

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛАНГИТОМ И ХОЛАНГИОГЕННЫМИ АБСЦЕССАМИ ПЕЧЕНИ

Ярешко В. Г., Михеев Ю. А., Кипшидзе А. А., Перегуда Н. С.

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины»

В Запорожском областном центре хирургии печени, поджелудочной железы и желчных протоков с 2003 по 2011 год обследовано 997 больных холангитом, из них 73 больных с холангиогенными абсцессами печени. В результате микробиологического исследования у 75,3% больных выявлена грамотрицательная флора. При прямых методах контрастирования желчных протоков у ряда больных были выявлены специфические рентгенологические признаки: утолщение и складчатость слизистой холедоха при хроническом холангите, депо контраста в печени в виде «цепи озер» при формирующихся абсцессах печени. Основой лечения холангита была обязательная декомпрессия желчных путей малоинвазивными методами. Назобилиарное дренирование является эффективным способом лечения холангита и может применяться в комбинации с методами интервенционной сонографии, лапароскопическими и лапаротомными операциями.

Ключевые слова: холангит, холедохолитиаз, холангиогенные абсцессы, назобилиарное дренирование

Холангит, впервые описанный J. M. Charkot в 1877 году, встречается в большинстве случаев осложнённого течения желчнокаменной болезни (ЖКБ). Холангит следует рассматривать как болезнь, проявляющаяся местным инфекционным воспалением внутри- и внепеченочных жёлчных протоков, а также системной воспалительной реакцией, при неблагоприятных условиях переходящей в билиарный сепсис [1, 4, 5]. Широкий спектр выраженности клинических проявлений холангита зависит от тяжести основного заболевания, вирулентности патогенной микрофлоры, состояния реактивности организма, а главное, выраженности билиарной гипертензии, которая является ведущим патогенетическим фактором в развитии этого патологического синдрома [2, 6, 7]. В условиях сохраняющейся билиарной гипертензии не эффективны любые попытки антибактериальной терапии, даже при использовании новейших препаратов и нестандартных путей их введения. Наиболее опасным является молниеносное развитие холангита, сопровождающееся токсемией и бактериемией, которые при неликвидированной обструкции желчных путей ведут к развитию таких опасных осложнений, как сепсис, холангиогенные абсцессы печени. Холангиогенные абсцессы печени, в свою очередь, характеризуются тяжёлым течением и летальностью достигающей 70% за счёт сочетания двух хирургических инфекций: гнойного холангита и абсцессов печени [2, 8]. Существует также контингент больных без нарушения пассажа желчи с высоким риском возникновения холангиогенных абсцессов печени на фоне хронического рефлюкс-холангита после ранее наложенных билиодигестивных анастомозов [5, 7].

Современные подходы решения проблемы связаны с широким внедрением в клиническую практику малоинвазивных методик, позволяющих одновременно осуществлять как диагностические (прямое контрастирование желчных протоков, цитологическая и гистологическая верификация диагноза, исследование внутрипротоковой желчи), так и лечебные (декомпрессия, внутрипротоковая литотрипсия, назобилиарное дренирование) мероприятия [2, 3, 8]. В лечении холангиогенных абсцессов печени в последние годы активно используются методы интервенционной сонографии [5, 6].

Целью работы было усовершенствование методов диагностики и лечения желчнокаменной болезни, осложнённой холангитом и холангиогенными абсцессами печени, с обоснованием применения малоинвазивных хирургических вмешательств.

Материалы и методы исследования

В клинике кафедры хирургии с курсом гнойно-септической хирургии Запорожской медицинской академии последипломного образования на базе Запорожского областного центра хирургии печени, поджелудочной железы и желчных протоков в период с 2003 по 2011 год под наблюдением находилось 997 больных ЖКБ, осложнённой холангитом. Мужчин было 378(37,9%), женщин – 619(62,1%), в возрасте от 22 до 86 лет, средний возраст составил 64,5±8,6 лет.

Диагноз ставился на основании анамнеза, клинической триады Шарко, пентады Рейнолдса, данных клинико-лабораторных и биохимических исследований, а также инструментальных:

ультразвукового сканування, дуоденоскопії, ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії або чрескожної чрепечочної холангіографії, комп'ютерної томографії. Окончател ьний діагноз устанавлювався на операції по характерним змінам стенок жєлчних протоков і жєлчи з визначенням мікрофлори. Лічєбна програма включала виконання при остром гнійном обтураційному холангіті в першє сутки поступлення декompресії бїліарного тракту. Останє досяглося в подавляючєм більшості путєм виконання ендоскопічної папілосфинктеротомії з одномоментною санацією жєлчних протоков і/або назобїліарного дрєнірування з наступною санацією жєлчних протоков антисептиками (смісь Арикьянца або водний рєствєр мїрамїстїна, декасана). При хронїчєских формах холангіта, особливо послє перенєсєних операцій) наряду з антибактерїальною терапією, виконувалися як ендоскопічєские, так і лапаротомні вєстановитєльнє операції. При холангіогєнных абсцєсах печєні використовувалися мєтоди інтєрвенційної сонографії: дрєнірування порожнини абсцєса, в більшості випадків, з одночасною санацією жєлчних протоков путєм ендоскопічєского назобїліарного дрєнірування.

Результаты и обсуждение

В результатє сопоставлення клінічєских даних і інструментальних мєтодєв дослідження, а також на основанні інтраопераційної картини, були виявлені наступнє причини холангіта: стєноз великого дуодєнального сосочка (БДС) в сочєтаннї з холєдохолїтиазом – у 263(26,4%) бєльных; стєноз БДС – у 182(18,3%); холєдохолїтиаз – у 172(17,3%); синдром Мирїззі – у 85(8,5%); пєзирно-дуодєнальнє і пєзирно-толстокишєчєннє свищи – у 9(0,9%); стрїктури жєлчних протоков – у 21(2,1%); рєзидуальний і рєцидивний холєдохолїтиз – у 153(15,3%); стєноз і рєстєноз БДС послє холєцїстєктомії – 98(9,8%); стрїктури бїліодїгєстївних анастомозєв – у 14(1,4%).

У 73(7,32%) бєльных на фонє гнійного холангіта виявлені холангіогєннє абсцєсы печєні.

Мїкробїологїчєское дослідження жєлчи і отдєляємєго з дрєнажєй при холангіогєнных абсцєсах печєні проведєно у 85 бєльных. При цьому у 64(75,3%) бєльных виявлєна грамотрицатєльна флора (кишєчєна палочка, протєй, клєбсїєлла), у 16(25,0%) – анаєробнє бактерїї, рєдко вєстрєчалась кокковє флора.

При прямых мєтодах контрастїрування жєлчних протоков у ряду бєльных нами були виявлені спєцифїчєские рентгєнологїчєские ознаки холангіта. Це було утолщєннє стєнок і наявнє

складчатостї слизїстої общєго жєлчного протока при хронїчєских формах холангіта, в том числє і у бєльных з бєссимптомним течєннєм захворювання (Патєнт України № 10800). Другим рентгєнологїчєским ознаком було наявнє депє контрастного рєчєства в парєнхимє печєні в видє «цєпи озер», зв'язанного з внутрїпєчєчєнними жєлчними протоками, що свїдєчєствовало о формїрующїхся холангіогєнных абсцєсах печєні (Патєнт України № 23000). Даннє ознаки отмєчєнє у 31 бєльного.

Лїчєбнє мєропрїяття при остром обтураційному холангіті почїнались з проведення ендоскопічєских транспапїлярних вмєшатєльств. Вони були виконанє у 857(86,0%) пацієнтєв. Назобїліарнє дрєнірування виконєно 142(14,2%) бєльным. Крємє вєствєнных прїємущєств назобїліарного дрєнірування при холангіті, слєдує отмєтити вєможнєсть рентгєнологїчєского контролє жєлчних протоков в динамїкє, не прїбєгає до повторної ендоскопїї, що значитєльно лєгчє перєносїться бєльными.

Во вєсєх випадках послє ендоскопічєской санації жєлчних протоков були купїруванє явлєннє холангіта і мєханїчєской жєлтухи. Еффєктивними ендоскопічєскими вмєшатєльствами, в видє усунєнення стєноза, лїтоєкстракції або самостєятєльного отхождєннє конкрємєнтєв, оказались у 796(92,9%) бєльных. В дальнєйшєм це позволїло 287 бєльным з калькулєзним холєцїстїтитом виконати втєорим етапом лапароскопічєскую холєцїстєктомїю (в том числє у 4 бєльных з синдромом Мирїззі). Ендопротєзїрування гєпатїкохолєдохє виконувалось бєльным з стрїктурами жєлчних протоков (2 пацієнтє), а також бєльным старчєского вєзраста з тяжєлою супутєвуючєю патологїєю при нєвєможнєстї ендоскопічєски удалїти крупнє конкрємєнтє холєдохє (7 пацієнтєв). Еслї послє ендоскопічєской папіллотомії нє удавалось виконати холєдохолїтоєкстракцію (крупнє конкрємєнтє) послє купїрування бїліарної гїпєртєнзїї виконувались лапаротомнє операції бєз вмєшатєльств на БДС.

С 2005 годє нами використовуєтєся розробтаннє в клінікє мєтодїка етапного лїчєння холєдохолїтаза (Патєнт України № 14608), котрє заклєчуєтєся в проведеннї першим етапом ендоскопічєского назобїліарного дрєнажа, з прєдварїтєльною ендоскопічєской папіллотомїєю або бєз нєє для купїрування явлєннє холангіта і жєлтухи. Послє чєго, (обычно 4–6сутки) виконувалась откритє холєдохолїтитомїя з «глухим швом» холєдохє на назобїліарном дрєнажє. По даннєй мєтодїкє прєопєрїрувано 48 бєльных (в т. ч. 18 бєльных з рєцидивним і рєзидуальним холангіолїтиазом). Прїємущєствами прєдложєнного мєтода по сравнєннєю з традиційним наружним дрєніруваннєм явлєтєся: отсуствє рїска жєлчєїстєчєннє і обрєзовання подпєчєннєх абсцєсов при удалєннї

дренажа холедоха, меньшие наружные потери желчи, ранняя выписка больных после холедохолитотомии (7 сутки), возможность интраоперационного контроля герметичности шва холедоха и рентгенологического исследования желчных протоков до, во время и после операции.

Разработанные подходы эндоскопического дренирования позволили выполнить 28 лапароскопических холедохолитотомий с «глухим швом» холедоха и холецистэктомией, а в двух случаях, при рецидивном холедохолитиазе и холецистэктомией в анамнезе (4 и 6 лет назад), только лапароскопическую холедохолитотомию.

В большинстве случаев при лечении холангиогенных абсцессов с тяжелой клинической симптоматикой (сепсис, СПОН) возможно сочетание методов интервенционной сонографии и эндоскопических транспапиллярных вмешательств (Патент Украины № 27009). В 13 клинических наблюдениях после эндоскопического назобилиарного дренирования и дренировании абсцесса печени под контролем сонографа проводилось фракционное проточное промывание желчных протоков растворами антисептиков. У 5 больных, при невозможности выполнения эндоскопических методов, первым этапом проводили чрезкожную чрезпеченочную гепатохолангиостомию под контролем сонографа с последующей операцией. Во всех случаях были достигнуты положительные результаты.

Послеоперационной летальности при лечении холангита и его осложнений с использованием малоинвазивных методик, а также при их сочетании с лапаротомными операциями не было.

При невозможности выполнения малоинвазивных вмешательств (операции на желудке и двенадцатиперстной кишке, стенозы пилоробульбарной зоны различной этиологии, крупные парапапиллярные дивертикулы, тубулярные стенозы БДС, синдром Мирizzi, стриктуры желчных протоков, необходимость выполнения реконструктивных билиодигестивных анастомозов) при традиционных лапаротомных операциях у 127 больных с холангитом послеоперационная летальность составила 2,3%.

Таким образом, в диагностике и комплексном лечении холангита, определяющим конеч-

ный результат, является использование малоинвазивных методов декомпрессии желчных протоков. Назобилиарное дренирование позволяет наиболее эффективно санировать желчные протоки при холангите и холангиогенных абсцессах печени, осуществлять рентгенологический мониторинг их эффективности, а при необходимости выполнения вторым этапом лапаротомной или лапароскопической холедохолитотомии, завершать её «глухим швом» холедоха.

Перспективы дальнейших исследований

Остаётся нерешёнными проблема т. н. «синдрома незавершённого лечения» пациентов после малоинвазивных методов лечения, который удлиняет период выздоровления и приводит к необходимости в последующем выполнения повторных малоинвазивных или открытых вмешательств в более поздние сроки в менее благоприятных условиях. Поэтому несмотря на широкое внедрение инновационных малоинвазивных технологий в современной хирургии остаётся место традиционным открытым операциям.

Выводы

1. Острый холангит – экстренное патологическое состояние, требующее максимально раннего лечения, основу которого составляет декомпрессия желчевыводящих путей эндоскопическими транспапиллярными вмешательствами и/или интервенционной сонографией.

2. Методы прямого контрастирования желчных протоков с определением специфических рентгенологических признаков позволяют достоверно диагностировать холангит, а также выявить возможные причины его развития и осложнения.

3. Назобилиарное дренирование является эффективным методом лечения холангита и холангиогенных абсцессов печени, позволяет осуществлять адекватную декомпрессию и санацию желчных путей, дополняя методы интервенционной сонографии и классических открытых вмешательств.

Литература

1. Ахаладзе Г. Г. Гнойный холангит: вопросы патофизиологии и лечения // *Consillium medicum*. – 2003. – Т. 5, № 4.
2. Багненко С. Ф., Шляпников С. А., Корольков А. Ю. Современные подходы к этиологии, патогенезу и лечению холангита и билиарного сепсиса // *Бюллетень сибирской медицины*. – 2007. – № 3. – С. 27–32.
3. Брискин Б. С., Демидов Д. А. Эндоскопическая санация общего желчного протока и холангиоэнтеросорбция при лечении холангита и механической желтухи. *Эндоскопическая хирургия*. – 2005. – № 4. – с. 3–8.
4. Гальперин Э. И., Ахаладзе Г. Г. Билиарный сепсис: некоторые особенности патогенеза // *Хирургия*. – 1999. – № 10. – С. 16–19.
5. Гальперин Э. И., Ветшев П. С. *Руководство по хирургии желчных путей*. – М.: Видар-М, 2006. – 568 с.
6. Кондратенко П. Г., Стукало А. А. Комплексное лечение обтурационной желтухи и гнойного холангита при желчнокаменной болезни // *Клінічна хірургія*. – 2007. – № 2–3. – С. 73.
7. *Эндоскопическая хирургия желчнокаменной болезни (Руководство для врачей)* / П. В. Гарелик, К. Н. Жандаров, Г. Г. Мармыш, М. В. Данилов // М. Бином, 2010. – 472 с.
8. Юрченко В. В. Назобилиарное дренирование в гепатобилиарной хирургии // *Эндоскопическая хирургия*. – 2006. – № 2. – С. 159.

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ, УСКЛАДНЕНОЇ ХОЛАНГІТОМ ТА ХОЛАНГІОГЕННИМИ АБЦЕСАМИ ПЕЧІНКИ

Ярешко В. Г., Міхеев Ю. О., Кіпшидзе О. А., Перегуда М. С.

У Запорізькому обласному центрі хірургії печінки, підшлункової залози та жовчних проток з 2003 по 2011 рік обстежено 997 хворих на холангіт, з них 73 хворих з холангіогенними абцесами печінки. В результаті мікробіологічного дослідження у 75,3% хворих виявлена грамнегативна флора. При прямих методах контрастування жовчних проток у деяких хворих були виявлені специфічні рентгенологічні ознаки: потовщення та складчастість слизової оболонки холедоха при хронічному холангіте, депо контрасту в печінки у вигляді «ланцюга озер» при формуючихся абцесах печінки. Основою лікування холангіту була обов'язкова декомпресія жовчних проток малоінвазивними методами, при наявності холангіогенних абсцесів печінки також використовували методи інтервенційної сонографії. Назобіліарне дренування є ефективним засобом лікування холангіту і може застосовуватися у комбінації з методами інтервенційної сонографії, лапароскопічними та лапаротомними операціями.

Ключові слова: холангіт, холедохолітіаз, холангіогенні абсцеси, назобіліарне дренування

THE PARTICULARITIES OF THE DIAGNOSTICS AND TREATMENTS GALLBLADDER DISEASE, COMPLICATED WITH CHOLANGITIS

Yareshko V. G., Miheyev Y. A., Kipshidze A. A., Pereguda N. S.

In Zaporozhia centre to surgery liver, pancreas and biliary tracts with 2003 on 2011 is examined 997 sick cholangitis. As a result of the microbiology study beside 75,3% sick is revealed gramnegative bacteria. Under methods of direct x-ray research bilious channel specific roentgenological signs were revealed beside row sick: bulge and pleated mucous bile duct under chronic cholangitis, railroad yard of the contrast in liver in the manner of «chain lake» under liver abscess. The base of the treatment cholangitis was an obligatory decompression of the bilious ways by minimal accesses sugery methods. Nasobiliary drainage is an efficient method of the treatment cholangitis and can be used in combinations with methods intervention sonography, laparoscopic and laparotomy operation.

Keywords: cholangitis, choledocholithiasis, liver abscesses, nasobiliary drainage