

УДК 616.361-002.1-07+616.361-002.1-08

© В. В. ХАЦКО, О. Д. ШАТАЛОВ, Ф. А. ГРЕДЖЕВ, В. О. ЄПІФАНЦЕВ, Г. В. ПАРХОМЕНКО

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Сучасні напрямки лікування гострого калькульозного холангіту

V. V. KHATSKO, O. D. SHATALOV, F. A. HREDZEV, V. O. YEFIFANTSEV, H. V. PARKHOMENKO

Donetsk National Medical University by M. Horkyi

MODERN DIRECTIONS OF TREATMENT OF AN ACUTE CALCULOUS CHOLANGITIS

Гострий калькульозний холангіт у 5,2–47,8 % спостережень зумовлений холедохолітіазом, який ускладнюється у термінальному періоді біліарним сепсисом з множинними перихолангітичними абсцесами печінки. Поліорганна недостатність зумовлює високу летальність – 7,1–60,8 %. Ендотоксемія викликає каскад реакцій з гемодинамічними, імунними, волемічними і коагулопатичними порушеннями. Ускладнений холедохолітіаз (ХДЛ) дотепер залишається достатньо складною і далеко не вирішеною діагностично-лікувальною проблемою. Дискусійними залишаються питання ендоскопічного лікування, методи санації жовчних проток, сорбційного лікування, схем антибіотикотерапії, лікувальної тактики.

Мета роботи: поліпшення результатів лікування гострого холангіту, зумовленого холедохолітіазом, за допомогою удосконалення лікувально-діагностичної тактики.

Проведено аналіз результатів лікування 896 хворих на холедохолітіаз (ХДЛ). У 152 (17,0 %) пацієнтів після комплексного обстеження виявлений гострий калькульозний холангіт, із них у 80 хворих – гострий біліарний сепсис (ГБС). Серед пацієнтів було 90 жінок і 62 чоловіки віком від 32 до 80 років.

Діагноз гострого холангіту здійснювали 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, черезшкірній черезпечінковій холангіографії, 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 складала 20 здорових донорів.

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

Прояви гострого холангіту з тріадою Шарко діагностували у 82 (54,2 %) пацієнтів, а пентадою Рейнгольда – у 35 (23,1 %) хворих.

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 в 55 (36,2 %) пацієнтів, неклостридіальні анаероби – у 21 (13,9 %) хворого, ентерокок – у 12 (8,2 %) пацієнтів, паличку синьо-зеленого гною – у 8 (5,6 %) осіб, асоціації мікроорганізмів визначено у 86 (56,3 %) хворих. 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 в 41,2 % пацієнтів. Попередню декомпресію біліарної системи малоінвазивними методами (ендоскопічна ретроградна папілосфінктеротомія, черезшкірна, черезпечінкова холангіостомія) виконано при високому ризику операції у 103 пацієнтів. Назобілярне 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 операційному лікуванні застосували три способи: ендоскопічний, хірургічний та комбінований. Операціями вибору при абсцесах печінки

були черезшкірна або лапароскопічна пункція (або під контролем УЗД) із зовнішнім дренажуванням.

Важливим елементом оптимального лікування гострого холангіту і біліарного сепсису стало: проточно-промивне дренажування внутрішньо- і позапечінкових проток із щоденним введенням через дренажі антисептичних озонованих розчинів.

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.).

Після операції померли 5 пацієнтів (4,3 %) із тяжкою печінково-нирковою недостатністю на фоні холангіогенних абсцесів печінки та сепсису. До 1990 року післяопераційна летальність становила 27,3 %.

Висновки. Гострий холангіт калькульозного генезу вимагає своєчасної діагностики та термінового, оптимального за обсягом, операційного втручання на фоні інтенсивної терапії. Адекватна декомпресія жовчних шляхів забезпечує профілактику розвитку органної та поліорганної дисфункції. Комплексне консервативне і малоінвазивне хірургічне лікування, за допомогою 6 розроблених винаходів, дозволяє покращити ефективність лікування.

У перспективі доцільно досліджувати у динаміці стан бактеріохолії, гістологічну структуру стінок жовчних проток, раціональні схеми антибіотикотерапії та озонотерапії.

Отримано 10.04.13