



Я. С. Березницький,
Р. В. Дука,
І. Ф. Полулях-Черновол

ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРИТОНІТУ У ПАЦІЄНТІВ З АТИПОВИМ ПЕРЕБІГОМ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗУ

© Колектив авторів

Резюме. Не так вже зрідка доводиться зустрічатися з атиповими проявами холедохолітазу (ХДЛ), що спричиняє діагностичні помилки, а запізнене виявлення ускладнених форм, значно погіршує результати лікування. Проблема покращення результатів хірургічного лікування атипового ХДЛ залишається важливою та актуальною. Це потребує удосконалення способів діагностики та оперативних втручань, що спрямовані на запобігання розвитку післяопераційних ускладнень, насамперед, післяопераційного перитоніту, пошуку відповідей на незрозумілі та невирішені питання. У статті проаналізовано результати хірургічного лікування 65 хворих на атиповий ХДЛ. Вивчені фактори ризику, розроблені загальні принципи діагностики, лікування та профілактики післяопераційного перитоніту.

Ключові слова: атиповий холедохолітаз, хірургічне лікування, профілактика, післяопераційний перитоніт.

Вступ

Кожного року захворюваність на жовчянокам'яну хворобу (ЖКХ) у всьому світі прогресивно збільшується. Вона спостерігається у кожного десятого жителя, а холедохолітаз (ХДЛ) зустрічається в 5–8 % випадків [2, 6, 7]. Проблема поліпшення результатів хірургічного лікування ХДЛ до теперішнього часу залишається важливою та актуальною [5, 7, 8, 10].

Разом із хворими, що мають більш менш типову картину ЖКХ, значно збільшилася кількість пацієнтів з атиповим її перебігом. Частота атипового ХДЛ варіює в межах від 4 до 17,3 % [1, 4, 5]. Під атиповим ХДЛ мають на увазі відсутність одного або декількох типових ознак цього захворювання: нападоподібного болю у правім підреберрі, механічної жовтяниці, холангіту, а також розширення діаметру загальної жовчної протоки (ЗЖП) при ультразвуковому дослідженні (УЗД) [1, 4, 10].

Несвоєчасна діагностика, зокрема через атипові прояви захворювання, в 10,7–39 % призводить до різних ускладнень, в тому числі і до післяопераційного перитоніту [1, 2, 8, 9]. Це диктує необхідність виявлення факторів ризику та удосконалення способів діагностики, лікування та профілактики післяопераційного перитоніту.

Матеріали та методи досліджень

Нами вивчено результати хірургічного лікування 65 хворих на атиповий ХДЛ, що склало 13,8 % від загальної кількості хворих на ХДЛ: жінок – 50, чоловіків – 15. Хворі віком понад 60 років склали 56,7 %. У 52 пацієнтів виявлено інші супутні захворювання: атеросклероз,

ожиріння, виразкова хвороба шлунку та інші. Усім хворим у строки перших днів лікування в клініці виконано первинну ультрасонографію (УЗД), яка грала роль скринінгу для проведення магнітно-резонансної томографії (МРТ) або комп'ютерної томографії (КТ).

У 37 хворих захворювання виявлялось переважно у вигляді вегето-судинної та нейроциркуляторної дистонії (астеновегетативна форма). При цьому болючість у правім підреберрі супроводжувалась головним болем, підвищеною втомлюваністю, нестабільністю артеріального тиску. На електрокардіограмі (ЕКГ) відсутня органічна патологія.

У 18 хворих відмічено кардіобілярну форму захворювання: болі у правім підреберрі та в серці, серцева аритмія, задишка. На ЕКГ в них мали місце різноманітні порушення ритму функціонального характеру. Пацієнти до початку захворювання не перебували під наглядом кардіолога.

У 10 пацієнтів хвороба перебігала у вигляді гепаторенальної форми. Хворі скаржились на нападоподібні болі в попереку, субфебрильну температуру. При УЗД сечових шляхів органічної патології не виявлено.

Результати досліджень та їх обговорення

Протягом перших трьох днів від початку захворювання в клініку госпіталізовано 77,4 % хворих. При госпіталізації діагноз гострого холециститу встановлено у 68,4 % пацієнтів із АХДЛ. Усім досліджуваним хворим проводився посів жовчі та ексудату черевної порожнини на стерильність. У 30 % пацієнтів жовч із холедоху була інфікована. Найчастіше з жовчі ви-



сівали кишкову паличку, стафілокок, стрептокок. Кількість інфікованих ускладнень значно переважала серед хворих з інфікованою жовчу, ніж із стерильною.

В ексудаті з черевної порожнини переважно висівали кишкову паличку, золотистий стафілокок та ентерокок. Переважну частину мікроорганізмів висівали в різноманітних асоціаціях, складаючи від 2 до 5 видів бактерій. Вид мікробів, їх кількість, вірулентність, наявність мікробних асоціацій, важка супутня патологія здебільшого визначають клінічний перебіг захворювання. Збудники перитоніту часто визначаються різновидами вищеперерахованих бактерій, які виділяються в критичних титрах (10^5 та більше мікробних клітин в 1 мл досліджуваного матеріалу) з наявністю патологічних ознак та визначеною вірулентністю.

Для візуалізації патології жовчних проток проводили малоінвазивні методики діагностики МРТ та КТ. МРТ виконано 22 пацієнтам (17 жінок та 5 чоловіків) із атипичним ХДЛ. Конкременти жовчних проток на МР-зображеннях візуалізувались у вигляді поодиноких та множинних дефектів наповнення з втратою МР-сигналу від них на фоні яскравого сигналу від оточуючої жовчі. Загальна жовчна протока (ЗЖП) була дилатована у 15 пацієнтів, нормального діаметру — у 7.

КТ виконували 15 хворим (жінок — 10, чоловіків — 5) з відсутністю больового синдрому за наявності жовтяниці (безбольова жовтушна форма). У всіх пацієнтів виявлено ознаки механічної жовтяниці.

Післяопераційний перитоніт виник у 7 хворих похилого віку після таких операцій: холецистектомія, холедохолітомія, холедохостомія за А. В. Вишневським — 3, холецистектомія, холедохолітомія, холедоходуоденостомія — 4. У 4 випадках операція була невідкладною, в 3 — плановою.

Аналізуючи випадки післяопераційного перитоніту, звертає на себе увагу недооцінка його етіологічних чинників та факторів ризику. Найважливіше значення мали наступні етіологічні фактори: прогресування основного захворювання, що обумовлене пізньою госпіталізацією; наявність 3-5 супутніх захворювань, різке зниження імунологічної реактивності хворого, використання очікувальної тактики

при незрозумілому діагнозі, розширення обсягу операції; високий ступінь оперативного ризику. Лікувально-тактичних помилок було 4, діагностичних — 2, лікувально-технічних — 1.

Розроблені основні принципи лікування та профілактики перитоніту у хворих на атипичний ХДЛ: визначення загального та місцевого імунітету; визначення ступеню важкості хворого з використанням розроблених нами комп'ютерного, імунологічного та біоритмологічного прогнозування, визначення до-, підчас та після операції виду мікрофлори та чутливості до антибіотиків; оптимізація хірургічної тактики при ХДЛ з використанням у важких хворих інструментальної декомпресії біліарного тракту на першому етапі з подальшою радикальною операцією; використання методів екстракорпоральної детоксикації, гіпербаричної оксигенації, антиоксидантного лікування у пацієнтів із жовтяницею, особливо у поєднанні з холангітом; пріоритетність білідигестивних анастомозів із прецизійною технікою над іншими методами завершення холедохотомії; комплексна антибактеріальна терапія до- та підчас операції; імунокорегуюче лікування шляхом місцевого та загального використання імуномодуляторів; інтенсивна антибактеріальна терапія біліарного тракту.

Висновки

Велике практичне та теоретичне значення має вивчення факторів ризику, як чинників виникнення післяопераційного перитоніту. Звісно, що при високому ризику частота виконання релапаротомії в 3–4 рази більше, ніж при низькому ризику.

Серед факторів ризику у хворих визначено: похилий та старечий вік, ступінь важкості патологічного процесу, пізня госпіталізація хворих, тривале та травматичне оперативне втручання, вид знеболювання, ожиріння та інші важкі супутні захворювання.

Кількість інфекційних ускладнень і летальність значно вище серед хворих з інфікованою жовчу, ніж із стерильною.

Профілактичні заходи спрямовані на усунення негативного впливу факторів ризику, проведення адекватної передопераційної підготовки, кореляція порушень гемостазу організму, виконання оптимального обсягу операції.

ЛІТЕРАТУРА

1. Комплексное лечение острого гнойного холангита при атипичном холедохолитиазе / Я. Г. Колкин, С. М. Антонюк, А. Г. Высоцкий [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2004. – Т.9, №2. – С. 130 – 131.
2. Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков: Монография / М. Е. Ничитайло, В. В. Грубник, А. Л. Ковальчук [и др.]. – К. : Здоров'я, 2005. – С. 183–201.
3. Оперативне лікування гострого холециститу з атипичним перебігом на фоні цукрового діабету / О.Г. Грінцов, В.В. Хацко, І.В. Мухін [та ін.] // *Науковий вісник Ужгородського університету, Сер. «Медицина»*. – Вип. 14. – 2001. – С. 71–72.
4. Особенности проведения лапароскопических втручань при гостром деструктивному холециститі у пацієнтів з супровідною патологією / В. Г. Мішалов, С. М. Гойда, І. І. Теслюк [та ін.] // *Шпитальна хірургія*. – 2003. - №2. – С. 37 – 39.
5. Полулях І.Ф., Антонюк С.М., Хацко В.В. Особенности клінічних проявів, діагностики та лікувальної тактики при атипичній холедохолітіазі // *Вісник невідкладної і відновної медицини*. – 2008. – Т. 9, № 1. – С. 97–99.
6. Савчук О.Я. Сучасні підходи в комплексному обстеженні та лікуванні жовчнокам'яної хвороби, ускладненою холедохолітіазом / Савчук О.Я., Дзюбановський І.Я. // *Галицький лікарський вісник*. – 2002. – Т.9, №3. – С. 240 – 242.
7. Ткачук О.Л. Особливості хірургічної тактики при калькульозному холециститі, ускладненому неабструктивним холедохолітіазом / О.Л. Ткачук // *Хірургія України*. – 2002. - №2. – С. 50 – 51.
8. Щербініна М.Б. Біліарна патологія: причини, механізми розвитку, принципи діагностики та лікування / М.Б. Щербініна // *Лікування та діагностика*. – 2003. – №3. – С. 25–30.
9. Costamagna G. Therapeutic biliary endoscopy / G. Costamagna // *Endoscopy*. – 2000. – Vol. 32. – P. 209–216.
10. Halpin V.J. Laparoscopic intracorporeal ultrasound vs laparoscopic intraoperative cholangiography / V. J. Halpin, D. Dunnegan, N. J. Soper // *Surg.Endoscopy*. – 2002. – Vol. 16. – P. 336–341.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ
ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ
И ПРОФИЛАКТИКИ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО
ПЕРИТОНИТА
У ПАЦИЕНТОВ
САТИПИЧНЫМ ТЕЧЕНИЕМ
ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

*Я. С. Березницький,
Р. В. Дука,
І. Ф. Полулях-Черновол*

Резюме. Не так уже і редко приходится сталкиваться с атипичными проявлениями холедохолитиаза (ХДЛ), что влечет за собой диагностические ошибки, а запоздалое выявление осложненных форм, значительно ухудшает результаты лечения. Проблема улучшения результатов хирургического лечения атипичного ХДЛ остается важной и актуальной. Это требует усовершенствования способов диагностики и оперативных вмешательств, направленных на предотвращение развития послеоперационных осложнений, в частности, послеоперационного перитонита, поиска ответов на непонятные и нерешенные вопросы.

В статье проанализированы результаты хирургического лечения 65 пациентов с атипичным ХДЛ. Изучены факторы риска, разработаны общие принципы диагностики, лечения и профилактики послеоперационного перитонита.

Ключевые слова: атипичный холедохолитиаз, хирургическое лечение, профилактика, послеоперационный перитонит.

GENERAL PRINCIPLES OF
DIAGNOSTICS, TREATMENT
AND PREVENTION
OF POSTOPERATIVE
PERITONITIS IN PATIENTS
WITH ATYPICAL COURSE OF
CHOLEDOCHOLITHIASIS

*Ya. S. Bereznyts'kyu,
R. V. Duca,
I. F. Poluliakh-Chernovol*

Summary. Atypical variants of choledocholithiasis are not very rare. It leads to diagnostic errors and late exposure of the complicated forms of choledocholithiasis considerably worsens the results of medical treatment. The problem of improving the results of surgical treatment of the atypical forms of choledocholithiasis is important and actual. It dictates the necessity of improvement of the methods of diagnostics and surgical operations, searching the answers for unclear and unsolved questions.

In the article the results of surgical treatment 65 patients by atypical choledocholithiasis are presented. Risk factors have been examined. General principles of diagnostics, treatment and prevention postoperative peritonitis have been developed.

Key words: atypical choledocholithiasis, surgical treatment, prevention, postoperative peritonitis.