

DOI: [https://doi.org/10.34287/ММТ.3\(42\).2019.3](https://doi.org/10.34287/ММТ.3(42).2019.3)**В. А. Вовк**Комунальне некомерційне підприємство «Обласна клінічна лікарня»
Харків, Україна**V. A. Vovk**Municipal non-profit enterprise «Regional Clinical Hospital»
Kharkiv, Ukraine

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ГОСТРОМУ ХОЛАНГІТІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД МЕХАНІЗМУ ЙОГО РОЗВИТКУ

Features of surgical tactics in acute cholangitis depending from the mechanism of its development

Реферат

Мета дослідження. Поліпшення результатів лікування гострого холангіту шляхом удосконалення хірургічної тактики в залежності від механізму його розвитку.

Матеріали та методи. Результати аналізу 135 хворих з гострим холангітом жовчнокам'яного походження. У 18 (13,3%) з цих пацієнтів гострий холангіт супроводжувався гострим деструктивним холециститом, у 7 (5,2%) – холангіт ускладнився формуванням абсцесів печінки. Ендоскопічні транспапільярні втручання проведені 132 (97,8%) пацієнту, лапароскопічні операції – 105 (7,8%). Загалом, 135 хворим виконано 248 етапів хірургічного лікування. Одноетапне лікування холангіту проведено 33 пацієнтам, двоетапне – 91 хворим, трьохетапне – 11 пацієнтам.

Результати. Ускладнення після ендоскопічних та лапароскопічних втручань виникли у 17 (12,6%) хворих. Ускладненнями після ендоскопічних втручань були кровотеча з папілотної рани – 4, гострий панкреатит – 3; після лапароскопічних втручань – ускладнення з боку післяопераційних ран – 6, необхідність конверсії – 5. Померло 2 (1,5%) хворих, причиною смерті в обох випадках став сепсис.

Висновок. Висхідний та міхуровий механізми розвитку гострого холангіту при жовчнокам'яній хворобі вимагають різної послідовності етапів застосування ендоскопічних транспапільярних та лапароскопічних хірургічних втручань. Диференційована тактика в залежності від причини виникнення гострого холангіту сприяє зниженню травматичності оперативного лікування та поліпшенню його результатів.

Abstract

Purpose of the study. Improvement of acute cholangitis treatment by improving surgical tactics, depending on the mechanisms of acute cholangitis development.

Materials and methods. Analysis of 135 patients with gallstone origin acute cholangitis. In 18 (13,3%) of these patients, acute cholangitis was accompanied by acute destructive cholecystitis; in 7 (5,2%) cholangitis was complicated by liver abscesses formation. Endoscopic transpapillary intervention was performed on 132 (97,8%) patients, and laparoscopic operations – 105 (7,8%). Totally, among 135 patients were 248 stages of surgical treatment. One-stage treatment for cholangitis was performed in 33 patients, 2 stage – 91 patients, and three stages – 11 patients.

Results. Complications after endoscopic and laparoscopic interferences occurred in 17 (12,6%) patients. Complications after endoscopic interventions were bleeding from papilla – 4, acute pancreatitis – 3; after laparoscopic interventions – inflammatory complications of postoperative wounds – 6, conversion – 5. Died 2 (1,5%) patients, the cause of death in both cases was sepsis.

Conclusion. The ascending and bladder mechanisms of acute cholangitis development with cholelithiasis require a different sequence of stages of endoscopic transpapillary and laparoscopic surgical interventions. Differentiated tactics, depending on the cause of acute cholangitis, contribute to reducing the trauma of surgical treatment and improving its results.

Ключові слова: гострий холангіт, жовчнокам'яна хвороба, механічна жовтяниця, лапароскопія, ендоскопія.

Keywords: acute cholangitis, cholelithiasis, mechanical jaundice, laparoscopy, endoscopy.

ВСТУП

Гострий холангіт є системним проявленням гострої біліарної інфекції, яке є небезпечним для життя і вимагає негайного лікування. Це захворювання характеризується гострим запаленням та інфекцією в жовчних протоках [1]. Розвиток гострого холангіту включає два фактори: збільшення бактерій в жовчній протоці і підвищений внутрішньопротоковий тиск в жовчній протоці, що дозволяє транслювати бактерії або ендотоксини в судинну і лімфатичну системи. Через свої анатомічні характеристики біліарна система піддається підвищеному внутрішньопротоковому тиску. При гострому холангіті жовчні протоки з підвищеним внутрішньопротоковим біліарним тиском мають тенденцію ставати більш проникними для транслокації бактерій і токсинів. Цей процес призводить до серйозних і смертельних інфекційних процесів, таких як абсцес печінки і сепсис [2]. Серед усіх випадків гострого холангіту питома вага тяжкого перебігу в середньому складає 12,3% (по різним даним від 7 до 25,5%). Летальність при гострому холангіті складає 2,7–10% [3].

Серед причин біліарної обструкції, яка призводить до розвитку холангіту, найбільш вагомими є холедохолітиаз, доброякісний біліарний стеноз, стриктура біліарного анастомозу, стеноз злоякісними захворюваннями [4]. Найчастішою причиною є холедохолітиаз, але останнім часом зростає частота гострих холангітів, викликаних злоякісними захворюваннями та склерозуючим холангітом. Повідомляється, що на злоякісні захворювання припадає близько 10–30% випадків гострого холангіту [5].

Лікувальні заходи при гострому холангіті включають обов'язкове дренивання жовчовивідних шляхів, антибактеріальну та загальну підтримуючу терапію [6]. Найважливішою складовою надання медичної допомоги при гострому холангіті є біліарне дренивання, яке здійснюється при оперативному втручанні, ендоскопічно транспапільярно та черезшкірно транспечінково. З цих методів відкриті хірургічні втручання супроводжуються найвищим рівнем смертності [7]. Останнім часом летальність від гострого холангіту знизилася внаслідок розвитку черезшкірного транспечінкового холангідренування та ендоскопічного транспапільярного жовчного дренивання [8]. Тим не менш, гострий холангіт стає смертельним, якщо його не лікувати своєчасно і адекватно. Також лікування гострого холангіту передбачає усунення етіологічного фактору, що став причиною виникнення запального процесу в жов-

човивідних шляхах.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Поліпшення результатів лікування гострого холангіту шляхом удосконалення хірургічної тактики в залежності від механізму його розвитку.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

В представленому дослідженні представлені результати аналізу 135 хворих з гострим холангітом жовчнокам'яного походження. У всіх пацієнтів діагноз підтверджено клінічно, інструментально та результатами візуального та бактеріологічного дослідження жовчі. У 18 (13,3%) з цих пацієнтів гострий холангіт супроводжувався гострим деструктивним холециститом, у 7 (5,2%) – холангіт ускладнився формуванням абсцесів печінки. Лікування цих пацієнтів проведено ендоскопічно транспапільярно та лапароскопічно. Ендоскопічні транспапільярні втручання проведені 132 (97,8%) пацієнту, лапароскопічні операції – 105 (7,8%). Ендоскопічні втручання не проводились 3 (2,2%) хворим, у яких достатній лікувальний ефект досягнутий тільки лапароскопічно. В той же час тільки за допомогою ендоскопічних транспапільярних втручань допомога надана пацієнтам, яким холецистектомія вже виконана раніше або при відмові від холецистектомії. Загалом, 135 хворим виконано 248 етапів хірургічного лікування. Одноетапне лікування холангіту проведено 33 пацієнтам, двоетапне – 91 хворим, трьохетапне – 11 пацієнтам.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

В процесі лікування 135 пацієнтів ускладнення після ендоскопічних та лапароскопічних втручань виникли у 17 (12,6%) хворих. Ускладненнями після ендоскопічних втручань були кровотеча з папілотомної рани – 4, гострий панкреатит – 3; після лапароскопічних втручань – запальні ускладнення з боку післяопераційних ран – 6, необхідність конверсії – 5. Померло 2 (1,5%) хворих, причиною смерті в обох випадках став сепсис.

На підставі проведеного дослідження в клінічні практики розвиток гострого холангіту при жовчокам'яній хворобі внаслідок часткової або повної обструкції біліарних шляхів має два основних шляхи розвитку: висхідний, міхуровий та їх поєднання.

I. Висхідний шлях із дванадцятипалої киш-

ки, який реалізується в наступні етапи:

1. Ексудативний:

- пошкодження епітелію жовчних проток різко збільшеною концентрацією жовчних кислот та виникнення ексудативного процесу;

- збільшення внутрішньопротокового тиску на фоні ексудації епітелію жовчних проток;

- зниження виділення печінкою жовчних кислот внаслідок збільшення внутрішньопротокового тиску.

2. Бактеріальний:

- зниження бактеріцидних властивостей жовчі внаслідок зменшення концентрації жовчних кислот на фоні вираженої ексудації та зниження виділення печінкою жовчних кислот;

- розвиток в жовчних шляхах ретроградної інфекції внаслідок зниження бактеріцидних властивостей жовчі, що ще більш підвищує ексудативні процеси та збільшує внутрішньопротоковий тиск;

- проникнення бактеріальних агентів в регіонарний кровотік внаслідок високого внутрішньопротокового тиску.

II. Перехід запального процесу із жовчного міхура при потраплянні інфікованого вмісту жовчного міхура в гепатікохоледох. Перехід запального процесу із жовчного міхура з гнійним вмістом в холедох виникає при деблокуванні міхурової протоки на фоні жовчнокам'яної хвороби з емпіємою жовчного міхура. В сучасних умовах цей вид інфікування загальної жовчної протоки в патогенезі холангіту має самостійне значення за наявності повного або часткового порушення прохідності холедоху дистальніше міхурової протоки. При відсутності порушень процесів жовчоутворення та жовчовиділення бактеріальні агенти швидко знешкоджуються жовчю та видаляються її потоком в дванадцятипалу кишку.

При висхідному механізмі розвитку гострого холангіту больовий синдром нетривалий при якому розвивається та швидко прогресує механічна жовтяниця, досягаючи рівнів вищих, за 100–150 мкмоль/л, після чого виникає підвищення температури тіла до 38°C і вище та прояви інтоксикації. При ультразвуковому дослідженні товщина стінки жовчного міхура до 5 мм.

При міхуровому механізмі розвитку гострого холангіту спочатку виникає клінічна картина гострого холециститу з підвищенням температури тіла до 38°C і вище з проявами інтоксикації. Під впливом консервативного лікування больовий синдром зменшується та виникає механічна жовтяниця з повільним підвищенням рівню білірубину крові до 100 мкмоль/л. При ультразвуковому дослідженні стінка жовчного міхура товща за 5 мм, з ознаками розшарування та деструкції.

Відповідно до механізму розвитку гострого холангіту застосована різна послідовність етапів хірургічного лікування гострого холангіту, обу-

мовленого жовчокам'яною хворобою. При висхідному механізмі розвитку холангіту лікування починали з ендоскопічного транспапілярного втручання з метою дренування загальної жовчної протоки та холедохолітоекстракції (при необхідності – з літотріпсією). Якщо спроби видалення конкрементів із загальної жовчної протоки були безуспішними, заводили стент проксимальніше місця знаходження обтуруючого конкремента для забезпечення відтоку жовчі. В подальшому, наступним етапом в строки до 7 діб проводили лапароскопічну холецистектомію. Для проведення другого етапу достатнім було зниження рівня загального білірубину крові нижче 35 мкмоль/л.

При міхуровому механізмі розвитку гострого холангіту ситуація вимагає не тільки швидкого вирішення питання дренування жовчовивідних шляхів, а й усунення жовчного міхура з деструктивно зміненими стінками.

У тяжких пацієнтів з вираженою супутньою патологією на першому етапі лікування в такій ситуації доречним є черезшкірне дренування жовчного міхура. В інших випадках виникає питання, що проводити в першу чергу: ендоскопічну папілосфінктеротомію з дренуванням загальної жовчної протоки чи холецистектомію (лапароскопічно чи відкритим способом) з дренуванням жовчної протоки чи виконувати ці втручання одночасно?

В першу чергу виконували холецистектомію у випадках деструкції стінки жовчного міхура з наявністю паравезикальних та піддіафрагмальних або підпечінкових рідинних скупчень. Також, першим етапом виконувалась холецистектомія при деструктивному холециститі та рівні загального білірубину до 100 мкмоль/л. Практика показала, що відкрите хірургічне втручання в таких випадках має небагато переваг у порівнянні з лапароскопічним методом при умові виконання дренування гепатікохоледоху. При оперативному лікуванні гострого холангіта на першому етапі не обов'язково прагнути до повного видалення конкрементів із загальної жовчної протоки. Достатнім є усунення життєвонебезпечних факторів (гнійні утворення, деструктивний жовчний міхур, біліарна гіпертензія), що цілком вдається виконати лапароскопічно. При достатньому дренуванні гепатікохоледоху конкременти із загальної жовчної протоки можна видалити пізніше ендоскопічно при папілосфінктеротомії.

При деструктивно зміненому жовчному міхурі та гострому холангіті та високому рівні білірубину крові (> 100 мкмоль) папілосфінктеротомію та лапароскопічну холецистектомію виконували одночасно, або через невеликий часовий проміжок (до 2 діб). В послідовності хірургічних втручань першим виконувалось ендоскопічне транспапілярне дренування загальної жовчної протоки.

ВИСНОВКИ

Висхідний та міхуровий механізми розвитку гострого холангіту при жовчнокам'яній хворобі вимагають різної послідовності етапів застосування ендоскопічних транспапі-

лярних та лапароскопічних хірургічних втручань. Диференційована тактика в залежності від причини виникнення гострого холангіту сприяє зниженню травматичності оперативного лікування та поліпшенню його результатів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Kimura Y, Takada T, Strasberg SM et al. TG13 current terminology, etiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2013; 20 (1): 8–23. DOI: 10.1007/s00534-012-0564-0.
2. Yeom DH, Oh HJ, Son YW, Kim TH. What are the risk factors for acute suppurative cholangitis caused by common bile duct stones? *Gut Liver.* 2010; 4 (3): 363–367. DOI: 10.5009/gnl.2010.4.3.363.
3. Kiriyaama S, Takada T, Strasberg SM et al. New diagnostic criteria and severity assessment of acute cholangitis in revised Tokyo guidelines. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2012; 19 (5): 548–556. DOI: 10.1007/s00534-012-0537-3.
4. Kiriyaama S, Takada T, Strasberg SM et al. TG13 guidelines for diagnosis and severity grading of acute cholangitis (with videos) *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2013; 20 (1):24–34. DOI: 10.1007/s00534-012-0561-3.
5. ASGE Standards of Practice Committee. Chathadi KV, Chandrasekhara V, Acosta RD et al. The role of ERCP in benign diseases of the biliary tract. *Gastrointest Endosc.* 2015; 81 (4): 795–803. DOI: 10.1016/j.gie.2014.11.019.
6. Costamagna G, Boškoski I. To drain or not to drain? That is the question. *Dig Dis Sci.* 2013; 58 (Issue 6): 1454–1456. DOI: 10.1007/s10620-013-2633-x.
7. Elhanafy E, Atef E, El Nakeeb A et al. Mirizzi syndrome: how it could be a challenge. *Hepato-Gastroenterology.* 2014;61 (133): 1182–1186.
8. Gomi H, Solomkin JS, Takada T et al. TG13 antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2013; 20 (1): 60–70. DOI: 10.1007/s00534-012-0572-0.

Стаття надійшла до редакції 23.04.2019