

УДК 616.381-002:616.381-002.1

Мільков Б.О., Бочаров А.В., Білококий В.В., Гресько М.М., Домбровський Д.Б., Доготар О.О.

Місцевий перитоніт, як ускладнення гострого деструктивного калькульозного холециститу

Кафедра факультетської хірургії (зав. каф. - проф. І.Ю.Полянський)

Буковинської державної медичної академії

Резюме. У 156 хворих з гострим деструктивним холециститом, в тому числі у 106 з місцевим перитонітом, вивчено характер мікрофлори в біляміхуровому інфільтраті. Для діагностики різних форм деструктивного холециститу використовували дані УЗД і питомо електровідність сироватки крові. Методом профілактики перитоніту є раннє оперативне втручання.

Ключові слова: калькульозний холецистит, перитоніт.

Перитоніт - найбільш часте та загрозове ускладнення гострого деструктивного калькульозного холециститу (ГДКХ), що в основному зумовлює незадовільні результати лікування цієї патології [1, 4, 5]. В літературі головним чином звертається увага на розповсюджені його форми, а місцеві залишаються недостатньо вивченими.

Мета: Вивчити особливості перебігу місцевого перитоніту як ускладнення ГДКХ та розробити заходи ранньої діагностики і лікувальної тактики.

Матеріал і методи дослідження

Нами проаналізовано 156 спостережень хворих на ГДКХ (без проявів жовтяниці), з них 47 чоловіків і 109 жінок. Вік хворих - від 18 до 89 років. У 34 була гангренозна і у 122 хворих - флегмонозна форма деструкції жовчного міхура. При обстеженні встановлено: у 25 хворих ГДКХ ускладнений місцевим серозним перитонітом, у 26 хворих - біляміхуровим абсцесом і у 55 хворих - біляміхуровим інфільтратом. Контрольну групу складала 55 хворих на ГДКХ без проявів перитоніту.

Крім загальноприйнятих клініко-лабораторних методів обстеження, застосовувалось ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини, визначення питомої електровідності сироватки венозної крові (ПЕСВК) за методикою Б.О. Мількова і співавторів [7] в модифікації В.В. Білокого [2] та мікробіологічні дослідження жовчі, стінки жовчного міхура, чепця та мазків з підпечінкового простору і ексудату черевної порожнини.

Результати дослідження та їх обговорення

Вірогідної різниці за клінічними даними між групою хворих на ГДКХ з місцевим перитонітом і без нього не було. В обох групах хворих визначались симптоми Кера, Грекова-Ортнера, Мюсі-Георгієвського та Мерфі. З 55 хворих на ГДКХ, ускладненим біляміхуровим інфільтратом, у 33 він визначався при пальпації. Все ж можна зазначити, що клінічна симптоматика при гангренозному холециститі, ускладненому місцевим перитонітом, була значно вираженіша.

Показники загального аналізу крові (ЗАК) вказували на більшу важкість стану хворих при наявності перитоніту. Так, кількість лейкоцитів у хворих на ГДКХ без перитоніту при флегмонозній формі деструкції складала $9,36 \pm 0,35 \times 10^9/\text{л}$, при гангренозній - $9,96 \pm 0,39 \times 10^9/\text{л}$, а при ускладненні перитонітом відповідно $12,87 \pm 3,18 \times 10^9/\text{л}$ та $12,57 \pm 1,30 \times 10^9/\text{л}$. В той же час, в окремих випадках особливих змін в ЗАК при ускладненні перитонітом не відмічалось. Так, в 5-ти випадках кількість лейко-

цитів складала від $3,8 \times 10^9/\text{л}$ до $9,0 \times 10^9/\text{л}$, а паличкоядерних нейтрофілів - від 5% до 8%.

УЗД гепатобіліарної зони дозволяло встановити ознаки наявності конкрементів, ехогенної жовчі, потовщення та подвійного контура стінок жовчного міхура. При цілеспрямованому обстеженні хворих даний метод дозволяв запідозрити також біляміхуровий інфільтрат та наявність рідини біля жовчного міхура.

Аналіз даних ПЕСВК (табл.1) свідчить про те, що із збільшенням ступеня деструкції жовчного міхура, утворенням інфільтрату, а, особливо, з появою ексудату, показники ПЕСВК зменшуються, що вказує на зростання ступеня ендотоксикозу.

Враховуючи розбіжності в поглядах на роль мікрофлори при жовчному перитоніті, який виникає внаслідок гострого калькульозного холециститу [5, 6, 8], а також відсутність даних в літературі щодо наявності чи відсутності мікрофлори в тканинах, що утворюють біляміхуровий інфільтрат, нами проведені мікробіологічні дослідження, направлені на виявлення контамінації мікроорганізмів в стінці жовчного міхура та в біляміхуровому інфільтраті, підпечінкового простору. Проводилась ідентифікація та виділення аеробів та анаеробів з патологічного матеріалу. Матеріали забирали під час оперативного втручання у 46 хворих, в тому числі у 33-х хворих на ГДКХ (25 - на флегмонозний, 8 - на гангренозний), ускладнений перитонітом, у 4-х хворих на ГДКХ без перитоніту та у 9-ти хворих без запальних процесів органів черевної порожнини (контрольна група). Встановлено, що з жовчі у хворих на ГДКХ, ускладнений інфільтратом, а також серозним перитонітом, в великих кількостях виділяються ешерихії та ентерококи. Анаеробні бактерії висіваються майже у половини хворих. Подібна картина була й при дослідженні стінки жовчного міхура. З перитонеального ексудату висівались ешерихії та бактероїди в асоціації з пеніцилоками, фекальними стрептококами, золотистим стафілококом та іншими ентеробактеріями (протейями і клебсієлами). Основними мікроорганізмами, що контамінують та колонізують чепець, у хворих на ГДКХ, ускладнений біляміхуровим інфільтратом, є фекальні стрептококи (індекс постійності (ІП) - 61,29%), ешерихії (ІП - 54,84%) та бактероїди (ІП - 48,39%) в асоціації із золотистим стафілококом, клостридіями та клебсієлами. У цієї категорії хворих настає контамінація та розмноження мікрофлори не тільки в ділянці структур інфільтрату, але й в підпечінковому просторі. З 4-х хворих на ГДКХ без перитоніту у 1-ї хворої посіви росту не дали, у 1-ї встановлено ріст мікрофлори в жовчі та великому чепцю, що прилягав до міхура, а у 2-х хворих патогенну мікрофлору (кишечна паличка, фекальні стрептококи) висіяно ще і з підпечінкового простору. При проведенні бактеріологічного дослідження встановлено, що з 9-ти хворих без запальних про-

Таблиця 1. Характеристика питомої електропровідності сироватки венозної крові у хворих на різні форми холециститу при поступленні в стаціонар

Показник	Форми холециститу				
	Флегмонозний n=18	Флегмонозний з інфільтратом n=15	Гангренозний, n=13	Гангренозний з інфільтратом n = 9	Деструктивний з біляміхуровим ексудатом n = 10
ПЕСВК	1,38±0,003	1,33±0,003 P _{1,2} <0,05	1,26±0,003	1,21±0,003 P _{3,4} <0,05	1,16±0,003 P _{1,5} <0,05

Примітка: p – ступінь достовірності відмінності показників між групами хворих, що обстежувались; n – число спостережень.

цесів в черевній порожнині, яким виконувались планові оперативні втручання з приводу пахової киля та виразкової хвороби дванадцятипалої кишки у 8-ми хворих посіви росту не дали, а у 1-го хворого на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки висіяні спорові форми, присутність яких не підтверджує наявності запального процесу.

Аналіз наведених даних вказує на наявність та розповсюдження мікрофлори при ГДКХ в черевній порожнині, а також в біляміхуровому інфільтраті, навіть при відсутності ексудату, що вказує на необхідність проведення під час холецистектомії санації регіону жовчного міхура та дренажу черевної порожнини.

Отримані мікробіологічні дані наявності в біляміхуровому інфільтраті мікробної контамінації та компонентів жовчі [3] приводять до збільшення ендотоксикозу, про що свідчить зниження ПЕСВК (табл. 1). На основі цього був запропонований іригатор, що вводиться під час операції холецистектомії (ХЕ) в біляміхуровий інфільтрат для ін'єкції лікарських препаратів в післяопераційному періоді (реополіглокін, гепарин, 5% розчин амінокапронової кислоти, контрикал, ампіцилін, гентаміцин, 25% розчин димексиду).

Як показали наші дослідження (табл. 2), не дивлячись на проведення інтенсивної консервативної терапії протягом 3-х, 4-х, 5-ти діб, у хворих під час операції мала місце гангренозна деструкція жовчного міхура, перитоніт.

Тому основною метою консервативної терапії при ГДКХ мусить бути підготовка до оперативного втручання, а не намагання досягти повної ліквідації запального процесу, з подальшим оперативним втручанням, в так званому "холодному періоді".

Після операції холецистектомії померло 5 хворих віком від 61 до 73 років з гострим флегмонозним калькульозним холециститом, ускладненим місцевим перитонітом. Термін від моменту поступлення до операції становив 2-3 дні у 3-х хворих та 7-10 днів у 2-х хворих. Безпосередньою причиною смерті в 3-х випадках була печінково-ниркова недостатність, в 1-му – тромбемболія легеневої ар-

терії і в 1-му – перитоніт. Крім того, у 3-х хворих була пневмонія.

Висновки

1. В діагностиці місцевого перитоніту як ускладнення гострого деструктивного калькульозного холециститу поряд з загальноприйнятими клініко-лабораторними методами важливе значення має ультразвукове дослідження підпечінко-

вого простору та визначення питомої електропровідності сироватки венозної крові.

2. Методом профілактики перитоніту при гострому деструктивному калькульозному холециститі є раннє оперативне втручання без повної ліквідації запального процесу, в той же час, оптимальним треба вважати видалення конкрементів жовчного міхура при їх виявленні до появи клініки запального процесу.

3. При біляміхуровому інфільтраті в комплексному лікуванні раціональним є локальне підведення лікарських препаратів за допомогою мікроіригатора в товщу інфільтрата.

Література

- Беліева О.А., Бабенко В.И., Мендель М.А. Особенности лечебной тактики при перитоните, обусловленном острым холециститом. // Клини. Хирургия. – 1996. – №2 – 3. – С.8.
- Білоокій В.В. Ендотоксикоз при гострій хірургічній патології і методи його діагностики: Автореф. Дис. – канд. Мед. Наук. – Дніпропетровськ, 1993. – 16 с.
- Бочаров А.В., Мильков Б.О., Кухарчук О.Л., Білоокій В.В., Роговий Ю.Є., Шумко Б.І. Особливості патогенезу запалення при біляміхуровому інфільтраті. Буковинський медичний вісник, 1999, № 1. – С. 84-88.
- Васильюк М.Д., Гудивок В.І. Зміни функціонального стану печінки при гострому холециститі і його хірургічному лікуванні // Клінічна хірургія, 1998. – № 3. – С. 24.
- Дуденко Г. И., Передерий В.Г., Цыганенко В.Г. и др. Хирургическое лечение острого осложнённого холецистита у лиц пожилого и старческого возраста. – Харьков.: Прапор, 1993. – С.184.
- Малюгина Т.А. Жёлчный перитонит. – М.: Медицина, 1973. – 255 с.
- Мильков Б.О., Смирский О.А., Мещинен И.Ф., Федоряк С.Д. Способ диагностики эндогенной интоксикации / А.с. № 1388801. -Открытие, изобретения М., 1988, № 14. - С. 201.
- Перфильев Д.Ф. Микробиологические и иммунологические показатели у больных острым холециститом / Хирургия. – 1990. – №10. – С.21 – 24.

B.O.Milkov, A.V.Bocharov, V.V.Bilookyi, M.M.Gresko, D.B.Dombrovskiy, O.O.Dohotar

Localized Peritonitis as a Complication of Acute Calculous Destructive Cholecystitis

Summary. On the basis of an analysis of follow-up observations of 156 patients with acute destructive calculous cholecystitis we were able to evaluate the findings of an ultrasonic examination and determine the specific electric conductivity of the venous blood serum, while diagnosing this pathology. It is recommended to introduce medicinal preparations into the thickness of the infiltrate in the presence of a paravesical infiltrate in patients, taking into consideration microbiologic investigations.

Key words: Calculous cholecystitis, peritonitis.

Надійшла 12.06.2000 року.

Таблиця 2. Показники доопераційного ліжкодня у хворих на ГДКХ

Характер патології,	Без місцевого перитоніту		З інфільтратом		З біляміхуровим ексудатом
	Флегмонозна	Гангренозна	Флегмонозна	Гангренозна	Флегмонозна, гангренозна
Деструкція жовчного міхура					
Ліжкодень (середні дані)	2,86	3,15	4,48	4,3	3,2