

УДК 616.381-002:616.36-008.81-089

В.В.Білокий, П.В.Сахацький

ЖОВЧНИЙ ПЕРИТОНІТ - ПРОБЛЕМА КЛІНІЧНОЇ ХІРУРГІЇ

Кафедра факультетської хірургії, ЛОР та очних хвороб (зав. - проф. І.Ю.Полянський)
Буковинської державної медичної академії

Резюме. Огляд літератури, присвячений проблемі жовчного перитоніту, етіологічним чинникам його розвитку, особливостям клінічного перебігу, діагностики та лікування.

Ключові слова: жовч, перитоніт, жовчний асцит.

У більшості робіт термін “жовчний перитоніт” вживається у випадках попадання жовчі в черевну порожнину. Внаслідок такого широкого трактування терміна, в поняття жовчного перитоніту включали скупчення інфікованої або неінфікованої жовчі різного походження. Це, у свою чергу, призвело до незрозуміння патофізіологічних механізмів жовчного перитоніту та його ролі при різних захворюваннях. Попадання жовчі в черевну порожнину не завжди веде до розвитку жовчного перитоніту з характерними для нього морфологічними та клінічними проявами. Проте навіть на секції при виявленні жовчі в черевній порожнині та при відсутності змін з боку серозних оболонок, незмінених петель кишок, патологоанатоми виставляють діагноз жовчного перитоніту [16].

У літературі виділяють перитоніт внаслідок інвазивних маніпуляцій, спонтанний, післятравматичний, післяопераційний та жовчний перитоніт при холециститі. Доцільно також чітко розрізняти жовчний перитоніт та жовчний асцит [20].

Раптова перфорація макроскопічно нормального жовчного міхура явище досить рідкісне. Саме поняття спонтанного перитоніту, можливо, взагалі зникне, оскільки при гістологічному дослідженні завжди виявляються зміни, характерні для хронічного запалення, ішемічного чи геморагічного інфаркту [32,33,35].

Жовчний перитоніт після травми виникає нечасто. Він може бути викликаний як проникним пораненням, так і тупою травмою. Проте у таких хворих у клінічній картині переважають прояви кровотечі із супровідних пошкоджень печінки. Високу летальність пов'язують, в першу чергу, з комбінованими пошкодженнями інших органів. При консервативному лікуванні хворих із травмою живота жовчний перитоніт, у випадку його розвитку, не викликає особливих труднощів [13,28,29].

Підтікання жовчі після холецистектомії трапляється безумовно частіше, ніж діагностується. Так було доведено, що приблизно у третини хворих після звичайної холецистектомії без дренивання черевної порожнини, з допомогою сканування можна виявити жовчні затікання. У ранньому післяопераційному періоді в підпечінковому просторі скупчується рідина, яка пізніше розсмоктується, без будь-яких клінічних проявів захворювання [37,40,31].

Як правило, скупчення жовчі після оперативного втручання на жовчних шляхах викликано: 1) зісковзуванням лігатури з міхурової протоки; 2) інтраопераційним пошкодженням протоків; 3) підтіканням жовчі з додаткових проток та ложа жовчного міхура; 4) витіканням жовчі зі зміщеного дренажу холедоха; 5) неспроможністю швів загальної жовчної протоки. Затікання жовчі та жовчний перитоніт після видалення Т-подібного дренажу виникають в 1-4% при використанні латексної і полівінілхлоридної

трубок відповідно. Летальність в таких випадках становить від 0 до 6%. Одним з найбільш небезпечних ускладнень після операцій з приводу жовчнокам'яної хвороби, яке призводить до жовчного перитоніту, є неспроможність швів біліодегістивного анастомозу [18,6,30]. Найбільш часто жовч потрапляє в черевну порожнину після маніпуляцій при ревізії жовчних шляхів [39].

Частота перитоніту після операцій з приводу гострих захворювань жовчовивідних шляхів становить біля 8%, при цьому у хворих із важкими формами деструктивного холецистити, особливо перфоративного з паравезикулярним абсцесом, перитоніт виникає більш ніж в 90% випадків [5,8,10].

Клінічні прояви післяопераційного жовчного перитоніту часто є стертими. Найбільш інформативними виявляються дані УЗД або лапароскопічного обстеження [11].

Нерідко є повідомлення про жовчні перитоніти після біопсії печінки, через печінкової холангіографії. Вони можуть виникати і при використанні мікроглок [36].

Жовчний перитоніт є одним із частих ускладнень гострого холецистити та холецистопанкреатиту. Він виникає в 5,5-35% хворих [14,15,17,25]. Шалімов О.О. вважає просякнутий жовчний перитоніт та гострий холецистопанкреатит етапами одного складного процесу, пов'язаного з порушенням нормальної циркуляції жовчі та панкреатичного соку [26,27]. У випадках перфоративного холецистити частота перитоніту сягає 40% [5]. За даними Родіонова В.В. перитоніт ускладнює 82,2% випадків гангренозного холецистити, 68,6% перфоративного, 40% флегмонозного [24]. При цьому автори відмічають переважання місцевого необмеженого перитоніту.

Дані про частоту жовчних перитонітів при гострому холециститі суперечливі. Більшість джерел приводять цифри від 15 до 40%. Треба враховувати, що ці дані деколи включають випадки інтраопераційного виявлення рідини з жовчним відтінком, без очевидної перфорації жовчного міхура [5,14,15,24].

При гострому деструктивному холециститі перитоніт є частим та найбільш небезпечним ускладненням і визначає незадовільні результати лікування. Це пояснюється складнощами діагностики та запізненням надання хірургічної допомоги [4,19]. У більшості хворих клінічна симптоматика перитоніту стерта. Повністю симптоми перитоніту відсутні майже у чверті хворих. Діагностику утруднюють похилий вік та супровідні захворювання [17,21]. У випадку розвитку механічної жовтяниці чи холангіту, своєчасна діагностика досягається у три рази рідше [8]. Відмічають, що у випадках введення антибіотиків до операції, помилки в діагностиці сприяли виникненню перитоніту у 2,5 рази частіше [22].

У більшості хворих немає характерного больового синдрому з блуовою, підвищенням температури, локалізацією болю у правому підребер'ї та іррадіацією в праве плече і праву лопатку. Провідними клінічними ознаками є слабка болочість та інфільтрат у правому підребер'ї, позитивний симптом Ортнера, сухість язика, помірна тахікардія, збільшений жовчний міхур, ейфорія, лейкоцитоз. Фізикальні методи неінформативні [23]. Тому така клінічна картина не може служити орієнтиром у виборі тактики лікування [14,24].

Операцією вибору при гострому холециститі, ускладненому перитонітом, є холецистектомія з дренажуванням черевної порожнини. У хворих похилого та старечого віку з високим ступенем операційно-анестезіологічного ризику при дифузному перитоніті пропонується використання декомпресуючих жовчний міхур операцій з дренажуванням черевної порожнини. Приводяться дані про зниження післяопераційної летальності при більш активній хірургічній тактиці та застосуванні щадних оперативних втручань [1,2,7,14,21]. У випадках з великим оперативним ризиком доцільно починати оперативне лікування із черезшкірного дренажування жовчного міхура під контролем УЗД та лапароскопічної техніки [34].

Летальність при жовчному перитоніті, що виник внаслідок гострого холецистити, поступово зменшилась з 40 до 10% у дослідженнях останніх років. Причини летальності у більшості робіт не описуються. Найчастіше причинами смерті визнавали

не прогресування перитоніту, а загострення супровідних захворювань та декомпенсацію серцево-судинної системи. Разом з тим, значне місце посідає і смерть від тривалої гнійної інтоксикації та печінково-ниркової недостатності. Проте слід визнати, що патофізіологічні причини смерті при жовчному перитоніті залишаються не до кінця з'ясованими [19].

Необхідно відзначити, що велика кількість рідини (в середньому до 5 л) з жовчним відтінком може скупчуватися в черевній порожнині та майже не проявляти себе клінічно. Виникає лише деякий дискомфорт внаслідок підвищення внутрішньочеревного тиску. Цей стан отримав визначення жовчного асциту, холеперитоніуму або cholascos [2]. При жовчному асциті в черевній порожнині відсутні запальні явища – немає фібринозних відкладень, кишечник незмінений, петлі його блищать, а сам він нездутий, активно перистальтує. При надходженні у черевну порожнину чистої, неінфікованої жовчі клінічна картина залежить від кількості та темпу її поступлення. При цьому загальні прояви інтоксикації не виражені такою мірою, як при жовчному перитоніті, кількість лейкоцитів нормальна або помірно підвищена, зсув вліво незначний [20].

Таким чином, літературні дані дають можливість стверджувати, що прогноз при скупченні жовчі в черевній порожнині значно гірший при гострому холециститі, ніж при посттравматичному чи післяопераційному жовчному перитоніті або жовчному асциті. Це пов'язано, в першу чергу, з тим, що при гострому холециститі ймовірність інфікування жовчі значно вища. Невиясненими залишаються механізми впливу жовчі на макроорганізм, роль інфекції в патогенезі та тактика при післяопераційних жовчних перитонітах.

Література. 1. Аримов У.А., Пропорова И.П. Желчный перитонит как осложнение желчно-каменной болезни и выбор хирургического лечения. // Клиническая хирургия.-1987.-№ 4. -С. 3-5. 2. Боровий С.М., Денчук В.Ф., Саковський А.М. Гострий деструктивний холецистит у хворих похилого та старечого віку, ускладнений вишкнєнням підпечінкового та піддіафрагмального гнояка. // Клінічна хірургія. – 1999. - №1. – С. 53-54. 3. Гуленко И.А., Демянюк Д.Г., Диліженко Г.И. и др. Релапоротомия в хирургии желчекаменной болезни. // Хирургия.- 1992. -№1.- С. 31-36. 4. Гостищев В.К., Самин В.П., Авдоденко А.Л. Перитонит. – М.: Медицина.- 1992.-368 с. 5. Гостищев В.К., Мисник В.И. Перфоративный холецистит.- Хирургия.-1985.-№1.-С. 23-27. 6. Гринческу А.Э. Осложнения наружного дренирования желчных путей, как причина желчного перитонита и абсцессов брюшной полости. // Труды Крымского мед. ин-та. – 1982.- Т. 93. – С. 42-43. 7. Датхаев Ю.И. О сроках оперативного вмешательства у больных острым холециститом // Хирургия. – 1985. - №1. – С. 96-98. 8. Дедерер Ю.М., Крылова Н.П., Шойхет Я.Н. Патогенез, диагностика и лечение механической желтухи. - Изд-во Краснояр. ун-та, 1990. - 112 с. 9. Думне Э.П., Галицкий А.Б., Руденко И.В. Ранние послеоперационные осложнения при острых заболеваниях внепеченочных желчных путей. // Хирургия.-1980.-№6.-С. 87-90. 10. Ермолов А.С., Иванов В.А., Удовский Е.Е., Миронер Е.Ф. Антибактериальная терапия в хирургии желчных путей. // Хирургия. - 1986. - №2. - С. 137-142. 11. Ибрагимов Е.Т., Ордабегов С.О., Онгарбаев С.Ж. Диагностика и лечение послеоперационного желчного перитонита. // Хирургия.- 1992.-№1.-С. 96-98. 12. Королев Б.А., Пиковский Д.Л. Экстренная хирургия желчных путей. - М.: Медицина.- 1990, 240 с. 13. Лохвицкий С.В., Садуакасов А.Ж., Афеендулов С.А. Травматические повреждения внепеченочных желчных путей. // Хирургия.-1985.-№1.-С. 27-30. 14. Лубенский Ю.М., Нихинсон Р.А. Хирургическое лечение острого холецистита. // Хирургия. - 1982.-№1.- С. 14-16. 15. Макар Д.А., Андрюшко В.П., Трутяк И.Р. Перитонит при острых заболеваниях желчевыводящих путей. // Клиническая хирургия.-1987.-№9.-С. 60-61. 16. Малыгина Т.А. Желчный перитонит.-М.: Медицина. 1973.-256 с. 17. Мамедов И.М., Атрафов А.А. Желчный перитонит у больных пожилого возраста. // Хирургия.-1987.-№11.-С. 62-64. 18. Милица Н.Н., Товбин Ю.В. Редкое осложнение лапароскопической холецистэктомии // Клінічна хірургія. – 1996.- №9.-С. 15-18. 19. Мороз И.М. Осложнения после холецистэктомии у больных пожилого и старческого возраста // Хирургия.-1982.-№1.-С. 83-85. 20. Николаев Н.О., Гришин С.Г., Старцев А.И., Чекмазов И.А. Желчный асцит и желчный перитонит: // Вестник хирургии.-1998.-№ 12.-С. 25-28. 21. Панцирев Ю.М., Лаунчик Б.П., Наздрачев В.И. Хирургическое лечение острого холецистита, осложненного перитонитом, у больных пожилого и старческого возраста. // Хирургия.- 1990.- №1.- С. 6-10. 22. Родионов В.В., Ницэ А.Л. О стертой клинической симптоматике перитонита при остром деструктивном холецистите. // Вестник хирургии.-1996.-№2.-С. 15-18. 23. Родионов В.В., Филмонов М.И., Могучев В.М. Калькулезный холецистит. – М.: Медицина. 1991. – 320 с. 24. Родионов В.В., Прикупец В.Л., Ницэ А.Л., Вершков А.Ф. Диагностика и лечение острого холецистита осложненного местным перитонитом //

Хирургия. – 1990.-№10. -С. 8-12. 25. Стручков В.С., Лохвицкий С.В., Мисник В.И. Острый холецистит в пожилом и старческом возрасте. – М., 1978. - 313 с. 26. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Нечитайло М.Е., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. К., 1993. -450 с. 27. Шалимов А.А., Шапошников В.И., Пинчук М.П. Острый перитонит. –Киев: Наук. думка, 1981.- 288 с. 28. Carmona RH, Lim Jr Rс, Clark GC. Morbidity and mortality in hepatic trauma. A 5-year study // Am. J. Surg.- 1982.- V. 144.- P. 88-94. 29. Conn JH, Shavez CM, Fain WR. Bile peritonitis: an experimental and clinical study // Am. Surgeon.- 1970.- V. 36.-P.219-224. 30. Corbett, CRR, Fyfe NCM, Nicholls RJ, Jackson PT. Bile peritonitis after removal of T-tubes from the common bile tract // Br. J. Surg.- 1986.- V.-73.- P. 641-643. 31. Elboim CM, Goldman L, Harn L, Palestrom AM, Silen W. Significance of postcholecystectomy fluid collections // Ann. Surg.- 1983. -V. 198.-P. 137-141. 32. Ellis H, Crohin K. Bile peritonitis. Br J Surg.-1980.-V.-48.-P. 166-171. 33. Gough AL, Edwards AN, Keddie NC. Spontaneous perforation of the common hepatic duct // Br. J. Surg.-1976.-V.- 63.-P. 446-448. 34. Marchal F; Bresler L; Tortuyaux JM; Boissel P; Deneuve M; Regent D The role of percutaneous drainage in acute calculous cholecystitis. Apropos of 27 cases // Ann. Chir. (France). 1998.- V. 52 №7.- P. 618-624. 35. McCrede JA. Two cases of ruptured extrahepatic bile ducts // Br. Med. J.- 1957.- V. 1.- P. 267-269. 36. Nilson U, Evander A, Inse I, Lunderquist A, Mocibob A. Percutaneous transhepatic cholangiography and drainage. Risks and complications // Acta Radiol Diagn.-1983.- V. 24. -P. 433-439. 37. Rayter Z, Tonge C, Bennet CE, Robinson PS, Thomas MH. Bile leaks after simple cholecystectomy // Br. J. Surg.- 1989.- V. 76.- P.1046-1048. 38. Sandoval BA; Goettler CE; Robinson AV; O'Donnell JK; Adler LP; Stellato TA Cholescintigraphy in the diagnosis of bile leak after laparoscopic cholecystectomy // Am. Surg. (United States).- Jul 1997.- V. 63(7). - P. 611-616. 39. Schwartz Seymour I. Principles of surgery.- 1984. -2150p. 40. van der Linden W, Kempf V, Gedda S. A radionuclide study on the effectiveness of drainage after elective cholecystectomy // Ann. Surg.- 1981.- V. 193.-P. 155-160.

BILE PERITONITIS AS A PROBLEM OF CLINICAL SURGERY

K.V. Bilooky, P.V. Sakhatsky

Abstract. The review is dedicated to the problems of bile peritonitis, its ethiology, peculiarities of manifestation, development and management.

Key words. bile, peritonitis, bile ascities.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла до редакції 27.04.2000 року