

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 – \geq 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 under went – 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 – \geq 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 papillosfincterotomy 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 не вирішеною проблемою [1, 3, 5, 6, 7, 10]. Актуальність ВБС 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-

внiшнiм дренажуванням холедоха у комплексi профiлактичних заходiв щодо запобiгання тяжкому бiларному сепсису.

Матерiали i методи. У хiрургiчному вiддiленнi КП "Мiська клiнiчна лiкарня № 2" м. Запорiжжя, що є клiнiчною базою кафедри загальної хiрургiї ЗДМУ, з 2001 до 2015 року у 571 пацiєнта з гострим холециститом (ГХ) виконано мiнi-холецистектомiю (МХЕ) з правостороннього вертикального трансректального мiнi-лапаротомного операцiйного доступу.

iз усiх хворих у 30 (5,3 %) виконано зовнiшнє дренажування холедоха, що було елементом профiлактики ТБС. Чоловiкiв було 3 (10 %), жiнок – 27 (90 %) у вiцi вiд 30 до 76 рокiв. До операцiї перебiг механiчної жовтяницi, що ускладнила перебiг ГХ, склав вiд 3 до 14 дiб. Пiд час госпiталiзацiї до клiнiки проведено клiнiко-лабораторне обстеження, оглядову рентгенографiю грудної та черевної порожнин, УЗД, КТ, ФЕГДС, лапароскопiю. Вивчені ЛП Кальф-Калiфа, ознаки синдрому системної запальної вiдповiдi (SIRS), ступiнь органної дисфункцiї за шкалою SOFA, результати бактерiальних засiвiв кровi та жовчi. Консервативна терапiя виявилась неефективною, у зв'язку з чим у 28 (93,3 %) пацiєнтiв показанням до операцiї був ГХ та у 2 (6,7 %) – холецистопанкреатит. З них лише у 3 (10 %) хворих до операцiї встановлено етiологiю механiчної жовтяницi – холедохолiтиаз. Протягом 6 год пiсля госпiталiзацiї оперовано 1 (3,3 %) пацiєнта, 6–24 год – 8 (26,7 %), 1–2 дiб – 16 (53,3 %), 3 дiб – 2 (6,7 %) та 5–6 дiб – 3 (10 %).

Результати дослiджень та їх обговорення. При ГХ, ускладненому механiчною жовтяницею, ЛП склав 3,5–7,5 од., SIRS не перевищив 1,5, SOFA – ≥ 4 . З жовчi мiкрофлору висiяно у 86,7 % хворих (епiдермальний стафiлокок, кишкова паличка, протей, ентерококи). Бактерiємiю виявлено у 6,7 % пацiєнтiв.

У процесi операцiї дiагностовано рiзні форми ГХ. iз 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 %) пацiєнтiв мав місце навколomixуровий iнфiльтрат та абсцес – у 2 (6,7 %), перфорацiя жовчного мiхура – у 2 (6,7 %). Причинами порушення пасажу жовчi в дванадцятипалу кишку в 10 (33,3 %) хворих був гострий гнiйний холангiт iз дилатацiєю холедоха, у 8 (26,7 %) – холедохолiтиаз, у 6 (20 %) – синдром Мiризi зi здавленням холедоха та в 1 (3,3 %) – подовжена стрик-

тура холедоха. Рiдкiсною причиною механiчної жовтяницi у 2 (6,7 %) пацiєнтiв був навколomixуровий iнфiльтрат iз медiальним розташуванням жовчного мiхура, у 2 (6,7 %) – стерильний панкреонекроз та в 1 (3,3 %) – папiлiт.

Всiм хворим виконано МХЕ вiд шийки. У 6 (20 %) пацiєнтiв iз синдромом Мiризi холедох дренажувано за Холстедом. В iнших 24 (80 %) хворих здiйснено подовжню супрадуоденальну холедохотомiю з ревiзiєю позапечiнкових жовчних шляхiв. iз холедоха видалено конкременти та гнiйну жовч, гепатикохоледох промитий антисептиками з антибiотиками, пiсля чого зовнiшнє дренажування холедоха за Холстедом виконано у 21 (87,5 %) пацiєнта та за Вишневським – у 3 (12,5 %). I лише в 1 (3,3 %) хворого у зв'язку з подовженою стриктурою холедоха накладено холедоходуоденоанастомоз за Юрашем-Виноградовим.

У пiсляоперацiйному перiодi продовжували проводити системну антибактерiальну терапiю фторхiнолонами, метронiдазолом, дiоксидином, iнфузiйну терапiю, форсований дiурез, плазмаферез, знову призначали кровозамiнники, реамберин, гепатопротектори, десенсибiлiзувальнi, нестероiднi протизапальнi препарати та iн. Щоденно по дренажу промивали гепатикохоледох антисептиками з антибiотиками.

Пiсля операцiї на 14–16-ту добу в усiх 30 пацiєнтiв виконали фiстулохолангiографiю. Патологiчнi змiни виключено у 27 (90 %) хворих. Резидуальний холедохолiтиаз дiагностовано у 3 (10 %) пацiєнтiв, з яких у 2 (66,7 %) виконано ендоскопiчну папiлосфiнктеротомiю з лiтоекстракцiєю та в 1 (33,3 %) хворого остання не вдалася.

Релапаротомiя знадобилась у 2 (6,6 %) пацiєнтiв. iз них в 1 (50 %) хворого пiсля самовiльного видалення дренажа з холедоха та у 1 (50 %) – пiсля ендоскопiчної папiлосфiнктеротомiї з невдалою спробою лiтоекстракцiї завдяки великому дiаметру конкремента. Всi вилучили.

Висновки. Впровадження невидкладної мiнi-холецистектомiї з корекцiєю патологiї гепатикохоледоха та зовнiшнiм дренажуванням холедоха в раннi термiни у хворих на гострий холецистит, що ускладнився механiчною жовтяницею, разом з багатокомпонентною системною терапiєю дозволило попередити розвиток тяжкого бiларного сепсису.

Перспективи подальших дослiджень. Додаткове накопичення та аналiз клiнiчного матерiалу, впровадження щоденного ендохоледохеального опромiнювання 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