

УДК 616.361-002.1-07+616.361-002.1-08

*В.В. Хацко¹, О.М. Дудін¹, С.В. Межаков¹, В.О. Єніфанцев²,
К.І. Павлов², В.М. Фомінов²*

ГОСТРИЙ КАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛАНГІТ: ДІАГНОСТИКА І ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ

¹Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

²Донецьке обласне клінічне територіальне медичне об'єднання

Мета дослідження – покращити результати лікування гострого калькульозного холангіту за допомогою удосконалення його діагностики, терапії і прогнозування. Проаналізовано результати діагностики і хірургічного лікування 152 хворих з гострим калькульозним холангітом. Жінок було 90, чоловіків – 62 у віці 32-80 років. Діагноз встановлювали на підставі клінічних, інструментальних, біохімічних досліджень крові, бактеріологічних аналізів жовчі. Запропоновані оптимальні принципи перед – і післяопераційного лікування – нові розроблені способи лікування (6 патентів України). При радикальному оперативному лікуванні застосовували три способи: ендоскопічний, хірургічний і комбінований. В результаті удосконаленого лікування післяопераційна летальність знизилася з 27,3% до 4,3%. Діагностика та хірургічне лікування хворих на ГКХ є складною проблемою. Застосування запропонованих нами нових способів лікування дозволяє значно покращити результати.

Ключові слова: гострий калькульозний холангіт, діагностика, лікування.

Ускладнений холедохолітіаз (ХДЛ) дотепер залишається достатньо складною і далеко не вирішеною діагностично-лікувальною проблемою. Частота виникнення гострого холангіту у хворих на холедохолітіаз складає 7-40%, а при obturacійній жовтяниці – 11-60% [5, 8, 9]. У 3,7-31,4% спостережень причиною хірургічного сепсису є холангіт з клінічним перебігом біліарного сепсису з множинними перихолангітичними абсцесами печінки.

На пізньому етапі поліорганна недостатність є універсальною основою кожного критичного стану, зокрема, термінальною стадією біліарного сепсису і зумовлює високу летальність – 7,1-60,8% [1-3, 6]. Незважаючи на те, що гострий калькульозний холангіт (ГКХ) – супутник obturacії жовчних проток, у наш час він має статус самостійної проблеми. Це зумовлено зростанням кількості хворих на ускладнені форми жовчнокам'яної хвороби, холедохолітіаз, зниженням ефективності антибактеріальної терапії у лікуванні гнійних хірургічних захворювань органів гепатопанкреатодуоденальної зони.

Жовчна гіпертензія є провідним фактом в розвитку токсико-септичного біліарного синдрому. Накопичення бактерій та ендотоксинів призводить до феномену транслокації із збільшенням ендотоксемії, що викликає каскад реакцій з гемодинамічними, імунними, волемічними і коагулопатичними порушеннями

[3, 4, 9, 10]. Схильність ГКХ до генералізації з утворенням множинних абсцесів печінки, розвитком біліарного сепсису, прогресуючої печінково-ниркової недостатності погіршує перебіг захворювання і підвищує летальність [5, 7, 8].

Мета дослідження – покращити результати лікування ГКХ за допомогою удосконалення його діагностики і лікування.

Матеріал та методи

У клініці ім. К.Т.Овнатаняна з 1998 до 2010 рр. прооперовано 896 хворих на холедохолітіаз. У 152 (17,0%) випадках після комплексного обстеження виявлений гострий калькульозний холангіт, із них у 80 – гострий біліарний сепсис (ГБС). Серед пацієнтів були 90 жінок і 62 чоловіка віком від 32 до 80 років. Тривалість основного захворювання (жовчнокам'яної хвороби) становила $5,6 \pm 1,3$ років.

Діагноз встановлювали на основі клінічної картини, даних ультразвукового дослідження (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), бактеріологічного дослідження жовчі, візуальної картини та даних біопсії слизової оболонки жовчовивідних шляхів при ін-

траопераційній фіброхолангіоскопії, даних комп'ютерної (КТ) або магнітно-резонансної томографії (МРТ), змін в аналізах крові, які вказували на наявність запального процесу та порушення функції печінки.

Інструментальні методи дослідження застосовували у такій послідовності: ультразвукове дослідження (УЗД), фіброгастроуденоскопія (ФГДС), ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРХПГ), черезшкірна черезпечінкова холангіографія (ЧЧХС), а під час операції – інтраопераційна холангіографія, фіброхолангіоскопія (ФХС). Вираженість синдрому холестази оцінювали за рівнем лужної фосфатази (ЛФ), холестерину, β -ліпопротеїдів, білірубину крові, розширенням внутрішньо- і позапечінкових жовчних проток, синдрому цитолізу печінкових клітин, за активністю аланін- і аспартатамінотрансферази (АлАТ, АсАТ), γ -глутамілтрансферази; мезенхімально – запального синдрому – за рівнем альбуміно-глобулінового (А/Г) показника, тимолової проби. Рівень ендогенного токсикозу оцінювали за вмістом у сироватці крові середньомолекулярних пептидів (СМП), які визначали за методом Н.І. Габрієлян (1983). Контрольну групу склали 20 здорових донорів.

Бактеріологічне дослідження жовчі проводилось у бактеріологічній лабораторії Донецького обласного клінічного територіального медичного об'єднання із визначенням аеробної та анаеробної мікрофлори. Забирання матеріалу здійснювали у стерильну пробірку шляхом пункції позапечінкових жовчних проток під час операції, або під час ЧЧХС.

Статистичну обробку отриманих результатів дослідження проводили з використанням програмного пакету програм «Statistica 5.1».

Результати та обговорення

ГКХ і особливо ГБС клінічно відзначалися симптомами загальної інтоксикації, печінкової недостатності та енцефалопатії, які часто переходили у поліорганну недостатність при відсутності симптомів подразнення очеревини та невираженої жовтяниці. На час госпіталізації загальний стан 106 (69,7%) пацієнтів був середньої тяжкості, 46 (30,3%) – тяжким.

Виявлені наступні фактори ризику розвитку ГКХ: вік понад 60 років, поліморбідність, ожиріння, цукровий діабет, жовтяниця, повторні і реконструктивні операції, тривалість

операції більше 2 годин, тривалий передопераційний період, оперативне втручання через 1 місяць після гострого холецистити.

Гострий калькульозний холангіт має широкий спектр вираженості клінічних проявів в залежності від важкості захворювання, вірулентності мікрофлори, стану реактивності організму, ступеня біліарної обструкції. Клінічна картина виглядала наступним чином: біль у правому підреб'ї – у 137 (90,3%) пацієнтів, жовтяниця – у 96 (63,4%), лихоманка – у 86 (56,6%), загальмованість – у 57 (37,7%), артеріальна гіпотензія – у 20 (13,2%).

Прояви ГКХ з тріадою Шарко діагностувались в 82 (54,2%) випадках, а пентадою Рейнгольда – у 35 (23,1%). При цьому біль був виражений з локалізацією в правому підреб'ї та іррадіацією у праве плече і епігастральну ділянку. Лабораторні дані в цій групі хворих яскраво підтверджували гнійно-запальний процес, що проявлявся лейкоцитозом вище 12 Г/л на фоні гіпербілірубінемії. В 23,7% випадків був атиповий перебіг ускладненого холедохолітіазу.

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

Сучасні методи променевої візуалізації (УЗД, КТ, МРТ) 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%) випадках, неклостридіальні анаероби – у 21 (13,9%), ентерокок – у 12 (8,2%), синьо-гнійну паличку – у 8 (5,6%), асоціації мікроорганізмів визначено у 86 (56,3%). За нашими даними, інфікування жовчі призводить до збільшення частоти розвитку біліарного сепсису.

При обстеженні 152 пацієнтів з ГКХ при холедохолітіазі у 139 виявлено збільшення печінки, що супроводжувалося жовтяничним (96 осіб) і больовим (137 осіб) синдромами. За

даними УЗД, ехоструктура печінки була неоднорідною, з перихолангітичними абсцесами різного діаметру (57 осіб), визначалось поширення внутрішньо- і зовнішньопечінкових жовчних проток з холедохолітазом. Холестатичний синдром супроводжувався підвищенням активності лужної фосфатази в 1,9 рази ($p < 0,05$), тригліцеридів – у 2 рази ($p < 0,05$), прямого білірубину – в 9,2 рази ($p < 0,05$), β -ліпопротеїдів – у 2,3 рази у порівнянні з контролем ($p < 0,05$).

При ГБС проводили консервативну терапію, етапну попередню декомпресію жовчних проток і хірургічне втручання. Консервативне лікування дозволило ліквідувати запальні прояви ГКХ у 41,2% пацієнтів. Попередню декомпресію біліарної системи малоінвазивними методами (ендоскопічна ретроградна папілосфінктеротомія, черезшкірна черезпечінкова холангіостомія) виконана при високому ризику операції у 103 пацієнтів.

Назобілярне дронування у 62 пацієнтів сприяло ліквідації жовчного блоку, перешкоджало вклиненню конкременту в ампулу великого дуоденального сосочку, було методом профілактики кровотеч при наступній ендоскопічній папілосфінктеротомії (ЕПСТ) у хворих з тривалою високою гіпербілірубінемією. Назобілярне дронування дозволяє уникнути потрапляння інфікованої жовчі до кишечника, проводити регіонарну терапію холангіту та динамічний контроль мікрофлори жовчі при тяжкому стані хворого.

11 хворих на ГКХ оперовані в ургентному порядку. Термінові (протягом 24-72 годин 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 (під контролем УЗД), або лапароскопічна пункція з зовнішнім дронуванням.

Важливими елементами оптимального лікування ГКХ і ГБС є:

1. Проточно-промивне дронування внутрішньо – і позапечінкових проток з щоденним введенням через дренажі розчинів антибіотиків, кортикостероїдів, метрогілу, 0,01% хлоргексидина біглюконату, 0,5% діоксидину

(при постійному бактеріологічному контролі жовчі експрес-методами);

2. Рациональна антибактеріальна терапія до і після операції (цефтріаксон, цефотаксим, цефоперазон, метронідазол та ін.) і ендолімфатичне введення цефалоспоринов і напівсинтетичних пеніцилінів;

3. Інтенсивна інфузійна терапія (2-2,5 л на добу);

4. Активні методи детоксикації (лімфо- і гемосорбція, дискретний і мембранний плазмаферез, ультрафільтрація на фоні резистентної гіпергідратії ультрафіолетове опромінення крові (УФОК), введення сорбентів (0,5-1% водної суспензії Сілікс®) через дренаж у жовчні протоки);

5. Імунокорекція (Т-активін, ендолімфатичне введення тималіну та ін.);

6. Внутрішньочеревний електрофорез лікарських препаратів;

7. Регіонарна, загальна та поєднана лазеротерапія;

8. Профілактика печінкової недостатності антиоксидантами (вітамін Е). Промивання жовчних проток розчином цефокситину натрію в 100 мл 0,25% новокаїну протягом 5-7 днів. Введення гепатопротекторів.

9. Симптоматичні засоби (вітаміни групи В, С, АТФ, кокарбоксілаза, еуфілін тощо).

В клініці додержувалися наступних принципів антибактеріальної терапії гострого холангіту і біліарного сепсису:

- терапія повинна «закривати» увесь спектр потенційних патогених мікроорганізмів з урахуванням фармакокінетичних параметрів препарату;

- тривалість терапії – до повного регресу системної запальної реакції (7-14 діб і більше), зміна режиму кожні 7-10 діб (при відсутності інших факторів);

- зміна препаратів через 4 доби адекватної антибіотикотерапії при відсутності клінічного покращення;

- обов'язкове, динамічне мікробіологічне дослідження на всіх етапах лікування.

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 з препаратів широкого спектру дії.

За останні 4 роки в клініці розроблені і впроваджені 2 винаходи: 1. Спосіб профілактики холангіту при накладенні білідигестивного анастомозу (декларацийний патент UA № 68123 А від 15.07.2004 р.); 2. Спосіб лікування гострого обтураційного холангіту (позитивне рішення на заявку № 20710979 від 12.11.2007 р.). У першому способі профілактика холангіту здійснюється шляхом застосування білідигестивного арефлюксного анастомозу. А у другому способі внутрішньовенно крапельно вводили 1,5% розчину озонованого Реамберіну®, а ендохоледохеально – розчин озонованого Мефоксину®.

Використання комплексної терапії призвело до ліквідації клінічних ознак ГКХ і ГБС, нормалізації лабораторних показників (білірубину, лужної фосфатази, АсАТ, АлАТ, малонового діальдегіду), зниження рівня бактерійного забрудненості жовчі (нижче 10^5 мікробних тіл у 1 мл), зворотного розвитку рентгенологічних ознак гострого холангіту, нормалізації фіброхоледоскопічної картини. Після операції померло 5 пацієнтів (4,3%) з тяжкою печінково-нирковою недостатністю на фоні холангіогенних абсцесів печінки та сепсису. До 1990 року післяопераційна летальність становила 27,3%.

З а к л ю ч е н н я

Таким чином, гострий холангіт є тяжким ускладненням холедохолітіазу, вимагає своєчасної діагностики та термінового, оптимального за обсягом, оперативного втручання на фоні інтенсивної терапії.

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

Своєчасна діагностика токсико-септичного біліарного синдрому та адекватна декомпресія жовчних шляхів забезпечує профілактику розвитку органної та поліорганної дисфункції.

В 60,5% випадків малоінвазивні хірургічні втручання є радикальними і високоефективними, дозволяють ліквідувати причину обтураційної жовтяниці та холангіту при низькій кіль-

кості ускладнень та незначних термінах перебування в стаціонарі. Назобілярне дренування є методом профілактики кровотеч при наступній ЕПСТ, дозволяє проводити регіонарну терапію холангіту та динамічний контроль мікрофлори жовчі.

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.

За нашими даними, комплексне консервативне і малоінвазивне хірургічне лікування з допомогою 2 розроблених винаходів, сприяє більш швидкій локалізації запального процесу, дозволяє покращити ефективність лікування.

Критеріями сприятливого прогнозування перебігу ГКХ є нормалізація змін біохімічних маркерів системи антиоксидантного захисту, синдрому ендогенної інтоксикації та системної запальної відповіді.

ОСТРЫЙ КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛАНГИТ: ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

*В.В. Хацко, А.М. Дудин, С.В. Межаков,
В.А. Епифанцев, К.И. Павлов, В.М. Фоминов*

Цель исследования – улучшить результаты лечения острого калькулезного холангита с помощью усовершенствования его диагностики, терапии и прогнозирования. Проанализированы результаты диагностики и хирургического лечения у 152 больных с острым калькулезным холангитом. Женщин было 90, мужчин – 62 в возрасте 32-80 лет. Диагноз ставили на основании клинических, инструментальных, биохимических исследований крови, бактериологических анализов желчи. Предложены оптимальные принципы пред- и послеоперационного лечения – новые разработанные способы лечения (6 патентов Украины). При радикальном оперативном лечении применяли три способа: эндоскопический, хирургический и комбинированный. В результате усовершенствованного лечения послеоперационная летальность уменьшилась с 27,3% до 4,3%. Диагностика и хирургическое лечение больных ОКХ является сложной проблемой. Применение предложенных нами новых способов лечения позволяет значительно улучшить результаты.

Ключевые слова: острый калькулезный холангит, диагностика, лечение.

ACUTE CALCULOSIS CHOLANGITIS: DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT

V.V. Khatsko, A.M. Dudin, S.V. Mejakov,
V.A. Epifantsev, K.I. Pavlov, V.M. Fominov

The purpose of research – to improve results of treatment acute cholangitis at a choledocholithiasis (ACC) with the help of improvement of his diagnostics, therapy and forecasting. The results of diagnostics and surgical treatment of 152 patients with acute biliary cholangitis at a choledocholithiasis. The women there were 90, men – 62 in the age of 32-80 years. The diagnosis put on the establishment clinical, tool (ultrasoundanalysis, fibrogastroduodenoscopy, endoscopical retrogradic cholangiopancreatography, a transhepatic cholangiography, interoperation cholangiography, fibrocholangioscopy), biochemical of blood analyses, bacteriological analysis of bill. The optimal principles pre- and postoperative treatment new methods of treatment of an acute cholangitis (6 patents of Ukraine) are offered. At radical operative treatment applied three means: endoscopical, surgical and combined. As a result of the advanced treatment the postoperative lethality has decreased from 27,3% up to 4,3%. Diagnostics and surgical treatment of the patients ACC is a complex problem. Application of the new methods, offered by us, of treatment allows considerably to improve results.

Key words: acute calculosis cholangitis, diagnostics, treatment.

ЛІТЕРАТУРА

1. Годлевський А.І. Лікування холангіту та його ускладнень у хворих з обтураційною жовтяницею непухлинного генезу / А.І. Годлевський, С.І. Саволюк, Б.В. Трохіменко // Клін. хірургія. – 2007. – № 2-3. – С. 68.
2. Дронов О.І. Етапність застосування мініінвазивних втручань в лікуванні хворих з холедохолітазом, ускладненим холангітом / О.І. Дронов, М.М. Стець, І.Л. Насташенко // Вісник Укр. мед. стомат. академії «Акт. проблеми сучасної медицини». – 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, 2-5.10.2010 р. – 2010. – Т. 2. – С. 29.
5. Ничитайло М.Ю. Ендоскопічні транспапільярні 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. Острый холецистит с острым обтурационным холангитом / Н.Т. Чемодуров, С.Н. Леоненко, В.И. Летюк [и др.] // Матер. XXII з'їзду хірургів України, 2-5.10.2010 р. – 2010. – Т. 2. – С. 222.
7. Отведение желчи при остром гнойном холангите / В.Н. Старосек, А.Е. Гринческу, А.К. Влахов [и др.] // Матер. XXII з'їзду хірургів України, 2-5.10.2010 р. – 2010. – Т. 2. – С. 162-163.
8. Третьяков А.А. Клинико-микробиологическая характеристика больных холангитом / А.А. Третьяков, Д.А. Черников // Анналы хир. гепатологии. – 2004. – Т. 9, № 2. – С. 208-209.
9. Янюк Т.В. Оцінка ефективності малоінвазивних хірургічних втручань у хворих з гострим обтураційним холангітом / Т.В. Янюк, І.Я. Дзюбановський // Галицький лікарський вісник. – 2002. – Т. 9, № 3. – С. 296-297.
10. Bone R.C. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for use of innovative therapies in sepsis / R.C. Bone, R.A. Balk, F.V. Cerra // Crit. Care. Med. – 1992. – Vol. 20. – P. 864-874.

Стаття надійшла 06.12.2010