

ПОСЛІДОВНІСТЬ ПРОВЕДЕННЯ РІЗНИХ ВИДІВ ХИРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ ГОСТРОМУ ХОЛАНГІТІ

Доц. В. А. БОВК

КНП «Обласна клінічна лікарня», Харків, Україна

Обґрунтовано послідовність проведення хірургічних втручань при гострому холангіті, а саме – ендоскопічних, черезшкірних, лапароскопічних та відкритих методик. Практика свідчить, що у більшості випадків хворі потребують кількох операцій.

Ключові слова: гострий холангіт, ендоскопічні втручання, черезшкірні втручання, лапароскопія.

Гострий бактеріальний холангіт належить до ургентних станів у гастроентерології, що супроводжуються високою летальністю і потребують чіткої діагностики та негайного початку лікування. Причинами гострого холангіту є широкий спектр життєво небезпечних захворювань, кожному з яких відповідає певне лікування. Без своєчасного лікування гострий холангіт призводить до летального кінця.

Холангіт є ускладненням багатьох захворювань: холелітазу, доброякісної стриктури жовчовивідних шляхів, злоякісної оклюзії, різноманітних панкреатитів, пухлини дванадцятипалої кишки, паразитарної інвазії, здавлення жовчовивідних шляхів ззовні, папілярного стенозу та фіброзу, дивертикульозу дванадцятипалої кишки, недостатності сфінктера Одді, гемобілії, станів після білідигестивних анастомозів [1], вроджених та ятрогенних факторів. Він може бути спричинений інтраопераційними та післяопераційними ускладненнями. Незважаючи на велике різноманіття етіологічних передумов розвитку та клінічних форм гострого холангіту, ці стани мають певні загальні риси патогенезу й лікувальних підходів [2].

У розвитку гострого холангіту принципове значення мають поява і збільшення кількості бактерій у біліарному тракті та підвищення інтрапротокового тиску, що сприяє транслокації бактерій та ендотоксинів у судинну й лімфатичну системи (холангіовенозний та холангіолімфатичний рефлюкси відповідно) [3]. У поєднанні з розширенням жовчних проток та підвищенням проникності запаленого епітелію цей процес призводить до таких фатальних станів, як печінкові абсцеси й сепсис [4].

Для різних видів холангіту існують схожі методи лікування, але хірургічні підходи відрізняються залежно від причин виникнення захворювання та ускладнень, що розвинулися при запальному або запально-інфекційному процесі у жовчних протоках. Актуальними нестандартизованими залишаються також підходи до вибору способу та обсягу того чи іншого хірургічного втручання, визначення строків операцій, методів внутрішньопротокової санації жовчних проток, етапності втручання [5].

Наявність гострого холангіту у більшості випадків зумовлює етапність хірургічного лікування.

У першу чергу у таких хворих потрібно усунути біліарну гіпертензію, а в подальшому – проводити корекцію патологічного процесу, який спричинив гострий холангіт [6]. Розвиток холангіогенних абсцесів печінки диктує необхідність їх якнайшвидшого дренивання. Усі вказані аспекти хірургічного лікування холангіту можуть бути виконані при одному втручанні, а можуть відбуватися послідовно, залежно від тяжкості стану хворого та виду основної патології, що ускладнилась розвитком гострого холангіту [7].

Мета нашої роботи – обґрунтування послідовності виконання різних видів хірургічних втручань при гострому холангіті.

У поданому дослідженні наведено результати лікування 150 пацієнтів із гострим холангітом, які перебували у КНП «Обласна клінічна лікарня» міста Харкова у період 2014–2017 рр. Первинними захворюваннями, які ускладнилися розвитком гострого холангіту, були: жовчнокам'яна хвороба, рак голівки підшлункової залози, тубулярний стеноз термінального відділу холедоха, стриктури холедоха та білідигестивного анастомозу, патологія великого сосочка дванадцятипалої кишки, холангіокарцинома. У всіх пацієнтів спостерігалася механічна жовтяниця різних строків задушення та певного ступеня вираженості.

Усім хворим виконано стандартні лабораторні та ультразвукове дослідження (УЗД). При УЗД виявлено ознаки біліарної гіпертензії різної етіології у 100% випадків та в їх переважній більшості встановлено причину гострого холангіту. Мультидетекторну комп'ютерну томографію з контрастуванням і без нього було призначено 75% пацієнтів із діагностичною метою та задля уточнення первинної причини виникнення холангіту, структури і локалізації абсцесів, глибини їх залягання для раціонального вибору тактики лікування.

Пацієнтам проведено ендоскопічні, черезшкірні, лапароскопічні та відкриті хірургічні втручання, а саме – ендоскопічну папілосфінктеротомію, механічну літотрипсію, літоекстракцію, стентування гепатикохоледоха. Черезшкірними втручаннями були: транспечінкове дренивання жовчовивідних шляхів, холецистостомія, дренивання абсцесів печінки. Лапароскопічно виконано: холецистектомію,

дренування гепатикохоледоха, холедохолітотомію, розкриття та дренування холангіогенних абсцесів печінки, холецистоеюностомію. Відкритим способом (тобто з використанням лапаротомії) проведено холецистектомію, холедохолітотомію, дренування гепатикохоледоха, розкриття та дренування абсцесів печінки.

Для лікування гострого холангіту та ліквідації причин його виникнення 150 пацієнтам було застосовано 241 етап хірургічних втручань. Одноетапно проліковано 53 пацієнтів, у два етапи — 91, у три — 6.

В один етап отримали лікування пацієнти, яким одночасно виконувалася хірургічна корекція основної патології, що призвела до гострого холангіту, та дренування жовчовивідних шляхів. Такими втручаннями були лапароскопічні у 7 хворих, відкриті — у 35, ендоскопічно транспапілярні — у 9 пацієнтів із холедолітіазом та холецистектомією в анамнезі та у 2 — зі стенозом термінального відділу холедоха.

При багатоетапному підході зазвичай першим було хірургічне лікування гострого холангіту, направлене на усунення біліарної гіпертензії та дренування жовчовивідних шляхів. Із цією метою виконано ендоскопічні, черезшкірні та лапароскопічні хірургічні втручання. Ендоскопічні трансдуоденальні втручання — папілосфінктеротомія в 59 випадках, у тому числі: механічна літотомія — у 21, літоекстракція — у 35, стентування холедоха — у 15. Із черезшкірних втручань виконано дренування жовчних шляхів 13 хворим та холецистостомію — 9. Лапароскопічним шляхом проведено холецистостомію в 11 та дренування холедоха — у 5 хворих.

Винятком були хірургічні втручання при гострому запально-деструктивному процесі у жовчному міхурі та за наявності абсцесів печінки. У таких ситуаціях при невисокому рівні концентрації білірубину в крові (до 50 мкмоль/л) у першу чергу застосовують лапароскопічну холецистектомію з дренуванням гепатикохоледоха (10 пацієнтів). У 3 випадках лапароскопічно при видаленні жовчного міхура виконано також розкриття та дренування печінкових абсцесів. Ендоскопічні дренуючі втручання на жовчовивідних шляхах проводили у найближчий час, коли це було можливим. Зазвичай цей період становив 3–4 доби.

При наявності печінкових холангіогенних абсцесів одночасно з черезшкірним дренуванням жовчовивідних шляхів також черезшкірно дреновано абсцеси печінки у 7 хворих.

Ендоскопічні втручання проведено трансдуоденально транспапілярно з головною метою — усунення біліарної гіпертензії шляхом дренування жовчовивідних шляхів. Черезшкірні дренуючі втручання (дренування жовчних шляхів, холецистостомія) виконано після безуспішних спроб ендоскопічного дренування жовчних шляхів.

Відкриті оперативні втручання призначалися у переважній більшості при безуспішних спробах ендоскопічного та черезшкірного дренування жов-

чних проток. При відкритих хірургічних втручаннях зазвичай холецистектомія, холедохолітотомія та дренування холедоха виконувались одночасно.

Наступні етапи хірургічного лікування передбачали усунення причини виникнення холангіту та розкриття і дренування абсцесів печінки після дренування жовчовивідних шляхів. У переважній більшості це була лапароскопічна холецистектомія при жовчнокам'яній хворобі (71 пацієнт), а також лапароскопічне (9) та черезшкірне (2) розкриття й дренування холангіогенних абсцесів печінки.

У 7 хворих із тривалим виділенням великої кількості жовчі (300–400 мл за добу на протязі понад 5 діб) та 5 пацієнтів, у яких зберігалася жовтяниця після відкритих і лапароскопічних хірургічних втручань, у післяопераційному періоді діагностовано холедохолітіаз і проведено ендоскопічну папілосфінктеротомію та літоекстракцію.

При гострому холангіті внаслідок злякисного походження obtурації жовчовивідних шляхів після їх дренування подальші хірургічні втручання проводились у спеціалізованих лікувальних закладах (35 випадків).

Ускладненнями при лікуванні гострого холангіту на різних етапах були жовчовитікання, дислокація дренажу жовчної протоки, коагулопатія, внутрішньочеревна кровотеча, абсцес черевної порожнини, гострий панкреатит, правобічний гідроторакс, правобічна емпієма плеври, гнійні та запальні процеси з боку післяопераційних ран. У загальній кількості випадків ускладнення виникли у 34 (22,7%) хворих, у 16 (10,7%) — їх було два і більше. Відзначено, що кількість післяопераційних ускладнень залежала від тривалості хірургічного втручання: серед пацієнтів, у яких час проведення операції виявився меншим за 80 хв, їх було 6,23%, понад 80 хв — 35,9%.

Жовчовитікання виникло у 2 пацієнтів після відкритих хірургічних втручань із приводу деструктивного запального процесу в жовчному міхурі та холангіту на фоні інфільтрації гепатодуоденальної зв'язки. В обох випадках це ускладнення ліквідовано після ендоскопічного стентування гепатикохоледоха. Таким же методом проведено корекцію у двох пацієнтів після дислокації дренажу позапечінкових жовчних проток.

Порушення згортувальної системи крові взагалі були характерні для усіх хворих із гострим холангітом. Однак у сімох із них після хірургічних втручань відзначено надходження крові по дренажних трубках, рясне промокання пов'язок геморагічним умістом та підшкірні гематоми. Одному з таких пацієнтів виконано релапаротомію, а ще одному — релапароскопію, під час яких джерел внутрішньочеревної кровотечі чітко виявлено не було, їм проведено тампонаду черевної порожнини. Іншим пацієнтам призначалася тільки корекція згортувальної системи крові з компенсацією крововтрати.

Післяопераційне скупчення крові після черезшкірних втручань виникло у трьох пацієнтів: в одному випадку внутрішньочеревну гематому

усунено лапароскопічно, у двох інших — пункційно під контролем ультразвуку.

Піддіафрагмальний абсцес в одного пацієнта розкрито та дреновано лапароскопічно.

Гострий панкреатит виник у трьох пацієнтів після ендоскопічних транспапілярних втручань. У двох випадках лапароскопічно виконано холецистектомію, дреновано чепцеву сумку та черевну порожнину. Транзиторне підвищення амілази крові без сонографічних та клінічних проявів запального процесу у підшлунковій залозі гострим панкреатитом не вважали.

Реактивні зміни у правій плевральній порожнині виникли у п'яти хворих: у двох із них при емпіємі виконано її дронування, інших проліковано пункційним шляхом.

Померли два пацієнти з гострим холангітом на фоні злоякісної обтурації жовчовивідних шляхів від ракової інтоксикації та розвитку біліарного сепсису.

Проведене дослідження дало змогу дійти таких висновків.

Послідовність і час проведення етапів хірургічного лікування хворих із холангітом та вид оперативного втручання визначаються індивідуаль-

но, відповідно до стану хворого та пріоритетності патологічного процесу. Мініінвазивні та відкриті методи застосовуються у різній послідовності та в різні часові проміжки один від одного залежно від вираженості домінуючої патології.

Під час хірургічного втручання при холангіті жовчокам'яної етіології виникають певні труднощі із видаленням конкрементів із жовчних проток. Намагання видалення усіх конкрементів під час однієї операції призводить до збільшення тривалості виконання втручання та, відповідно, збільшення його ризику.

Отже, при гострому запальному процесі у жовчних шляхах необов'язково прагнути до повного видалення конкрементів із гепатикохоледоха. Для цього є дві підстави: по-перше, частині тих пацієнтів, що оперуються лапароскопічним або відкритим способом, уже проведено дреноуючі транспапілярні маніпуляції (ендоскопічні папілосфінктеротомію та стентування гепатикохоледоха), а по-друге — такі дреноуючі мініінвазивні втручання з ендоскопічною механічною літотрипсією та літоекстракцією можна виконати після лапароскопічного або відкритого втручання на жовчовивідних шляхах.

Список літератури

1. Острый холангит и билиарный сепсис (научный обзор) / В. В. Хацко, А. Д. Шаталов, В. Н. Войтюк [и др.] // Укр. журн. хирургии.— 2013.— № 2 (21).— С. 56–67.
2. *Корольков А. Ю.* Холангит и билиарный сепсис: проблема и пути решения / А. Ю. Корольков // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова.— 2009.— Т. 187, № 3.— С. 1720.
3. Хирургические инфекции: руководство; под ред. И. А. Ерюхина, Б. Р. Гельфанда, С. А. Шляпникова.— СПб.: Питер, 2003.— 864 с.
4. *Lee J. G.* Diagnosis and management of acute cholangitis / J. G. Lee // Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol.— 2009.— № 6.— P. 533–541.
5. *Zimmer V.* Acute Bacterial Cholangitis / V. Zimmer, F. Lammert // Viszeralmedizin.— 2015.— Vol. 31 (3).— P. 166–172.
6. *Корольков А. Ю.* Хирургическое лечение острого холангита и билиарного сепсиса при стриктурах терминального отдела желчного протока / А. Ю. Корольков // Инфекции в хирургии.— 2009.— Т. 7, № 1.— С. 1315.
7. Clinical spectrum, frequency, and significance of myocardial dysfunction in severe sepsis and septic shock / J. N. Pulido, B. Afessa, M. Masaki [et al.] // Mayo Clinic Proceedings.— 2012.— Vol. 87, Iss. 7.— P. 620–628.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ РАЗНЫХ ВИДОВ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОСТРОМ ХОЛАНГИТЕ

В. А. ВОВК

Обоснована последовательность проведения хирургических вмешательств при остром холангите, а именно — эндоскопических, чрескожных, лапароскопических и открытых методик. Практика свидетельствует, что в большинстве случаев больные нуждаются в нескольких операциях.

Ключевые слова: острый холангит, эндоскопические вмешательства, чрескожные вмешательства, лапароскопия.

PROTOCOL OF PERFORMING VARIOUS TYPES OF SURGICAL INTERVENTIONS IN ACUTE CHOLANGITIS

V. A. VOVK

The protocol of surgical interventions in acute cholangitis, in particular endoscopic, percutaneous, laparoscopic and open methods, is justified. The practice confirmed that in most cases, patients needed several surgeries.

Key words: acute cholangitis, endoscopic intervention, percutaneous intervention, laparoscopy.

Надійшла 14.11.2018