previously operated). All the patients had surgical intervention in clinic. 35,1% (first group) had endoscopic simultaneously papilla surgery. 35,1% (second group) – endoscopic intervention took place with the aim of ducts readjustment and decompression by nasobiliary drainage conduction, second stage – choledochoduodenostomy was performed by open method. 29,8% (third group) were not able to get endoscopic intervention because of anatomical and pathological papilla changes, that's why surgeries were performed by open method. Suffering from cholecystolithiasis, on 7-9 day after papilla intervention, laparoscopic cholecystectomy was performed. Good distant results were marked in 66,2% of patients, 32,5% - satisfactory results (accompanied with chronic pancreatitis), 1,3% (one patient) - unsatisfactory result, – major duodenal papilla duct restenosis.

Key words: acute cholangitis, mechanical jaundice, choledocholithiasis, papillosphincterotomy, nasobiliary drainage.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ничитайло М.Ю., Огородник П.В., Скумс А.В., Шкарбан П.О., Шкарбан В.П. Ендоскопічні транс папілярні втручання у хворих на гострий холангіт, спричинений холедохолітазом. Клінічна хірургія. – 2007. - №2-3. С. 78.(159.)
2. Кондратенко П.Г., Стукало А.А. Комплексное лечение обтурационной желтухи и гнойного холангит при желчнокаменной болезни. Клінічна хірургія. – 2007. - №2 - 3. С. 73.(158.)
3. Велигоцкий Н.Н., Арутюнов С.С., Велигоцкий А.Н., Маслов С.П., Горбулич А.В., и др. Дифференциальный подход к выбору миниинвазивных эндоскопических технологий у больных с желчнокаменной болезнью, осложненной патологией внепеченочных желчных путей и большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Харківська хірургічна школа. 2006. №1(20). – С.148 – 152.
4. Ничитайло М.Е., Огородник П.В., Скумс А.В., Ендоскопічні транспапілярні втручання у хворих на гострий холангіт, спричинений холедохолітазом . Клінічна хірургія. 2007. №2-3 с 78-79
5. Sharma V.C., Kumar R., Agarwal N., Sarin S.K. Endoscopic biliary drainage by nasobiliary drain or by stent placement in patients with acute cholangitis. Endoscopy. 2005. 37(5). P. 439 – 443.(67.)
6. Сахаутдинов В.Г., Галимов О.В., Хасанов А.Г. Хирургическое лечение больных с гнойным холангитом при желчекаменной болезни.//Хирургия. 2001. - №2. – С.23– 27.
7. Янюк Т.В. Вибір термінів проведення радикального етапу комплексного етапного хірургічного лікування хворих на гострий холангіт. Хірургія України 2003. - №4. - С. 86 - 87. (2)
8. Cotton P.B. Evaluating ERCP is important but difficult. 2002 Gut 51: 287 – 289 [Abstract] [Full text]. (52.)
9. Ничитайло М.Е., Грубник В.В., Дяченко А.В., Захараш Ю.М., Калинчук С.В., Ковальчук С.В. и др. Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков. Киев. "Здоров'я". 2005. - 424 с.