

УДК 616.36-06;616.366-003.7]-085.844.1.

В.І.Гребенюк, А.Г.Іфтодій

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ГНІЙНОГО ХОЛАНГІТУ

Кафедра госпітальної хірургії (зав. – проф.О.В.Алексееенко)
Буковинської державної медичної академії

Ключові слова: жовчокам'яна хвороба, хірургічне лікування, гнійний холангіт.

Резюме. Огляд літератури з питань комплексного хірургічного лікування гнійного післяопераційного холангіту при жовчокам'яній хворобі.

Лікування ускладнених форм жовчокам'яної хвороби залишається невирішеною проблемою [2, 21]. Близько 20% населення планети хворіє на жовчокам'яну хворобу, що обумовлює актуальність проблеми її лікування [22, 23].

Найбільша кількість гнійно-септичних ускладнень спостерігається при обтяженні перебігу гострого холециститу проявами гострого гнійного холангіту (ГГХ). ГГХ, як ускладнення гострого холециститу на фоні механічної жовтяниці, зустрічається в молодому віці у 1,7-2,5% хворих [18, 23], у осіб старшого віку в 21,2–39,3% випадків [9]. На зростання частоти його виникнення із віком хворих вказують [3, 13]. ГГХ переважно хворіють жінки літнього віку з надмірною масою тіла [15, 23].

Холедохолітіаз служить причиною розвитку холангіту у 65-75% випадків [1, 27]. При цьому холестаза створює сприятливі умови для швидкого розмноження в жовчних шляхах аеробних та анаеробних мікроорганізмів. За [2, 30, 31] мікроорганізми із жовчі при ГГХ висіваються в 93–100%. Існує пряма залежність росту мікроорганізмів від віку хворого та часу обструкції загальної жовчної протоки. Не виявлено залежності частоти висівання бактерій від статі пацієнтів та чисельності конкрементів [31]. При ГГХ мікрофлора малочутлива або резистентна до антибіотиків у 69% випадків [2, 33].

З урахуванням наведеного М.Е.Ничитайло [19] запропонував основні принципи боротьби з інфекцією при ГГХ.

1.Визначення ступеня важкості та динаміки перебігу гнійної інфекції з використанням прогностичних критеріїв.

2.Визначення до операції виду збудників та їх чутливості до антибактеріальних препаратів.

3.Визначення напруження загального та місцевого імунітету.

4.Визначення причини непрохідності жовчовивідних проток та їх довжини.

5. Оптимізація хірургічної тактики з інструментальною декомпресією біліарного тракту на I етапі з подальшою радикальною корекцією непрохідності.

6. Пріоритетність відновних операцій перед реконструктивними.

7. Застосування методів детоксикації, регіонарної хіміотерапії.

8. Імунокорегуюча терапія шляхом місцевого та загального застосування імуномодуляторів.

При лікуванні хворих на ГГХ необхідно вирішити наступні завдання [4]:

- створити максимальний відтік жовчі;
- забезпечити умови санації жовчних проток;
- проводити адекватну антимікробну терапію;
- по можливості захистити печінкові клітини від деструктивного ураження токсинами.

Аналізуючи результати хірургічного лікування хворих з obturaційною жовтяницею та ГГХ, В.П. Андрущенко акцентує увагу на наступних питаннях [1]:

– при холангіті термін проведення операції зумовлений проявами холангіогенної інтоксикації та сепсису;

– в лікуванні хворих доцільна реалізація принципу радикальних і паліативних, одномоментних та етапних операцій із застосуванням оптимальних за об'ємом трансабдомінальних хірургічних або інструментальних декомпресійних втручань;

– у післяопераційному періоді слід використовувати способи регіонарного лікування: проточно-промивну санацію жовчних проток, внутрішньопротокову сорбційну детоксикацію, внутрішньоорганний електрофорез медикаментозних сумішей, спеціальне дренивання під печінкової заглибини.

Із впровадженням в хірургічну практику ендоскопічних та лапароскопічних методів лікування розпочався якісно новий етап в хірургії жовчних шляхів. Хірургічне лікування жовчокам'яної хвороби за наявності ГГХ може бути одномоментним та етапним. Частка одномоментних операцій серед лапароскопічних невелика – 2,7% [25]. Етапні втручання сприяють ліквідації холангіту та obturaційної жовтяниці, покращанню загального стану хворих, що створює необхідні передумови для подальшого радикального лікування [20, 43]. Як перший етап, виконується декомпресія жовчних проток шляхом зовнішнього або внутрішнього дренивання [44, 45]. Ендоскопічна декомпресія загальної жовчної протоки в перші 8 год. після поступлення зменшує смертність до 3,7% [34]. При класичному відкритому методі декомпресії та черезпечінковому дрениванні летальність утримується на високих показниках – до 33%, при використанні ендоскопічного дренивання летальність складає 4,8-5% [29, 41]. С.О. Шалімов та співавт. [23, 24], J.S.Lameris [40] орієнтують хірургів на застосування черезшкірного черезпечінкового дренивання лише у тих хворих, яким технічно неможливо виконати ендоскопічне втручання.

Успішна декомпресія біліарної системи при проведенні ендоскопічної папілосфінктеротомії досягається в 92-94% [46]. Після ендоскопічного видалення конкрементів з холедоха жовчні протоки промивають розчином

антисептиків, при вираженому холангіті операцію завершують назобіліарним дрениванням [39, 47].

У найбільш важкої категорії хворих використовується лише перший етап – ендоскопічне усунення холедохолітіазу та декомпресія жовчних шляхів без холецистектомії [37]. Загальна кількість ускладнень після цієї процедури складає 5,8%. Застосування ендоскопічної папілотомії дозволяє різко обмежити покази до трансдуоденальних оперативних втручань при холедохолітіазі та сприяє покращанню результатів лікування хворих на холедохолітіаз, ускладнений ГГХ та печінковою недостатністю [23, 28, 35], хоча D. Damiánov вважає, що широке використання ендоскопічних методів у хворих літнього віку є вимушеним [32].

Другим етапом хірургічного лікування є корекція патології біліарного тракту. В геріатричній популяції для виконання цього етапу та зменшення летальності важливе значення має лапароскопічна холецистектомія [1, 26, 42]. Перспективним вважається видалення конкрементів через міхурну протоку. А.С. Ермолов та співавт. [10, 11] виконання другого етапу проводять в плановому порядку не раніше 3-х тижнів з моменту ефективною декомпресії жовчних шляхів, оскільки до цього часу вдається досягти функціонального відновлення печінки. А.А. Мовчун та співавт. [16] у важкохворих при тривалій механічній жовтяниці та вираженій печінковій недостатності виконують 3-х етапне радикальне хірургічне втручання. Перший етап – ендоскопічне ендопротезування при мінімальній папілотомії або назобіліарне дренивання. Після ліквідації явищ жовтяниці та холангіту виконується адекватна ендоскопічна папілотомія з видаленням конкрементів з гепатикохоледоха. Деякі автори доповнюють цей етап транспапілярною лазерною літотрипсією [36]. Третій етап – лапароскопічна або лапаротомна холецистектомія. Використання подібної тактики дозволило знизити післяопераційну летальність до 1,5%, а кількість ускладнень зменшити у 1,5 рази.

Основною ланкою в післяопераційному лікуванні ГГХ є використання антимікробних препаратів. Антибіотики повинні мати широкий спектр дії, здатність концентруватись в жовчі та не інактивуватись печінкою. Інфікованість внутрішньопротокової жовчі після операції є показником того, що оперативне втручання не призводить до негайної ліквідації холангіту, в зв'язку з чим потрібно проводити спрямоване лікування і після операції [2, 13]. Враховуючи збільшення частоти анаеробної інфекції при гнійних холангітах (до 39–45%), перевагу слід надавати антибіотикам широкого спектру дії та їх комбінаціям, активним стосовно як аеробів, так і анаеробів (кліндаміцин, метронідазол, пеніциліни та цефалоспорини третього покоління, офлоксацин) з обов'язковим урахуванням їх гепато- та нефротоксичності [10, 38].

Е.В. Бысов, М.Е. Абецов [6] запропонували хіміотерапію ГГХ, беручи до уваги характер мікрофлори та її чутливість.

1. Аеробні та факультативні анаеробні ГР(-) мікроорганізми - левоміцетин, офлоксацин, цефотаксим, гентаміцин, діоксидин.

2. Аеробні та факультативні анаеробні ГР(+) мікроорганізми - левоміцетин, карбеніцилін, кліндаміцин, рифампіцин.

3. Облігатно-анаеробні - левоміцетин, карбеніцилін, цефотаксим, кліндаміцин, діоксидин, метронідазол.

П.В. Нарбутас и В.П.Асеев [17] антибіотикотерапію доповнюють внутрішньовенним введенням 0,5% розчину діоксидину (300 – 600 мг двічі на добу) на 200 мл 5% глюкози з призначенням антигістамінних препаратів та кортикостероїдів.

Э.И.Гальперин та співавт. [7] зауважують, що у хворих з ГГХ на фоні холестази не вдається досягти терапевтично ефективної концентрації антибактеріальних препаратів в жовчі внаслідок порушення екскреторної функції печінки, що підтверджується й даними інших дослідників [13,48]. Після декомпресії жовчних проток поступово відновлюється здатність гепатоцитів до екскреції антибактеріальних препаратів у жовч.

М.Е. Ничитайло та співавт. [19, 20] для санації жовчних шляхів в післяопераційному періоді використовують інтрахоледохеальну терапію 1% водною зависсю сорбенту полісорб, що дозволяє вдвічі зменшити частоту післяопераційних ускладнень.

Щоденне ендобіліарне введення суміші ліків, що складається з 3 г лініменту дибунолу, 5 тис. од. гепарину та 200 мг териліну, розведених у 500 мл 0,9% розчину NaCl, запропонували П.В.Гарелик та співавт. [8]. Перфузія жовчних шляхів впродовж 7-9 діб відновлювала фізичні властивості жовчі, нормалізувала її біохімічний склад за антиоксидантних та мембранопротекторних властивостей суміші, що дозволяло впродовж 9-10 діб адекватно підготувати хворого до другого етапу операції і зменшити післяопераційну летальність до 5,4%.

В.Т. Зайцев та співавт. для підвищення ефективності лікування гнійних холангітів застосовують ознобіліосорбцію. Метод активного інтрахоледохеального впливу при ГГХ дозволяє ліквідувати холангіт на 6–7 діб швидше [12].

Високий клінічний ефект ендолімфатичної терапії антибіотиками пояснюється створенням вищої концентрації антибіотику в плазмі крові та покращанням функціонального стану лімфатичних шляхів [5]. Внутрішньоаортальні інфузії антибіотиків дозволяють збільшити концентрацію препарату в порівнянні з внутрішньовенним введенням в 1,4-14,9 рази. Проте, не можна погодитись з широким використанням внутрішньоаортального введення лікарських засобів в зв'язку з тим, що ця маніпуляція є технічно складною та небезпечною для хворого. А.К. Кяндарян та співавт. [14] модифікували запропоновану В.М. Буяновим та ін. [4] методику непрямой регіонарної лімфотропної терапії, замінивши лідазу гепарином, який сприяє проникненню антибіотиків до лімфатичного русла. Фармакокінетична дія регіонарної лімфотропної терапії збільшується призначенням на ділянку патологічного процесу діадинамічних токів через 1 год після введення за загальноприйнятою методикою, що також прискорює міграцію лікарських засобів.

Ефективними виявились нові методи комплексного хірургічного лікування холангітів з використанням внутрішньотканинного електрофорезу в ранньому післяопераційному періоді [1, 13], які дозволяють збільшити концентрацію антимікробних засобів у жовчі в 5-7 разів.

Проведений аналіз вказує на невирішеність проблеми лікування гострого холангіту.

- Література.** 1. Андрющенко В.П. Актуальні аспекти проблеми холангіту // II Конгрес хірургів України: Зб. наук. робіт. – Київ: Донецьк: Кліні. хірургія.- 1998. - С.143-144. 2. Андрющенко В.П., Звезденкин О.А. Значение бактериологического исследования желчи при хирургическом лечении больных холангитом //Клини. хирургия. - 1991. - № 9. - С. 18-20. 3. Хирургическая тактика у больных пожилого и старческого возраста с механической желтухой желчнокаменного происхождения // Хирургия. - 1988. - № 9. - С. 24-27. 4. Береснев О.В., Бублик В.В. Особливості лікувальної тактики у хворих механічною жовтяницею, ускладненою холангітом //Перший (XVII) з'їзд хірургів України: тези доповідей.- Львів, 1994. - С. 44. 5. Буянов В.М., Данилов К.Ю., Ступин И.В., Харитонов С.В. Фармакокинетическое обоснование внутриартериальной лимфотропной антибиотикотерапии гнойно-воспалительных заболеваний органов брюшной полости //Антибиотики и химиотерапия. - 1994. - Т. 39, № 4 - С. 40-43. 6. Бысов Е.Г., Абецов М.Е. Рациональная химиотерапия гнойного холангита //Антибиотики и химиотерапия. - 1992. - № 6. - С. 21-24. 7. Гальперин Э.И., Татишвили Г.Г., Ахаладзе Г.Г. и др. Нарушения органной гемодинамики печени и их коррекция при гнойном холангите //Хирургия.-1991 - № 9. -С.77-81. 8. Гарелик П.В., Фомин К.А., Русин Н.И., Страпко В.П. Наружное и внутреннее дренирование в хирургии воспалительных заболеваний желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков // Клини. хирургия. - 1993. - № 11. - С. 5-8. 9. Гостищев В.К., Мисник В.И., Меграбян Р.А. Острый холецистогенный гнойный холангит //Хирургия. - 1991. - № 11. - С. 5-9. 10. Ермолов А.С., Удовский Ф.Е., Юрченко С.В., Дасаев Н.А. Диагностика и лечение обтурационного холангита // Хирургия. - 1994. - №6.- С. 3-6. 11. Ермолов А.С., Юрченко С.В., Дасаев Н.А. Декомпрессия желче-выводящих путей для подготовки больных с обтурационной желтухой и холангитом к радикальной операции // Хирургия. - 1994. - № 9. - С. 24. 12. Зайцев В.Т., Бойко В.В., Брустаница М.П. и др. Применение озонобилиосорбции в комплексе лечебных мероприятий у больных с холангитом на почве холедохолитиаза // Гнойно-септические осложнения в неотложной хирургии: Тез. докл. научно-практ. конф. хирургов Украины (12-14 апреля 1995 г.). - Харьков, 1995. - С.142-144. 13. Іфтодій А.Г., Алексєнко О.В., Гребенюк В.І. Лікування післяопераційного холангіту // II Конгрес хірургів України: Зб. наук робіт. – Київ; Донецьк: Кліні. хірургія.- 1998. - С.157-158. 14. Кяндарян А.К., Цегруза А.Ф., Вахнюк М.А. и др. Модифицированная лимфотропная антибиотикотерапия в комплексном лечении острых воспалительных заболеваний // Гнойно-септические осложнения в неотложной хирургии: Тез. докл. научно-практ. конференции хирургов Украины (12-14 апреля 1995 г.).-Харьков, 1995.-С. 224-225. 15. Мамедов И.М., Ашрафов А.А., Рафиев С.Ф., Алиев С.А. Диагностика и хирургическое лечение холедохолитиаза. //Клини. хирургия. - 1988. - № 9. – С. 10-12. 16. Мовчун А.А., Колос О.Е., Оппель Т.А., Абуллаєва У.А. Хирургическое лечение хронического калькулезного холецистита и его осложнений // Хирургия. - 1998. - № 1. - С. 8-10. 17. Нарбутас П.В., Асеев В.П. Состояние печени у больных, оперированных по поводу желчекаменной болезни, осложнившейся сепсисом // Хирургия.- 1988. - № 9.- С.59-62. 18. Нихинсон Р.А., Чихачев А.М., Акимов В.В. Хирургическое лечение острого холецистита у пациентов с высоким операционным риском // Вестник хирургии им. Грекова. - 1992. - № 1/2/3. - С. 272-276. 19. Ничитайло М.Е. Вузлові питання лікування та профілактики гнійних інфекцій у хворих з непрохідністю жовчових проток небластомного характеру // Перший (XVII) з'їзд хірургів України: тези доп. - Львів.-1994.- С.109. 20. Ничитайло М.Е., Литвиненко А.Н., Дяченко В.В. и др. Современные подходы к лечению холелитиаза // Проблеми клінічної хірургії: зб. наук. робіт, присв. 25-річчю КНД ІК та ЕХ України. - Київ, 1997. - С. 120-127. 21. Рябцев В.Г., Соломка Я.А. Комплексное лечение механической желтухи // Хирургия. - 1994. - № 5. - С. 38-42. 22. Саенко В.Ф., Ничитайло М.Е., Дяченко В.В. и др. Применение малоинвазивных операций в лечении холелитиаза, осложненного обтурационной желтухой //Клини. хирургия. - 1996. - №4. - С. 6-7. 23. Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Скуме А.В. и др. Диагностика и принципы лечения обструктивного гнойного холангита //Клини. хирургия. - 1991. - № 9. - С. 1-4. 24. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е. и др. Дифференциальная диагностика и лечебная тактика при неопухолевой механической желтухе и холангите //Хирургия.- 1993. - № 1.- С.13-17. 25. Arnaud J.P., Casa C., Bruant P. et al. Cholecystectomy by celioscopy. Apropos of 126 cases // Ann. Chir. - 1993. - №47(4). - P.307-310. 26. Behrman S.W., Melvin W.S., Babb M.E. et al. Laparoscopic cholecystectomy in the geriatric population // Am. Surg. 1996. - May;62(5). - P.386-390. 27. Carmona R., Suazo J., Uscanga Dominguez L. Acute infectious cholangitis // Rev. Gastroenterol. Mex. - 1996.- Oct;61(4). - P.332-337. 28. Chan F.L., Chan J.K., Leong L.L. Modern imaging in the evaluation of hepatolithiasis // Hepatogastroenterology. - 1997.- Mar;44(14). - P.358-369. 29. Chijiwa K., Kozaki N., Naito T. et al. Treatment of choice for choledocholithiasis in patients with acute obstructive suppurative cholangitis and liver cirrhosis // Am. J. Surg. - 1995. - Oct;170(4). - P.356-360. 30. Csendes A., Burdiles P., Maluenda F. et al. Simultaneous bacteriologic assessment of bile from gallbladder and common bile duct in control subjects and patients with gallstones and common duct stones // Arch.Surg.-1996.-Apr;131(4). - P.389-394. 31. Csendes A., Mitru N., Maluenda F. et al. Counts of bacteria and pyocites of choledochal bile in controls and in patients with gallstones or common bile duct stones with or without acute cholangitis // Hepatogastroenterology. - 1996. - Jul;43(10). - P.800-806. 32. Damianov D., Aleksandrova A., Nedin D. The choice of the operation and management in cholangitis // Khirurgiia (Sofia). - 1996 -№49(5). - P.5-7. 33. Demediuk B., Speer AG., Hellyar A. Induced antibiotic-resistant bacteria in cholangitis with biliary stasis // Aust. N. Z. J. Surg.- 1996. - Nov;66 (11). – P.778-780. 34. Ferreras Catusas N., Comes Vaello J.B., Craywinckel Marti G. et al. Early bile drainage in acute cholangitis // Rev. Esp. Enferm. Dig. - 1995. - Sep;87(9).- P.637-640. 35. Gott P.E., Tieva M.H., Barcia P.J., Laberge J.M. Biliary access procedure in the management of oriental cholangiohepatitis // Am. Surg.-1996.- Nov; 62(11). -P.930-934. 36. Jakobs R., Maier M., Benz C. et al. Percutaneous and transpapillary laser lithotripsy of intrahepatic gallstones // Dtsch. Med. Wochenschr.-1997.-Mar14;122(11).- P.317-322. 37. Kada

37. *ku S.C.*. Biliary tract emergencies. Acute cholecystitis, acute cholangitis, and acute pancreatitis // *Med. Clin. North. Am* - 1993. - Sep;77(5). - P.1015-1036. 38. *Karachalios G.N., Nasiopoulou D.D., Bourlinou P.K., Reppa A.* Treatment of acute biliary tract infections with ofloxacin: a randomized, controlled clinical trial // *Int. J. Clin. Pharmacol. Ther.* - 1996. - Dec;34(12). - P.555-557. 39. *Kleiner B., Schmassmann A., Scheurer U. et al.* 15 years of endoscopic therapy in choledocholithiasis // *Schweiz. Med. Wochenschr.* - 1996. - Oct5; 126(40) -P.1680-1687. 40. *Lameris J.S., van Overhagen H.* Imaging and intervention in patients with acute right upper quadrant disease // *Baillieres. Clin. Gastroenterol.* - 1995. - Mar;9(1). - P.21-36. 41. *Lu Y., Yue Z., Jia S. et al.* A clinical study on the postoperative prognosis of 168 cases of surgical hyperbilirubinemia // *Panminerva Med.* - 1994. - Jun;36(2).- P.57-61. 42. *Magnuson T.H., Ratner I.E., Zenilman M.E., Bender J.S.* Laparoscopic cholecystectomy: applicability in the geriatric population // *Am. Surg.* - 1997. - Jan;63(1). - P.91-96. 43. *Modrzejewski A.* Combined endoscopy and laparoscopy for treatment of cholelithiasis. Analysis of early and late results // *Ann. Acad. Med. Stetin.* - 1996. - Suppl 30.- P.1-127. 44. *Nakai T., Tanimura H.* Acute obstructive suppurative cholangitis // *Ryoikibetsu Shokogun Shirizu.* - 1996. - № 9. - P.8-10. 45. *Nakeeb A., Pitt H.A.* The role of preoperative biliary decompression in obstructive jaundice// *Hepatogastroenterology.* -1995. - Jul;42(4). - P.332-337. 46. *Piskac P., Riebel O., Jurka M.* Emergency endoscopic papillosphincterotomy in a department of surgery // *Rozhl. Chir.*- 1996.- N 75(1). - P.19-22. 47. *Suc B., Fournatier G., Escat J.* Argument for choledochostomy, intraoperative endoscopy and external biliary drainage in the treatment of lithiasis of the common bile duct. A 15-year experience // *Ann. Chir.*- 1994 -№48(10). - P.905-910. 48. *Tyhmank F., Lochman O., Pelak Z.* Cefoperazone in the treatment of infections of the gallbladder, biliary ducts and liver in surgical patients // *Rozhl. Chir.*- 1996.- Nov;75(11). - P.544-548.

MODERN APPROACHES OF SOLVING PROBLEMS OF TREATMENT OF SUPPURATIVE CHOLANGITIS

V.I.Grebeniuk, A.G.Iftodyi

Abstract. A bibliography review of a complex surgical treatment of suppurative cholangitis at a background of gall-stone disease is given in this article.

Key words: gall-stone disease, surgical treatment, suppurative cholangitis.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)
