

УДК 616.367-06:616.94

© М. П. ПОПИК

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Біліарний сепсис при патології позапечінкових жовчних шляхів

М. Р. ПОПУК

Lviv National Medical University by Danylo Halytskyi

BILIARY SEPSIS AT PATHOLOGY OF EXTRANEPTIC BILIARY TRACTS

Проблема сепсису, незважаючи на значний прогрес медичних технологій, постійно перебуває в центрі дискусії хірургів і анестезіологів. Розроблені стандарти, клінічні протоколи лікування хворих на абдомінальну патологію не зменшують кількість септичних ускладнень, розвитку синдрому системної запальної відповіді, поліорганної недостатності. Такий стан речей значною мірою визначає термінальну стадію захворювань органів черевної порожнини, що супроводжуються прогресуванням механічної жовтяниці. Саме наростання ендогенної інтоксикації та поліорганної недостатності є основними причинами летальності у хворих з найважчими захворюваннями органів панкреатодуоденальної зони і позапечінкових жовчних шляхів. Їх перебіг залежить від тяжкості основного захворювання, ступеня, тривалості біліарної обструкції, вірулентності мікрофлори, адаптаційної здатності організму.

Визначення придатності найпоширеніших клінічних проявів і біохімічних маркерів для оцінки перебігу гнійно-септичних уражень позапечінкових жовчних шляхів.

Проаналізовано історії хвороб 609 хворих із патологією позапечінкових жовчних шляхів, які в 2012 році проходили лікування в II хірургічному відділенні ЛОКЛ. Гострий калькульозний холецистит встановлено в 132 хворих, холедохолітіаз – в 120. 106 хворим виконано лапароскопічну холецистектомію. 26 пацієнтам з явищами перитоніту – термінові відкриті операційні втручання. У 18 осіб діагностовано гнійний холангіт, синдром системної запальної відповіді. Померли 3 хворих (2 – септичний шок, 1 – тяжкий сепсис). Серед 477 хворих з хронічним калькульозним холециститом холедохолітіаз виявлено у 136 хворих, механічну жовтяницю в 62, гнійний холангіт – 28 хворих. Померли 3 хворих (поліорганна недостатність, тяжкий сепсис). Обстеження включали загальноприйнятні клінічні, лабораторні і біохімічні методики. З інструментальних досліджень використовували: рентгенологічні,

УЗД (Acuson, 128xp/10; 3,5 МГц), ФГДС, СКТ, ЕРХПГ, відеолапароскопію.

У людей старшої вікової групи, з огляду на частіший розвиток деструктивних форм гострого холециститу з ймовірними місцевими гнійними ускладненнями та синдромом системної запальної відповіді, надавали перевагу активній хірургічній тактиці. Саме тому 26 хворих з явищами перитоніту оперовано відкритим способом. У всіх виявлено флегмонозно-гангренозні форми ураження, в 9 – перфорацію жовчного міхура – виконано холецистектомію, холедохотомію, санацію жовчних шляхів, підпечінкового простору чи черевної порожнини. Операцію завершували зовнішнім дрениванням холедоха за Кером (19 випадків) або за Холстедом-Піковським (7), дрениванням черевної порожнини. У всіх хворих спостерігали ознаки синдрому системної запальної відповіді: температуру тіла понад 38 °С (18 випадків), частоту серцевих скорочень понад 100 уд./хв (26), частоту дихання понад 22 за хвилину (22), лейкоцитоз понад 12,0 Г/л, (20), зсув лейкоцитарної формули вліво (18), лімфопенію – (16). Токсико-септичний біліарний синдром супроводжувався підвищенням рівня АлТ, АсТ, сечовини, креатиніну, С-реактивного протеїну, гіпотензією та зниженням діурезу. В крові було виявлено *St.aureus*, *E.coli*, *St.epidermidis*, *Enterococcus spp*. Усі 3 хворих, які померли, були оперовані протягом 4 – 8 год від моменту госпіталізації, після відповідної корегуючої підготовки. Двоє з них померли протягом першої післяопераційної доби.

Серед 477 хворих з хронічним калькульозним холециститом холедохолітіаз було виявлено у 136 осіб, механічну жовтяницю в 62 хворих. 436 хворим проведено лапароскопічну холецистектомію, 41 – прооперовано відкрито. Гнійний холангіт встановлено у 28 випадках. Померли 3 хворих (поліорганна недостатність, тяжкий сепсис). У передопераційному періоді всіх хворих на обтураційну жовтяницю обстежували за стандартною схемою. На першому етапі виконували ЕГХПГ+ПТ (після ен-

ПОВІДОМЛЕННЯ

доскопічних втручань кровотечу з папілотомної рани спостерігали в 14 випадках, панкреатит – у 8). В подальшому проводили контроль гемостазу, при необхідності контрольний ендоскопічний огляд, у сумнівних місцях виконували коагуляцію. В післяопераційному періоді застосовували сандостатин або октрестатин у дозі 0,1 мг підшкірно 2 рази на добу. Показаннями до відкритого операційного втручання у 41 хворого були неефективність транспапільярних втручань, розмір холедоха понад 20 мм, стенозуючий папіліт понад 15 мм, прогресування печінкової недостатності (білірубін понад 250 мМоль/л). Ознаки токсико-септичного біліарного синдрому виявлено у всіх хворих, яких оперували відкритим способом, останній супроводжувався підвищенням рівня лужної фосфатази, АлТ, АсТ, сечовини, креатиніну, С-реактивного протеїну, зни-

женням альбуміну. У 28 хворих виконано холецистектомію, холедохотомію, літоекстракцію, санацію жовчних шляхів, у 16 випадках накладено холедоходуоденоанастомоз, у 12 – холедохоєюноанастомоз на виключеній петлі за Ру. У 13 хворих холедох дреновано за Кером. Померли 3 хворих – відповідно, на 6-ту, 12-ту, 18-ту доби після операції (тяжкий сепсис, поліорганна недостатність).

Тяжкість токсико-септичного біліарного синдрому корелює з ступенем заавальсованості основного захворювання, тривалістю біліарної обструкції та вірулентністю мікрофлори. Активна хірургічна тактика, етапні міні-інвазійні втручання є важливою складовою у вирішенні даної проблеми. Перспективи покращення результатів лікування ми пов'язуємо з застосуванням методів еферентної терапії, зокрема гравітаційного плазмаферезу та гемофільтрації.

Отримано 11.01.13