

УДК: 616.367-003.7-07-089

ПРИМЕНЕНИЕ НАЗОБИЛИАРНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕБНОЙ ПРОГРАММЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА

Ю.Б. Захарченко

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, кафедра хирургических болезней

РЕЗЮМЕ

Проанализированы результаты лечения 34 больных острым гнойным холангитом, мужчин – 9 (26,4%), женщин – 25 (73,6%), в возрасте от 43 до 87 лет. При поступлении общее состояние пациентов было средней тяжести – тяжелое. Нарушение проходимости желчных протоков на уровне гепатохоледоха было обусловлено крупными конкрементами, не поддающимися эндоскопической холедохолитотракции у 18 (52,9%) пациентов, стриктурами желчных протоков у 8 (24,6%), сочетанием холедохолитиаза со стриктурами у 5 (14,7%), сочетанием холедохолитиаза с парапапиллярным дивертикулумом у 3 (8,8%). Диагностическая программа состояла из клинико-лабораторного обследования, ультразвукового сканирования, эндофиброскопического исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта, эндоскопической ретроградной холангиографии, холедохоманометрии, бактериологического исследования желчи. Лечебная программа включала стандартную инфузионную терапию острого холангита и механической желтухи, неотложную эндоскопическую папиллосфинктеротомию с последующим назобилиарным дренированием, этапный интрахолангеальный лаваж. В результате проведенного лечения купированы явления острого обтурационного гнойного холангита у всех больных на протяжении от 4 до 9 суток от начала лечения, что определено клиническим течением и верифицировано данными лабораторных методов исследования. Это позволило выполнить радикальные хирургические вмешательства на желчных протоках с наименьшим возможным риском для больного. Летальных исходов не было.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: холангит, механическая желтуха, назобилиарное дренирование

Постановка проблемы в общем виде. Острый холангит встречается в большинстве случаев осложненного течения желчекаменной болезни [1, 4, 6, 8]. Крайняя сложность лечения этой патологии определяется невозможностью выполнения радикального удаления очага воспаления, а также огромной площадью поражения, равной нескольким квадратным метрам [1, 2]. Современные взгляды на лечение острого холангита предусматривают сочетание непосредственного воздействия на очаг воспаления и общих терапевтических мероприятий, включая и системную антибиотикотерапию, что соответствует общепринятым канонам лечения гнойных очагов в организме [2, 3, 4, 6, 8]. Такой двусторонний подход к лечению острого холангита стал возможен благодаря развитию эндоскопической хирургии, обеспечившей малоинвазивность доступов к желчному дереву [3, 4, 5, 8].

Связь проблемы с важными научными или практическими заданиями. Работа выполнена в соответствии с комплексной научно-исследовательской работой кафедры хирургических болезней Харьковского национального университета имени В.Н.Каразина «Разработка малоинвазивных оперативных вмешательств с использованием низких температур в лечении больных желчекаменной болезнью и язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки» № госрегистрации 0100U005308.

Анализ последних исследований и публикаций. В научных хирургических публика-

циях последних лет уделяется значительное внимание изучению патогенеза острого гнойного холангита имеющего как обтурационную, так и рефлюксную природу. Разные по действию факторы приводят к идентичным изменениям в стенке желчных протоков, создают условия для продолженного воспалительного процесса в ней с исходом в рубцевание и сужение просвета. В связи с этим важной является задача поиска патогенетически обоснованного лечения острого воспалительного процесса, развившегося в стенке желчных протоков. Рассматривается два взаимодополняющих направления лечебной программы острого гнойного холангита: это интенсивная инфузионная терапия с системной антибиотикотерапией и местное лечение с использованием интрахолангеальных дренажей. Однако оба направления содержат достаточное количество противоречий и спорных вопросов, что делает актуальными исследования, направленные на их изучение [2, 3, 4, 6, 8].

Выделение нерешенных ранее частей общей проблемы. К настоящему времени нет единства во взглядах на технику проведения и объем выполнения интрахолангеального лечения острого гнойного холангита, а также какие медикаментозные препараты и как долго использовать для этого. Сложность данной проблемы определяется значительной глубиной расположения и сложностью строения очага воспаления, а также необходимостью в процессе проведения лечения обеспечивать адекватный желчеток, что не

позволяет создать терапевтическую дозу выбранного для местного применения препарата [3, 4, 5, 6, 7, 8].

Целью настоящего исследования является выработка методики местного лечения острого холангита с учетом фазности течения воспалительного процесса. Мы ставили перед собой задачу изучить эффективность эндохолангеального лаважа при лечении острого холангита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование включает результаты лечения 34 пациентов с острым гнойным холангитом, мужчин – 9 (26,4%), женщин – 25 (73,6%), в возрасте от 43 до 78 лет. При поступлении общее состояние 21 (61,8%) пациента было средней тяжести, 13 (38,2%) – тяжелое. Нарушение проходимости желчных протоков на уровне гепатохоледоха было обусловлено крупными конкрементами, не поддающимися эндоскопической холедохолитотракции у 18 (52,9%) пациентов, стриктурами желчных протоков – у 8 (24,6%), сочетанием холедохолитиаза со стриктурами – у 5 (14,7%), сочетанием холедохолитиаза с парапапиллярным дивертикулумом – у 3 (8,8%). Диагностическая программа состояла из клинико-лаборного обследования, ультразвукового сканирования, эндоскопического исследования верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, эндоскопической ретроградной холангиографии, холедохоманометрии, бактериологического исследования желчи. Лечебная программа включала стандартную инфузионную терапию острого холангита и механической желтухи, неотложную эндоскопическую папиллосфинктеротомию с последующим назобилиарным дренированием, этапный интрахолангеальный лаваж.

Папиллосфинктеротомия, промывание желчного дерева и назобилиарное дренирование выполнялось с использованием дуоденоскопа JF 20 (Olympus, Japan) со стандартными катетерами, папиллотомы, проводниками, корзинкой Дормиа. Для интрахолангеального лаважа использовали физиологический раствор при температуре 38⁰С. Введение препарата проводилось три раза в день капельно в объеме 300 мл со скоростью 60 капель в минуту. Лечение продолжалось до прекращения выделения из дренажей с желчью фибриновой взвеси, сладжа и получения при бактериологическом исследовании микробной обсемененности желчи ниже критического уровня.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенного объективного обследования установлено наличие: боли в правом подреберье у 31 (91,2%) пациента, желтухи – у 23 (67,6%), гипертермии – у 21 (61,8%), ознобов у 19 (55,9%), заторможенности – у 13 (38,2%), артериальной гипотензии – у 5 (14,7%).

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости установлены признаки желчной гипертензии у всех больных по расширению гепатохоледоха от 11 до 27 мм и внутривнутрипеченочных желчных протоков. Причина нарушения пассажа желчи установлена у 14 (41,2%) больных: холедохолитиаз – у 8 (57,4%), увеличение головки поджелудочной железы, как причина сужения холедоха – у 4 (28,5%), стриктура гепатохоледоха – у 2 (14,1%). Уровень расположения препятствия желчотоку установлен во всех случаях: зона фатерова соска – у 23 (67,6%), интрапанкреатический отдел – у 7 (20,6%), супрадуоденальный отдел – у 4 (11,8%).

При фиброгастродуоденоскопическом исследовании установлено наличие патологических изменений зоны фатерова соска у всех больных, в том числе: гиперпластические изменения с воспалительным компонентом у 31 (91,2%), вклиненный конкремент – у 4 (11,8%), парапапиллярный дивертикулум – у 3 (8,8%), воспалительные изменения фатерова соска на фоне рубцового стеноза его устья – у 1 (2,9%). Патологические выделения из устья фатерова соска имели место у 24 (70,6%) больных: выделение желчи со сладжем и фибрином – у 15 (62,5%), выделение гноя – у 9 (37,5%).

В результате эндоскопической ретроградной холангиографии установлена причина нарушения пассажа желчи и уровень её расположения во всех случаях: крупные конкременты гепатихоледоха у 18 (52,9%) пациентов, стриктуры желчных протоков – у 8 (24,6%), сочетание холедохолитиаза со стриктурами – у 5 (14,7%), сочетание холедохолитиаза с парапапиллярным дивертикулумом – у 3 (8,8%).

При бактериологическом исследовании желчи получен рост: кишечной палочки в 12 (35,3%) случаях, неспорообразующих анаэробов – в 11 (32,4%), протей – в 5 (14,7%), клебсиеллы – в 5 (14,7%), энтерококка – в 3 (8,8%), палочки сине-зеленого гноя – в 2 (5,9%), ассоциации микроорганизмов получены в 19 (55,9%) случаях.

При холедохоманометрии выявлено наличие желчной гипертензии в пределах от 190 до 310 мм водного столба.

В результате проведенного лечения купированы явления острого обтурационного

гнойного холангита у всех больных на протяжении от 4 до 9 суток от начала лечения, что подтверждено исчезновением имеющейся клинической картины острого холангита и положительной динамикой данных лабораторных методов исследования, со снижением уровня бактериальной обсемененности желчи ниже критического значения. Это позволило выполнить радикальные хирургические вмешательства на желчных протоках с наименьшим возможным риском для больного. Летальных исходов не было.

Острый гнойный холангит представляет собой сложный воспалительный процесс, что определяется морфологическими особенностями желчного дерева, а также специфичностью развития в них воспалительных изменений [1, 3, 4]. Принимая во внимание общность течения воспалительного процесса в различных органах и тканях [1], лечебная программа острого холангита строилась нами с учетом фазности его течения. В настоящее время интрахолангеальный метод лечения острого холангита является неотъемлемым элементом лечебной программы [3, 4, 5, 6, 8]. При выборе интрахолангеального метода лечения в первую очередь учитывали общепринятое мнение, что при наличии манифестации острого гнойного холангита, воспалительный процесс в стенке протока характеризуется альтерацией, экссудацией, отеком тканей. Все это само по себе, даже при обеспечении проходимости протоков, способствует нарушению пассажа желчи. При наличии холестаза вследствие отека слизистой протоков и наличия в просвете фибриновых частиц, сладжа, создаются условия для прогрессирования воспалительного процесса, продления сроков течения и углубления патологических изменений в стенке протоков и парадуктальном пространстве [1, 5, 6].

В острой фазе течения гнойного холангита этапная санация желчных протоков способствует очищению просвета, устраняет холестаз и этим создает условия для купирования воспалительного процесса в стенке протоков [3, 5, 6].

Учитывая значительные изменения стенки желчных протоков и перихолангеальных пространств, подтверждающиеся гистологическими исследованиями, острый холангит следует рассматривать как обострение длительно существующего хронического воспалительного процесса [1, 2]. При заживлении дефектов слизистой оболочки, особое значе-

ние имеют процессы эпителизации, так как, восстановление слизистой оболочки обеспечивает дальнейшее полноценное функционирование пораженного участка, предупреждает развитие рубцовой стриктуры, что особенно важно в условиях продолжающегося хронического воспаления. Этот факт определяет необходимость максимально возможного сокращения гнойно-некротической фазы течения воспалительного процесса в стенке протоков и недопущение затяжного волнообразного течения.

ВЫВОДЫ

1. Интрахолангеальный лаваж при остром гнойном холангите является обязательным элементом лечебной программы.
2. Назобилиарное дренирование создает условия для проведения интрахолангеального лаважа при остром гнойном холангите в ближайшие сроки после поступления больного в хирургический стационар.
3. Интрахолангеальный лаваж при остром гнойном холангите обеспечивает восстановление пассажа желчи, устраняя тем самым билиарную гипертензию.
4. Использование интрахолангеального лаважа как элемента комплексной терапии острого гнойного холангита способствует достижению контролируемой стойкой положительной динамики в течении заболевания, исключая возможность периодического холестаза, который ведет к волнообразному течению заболевания.

Перспектива дальнейших исследований в данном направлении. Дальнейшая разработка элементов лечебной программы острого гнойного холангита в плане местного лечения воспалительного процесса во внепеченочных и внутрипеченочных желчных протоках, что является более сложной проблемой, позволит определить наиболее эффективные и в то же время наименее токсичные препараты для интрахолангеального введения, а также определить их дозировку и адекватный способ введения с учетом постоянного движения желчи по протокам. Важным вопросом, требующим исследования, является продолжительность проведения интрахолангеального лечения. В этой связи требуется определение объективных критериев указывающих на получение положительного результата при данном виде лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахаладзе Г.Г. // Consilium-medicum. приложение. 2003. Т. 5. № 4. С. 1-7.
2. Гальперин С.И., Ахаладзе Г.Г. // Хирургия. 1999. № 10. С. 24-28.
3. Ермаков Е.А., Лищенко А.Н. // Хирургия. 2003. № 6. С. 68-75.

4. Ермолов А.С., Дасаев Н.А., Юрченко С.В. и др. // Хирургия. 2002. № 4. С. 4-11.
5. Жерлов Г.К., Зыков Д.В., Клоков С.С. и др. // Хирургия. 2002. № 12. С. 12-21.
6. Машинский А.А., Лотов А.Н., Харнас С.С., и др. // Хирургия. 2002. № 3. С. 58-62.
7. Слухай Г.Ю., Шойхет Я.Н. // Анналы хирургической гепатологии. 1999. Т. 4. № 1. С. 78-82.
8. Харнас С.С., Синицин В.Е., Шехтер А.И., и др. // Хирургия. 2003. № 6. С. 42-47.

ЗАСТОСУВАННЯ НАЗОБІЛЯРНОГО ДРЕНУВАННЯ У ЛІКУВАЛЬНІЙ ПРОГРАМІ ГОСТРОГО ГНІЙНОГО ХОЛАНГІТУ

Ю.Б. Захарченко

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, кафедра хірургічних хвороб

РЕЗЮМЕ

Проаналізовані результати лікування 34 хворих на гострий гнійний холангіт, чоловіків – 9 (26,4%), жінок – 25 (73,6%), у віці від 43 до 87 років. Під час надходження до стаціонару загальний стан пацієнтів був середньої тяжкості – тяжкий. Порушення прохідності жовчних проток на рівні гепатікохоледоу було зумовлене великими конкрементами, що не піддавались ендоскопічній холедохолітографії у 18 (52,9%) пацієнтів, стріктурами жовчних проток у 8 (24,6%), поєднанням холедохолітазу зі стріктурами у 5 (14,7%), поєднанням холедохолітазу з парапапілярним дивертикулом у 3 (8,8%). Діагностична програма складалась з клінічно-лабораторних досліджень, ультразвукового сканування, ендоскопічного дослідження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, ендоскопічної ретроградної холангіографії та холедохоманометрії, бактеріологічного дослідження жовчі. Лікувальна програма поєднувала в собі стандартну інфузійну терапію гострого гнійного холангіту та механічної жовтяниці, невідкладну ендоскопічну папілосфінктеротомию з подальшим назобілярним дрениванням, етапний інтрахолангеальний лаваж. У результаті проведеного лікування зникли клінічні прояви гострого гнійного холангіту у всіх хворих на протязі від 4 до 9 діб від початку лікування, що верифіковано даними

лабораторних методів дослідження. Це дало змогу виконати радикальне хірургічне втручання на жовчних протоках з найменшим можливим ризиком для хворого. Летальних випадків не було.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: холангіт, механічна жовтяниця, назобілярне дренивання

TREATMENT OF ACUTE PURULENT CHOLANGITIS WITH NASOBILIAR DRAINAGE

Yu.B. Zakharchenko

V.N. Karazin Kharkiv National University, Department of surgical diseases

SUMMARY

The results of treatment the 34 patients with the acute purulent cholangitis was analysed. There were 9 men (26,4%) and 25 women (73,6%) in the age for 43 to 87. On the entrance those patients to the clinic their general condition were heavy, but some of them had middle weight condition. The possibility violation of the gall-ducts on the level of common bile duct were conditioned with: the big stones have 18 patients (52,9%), which defied to endoscopic choledocholithotraction; strictures of the ducts have 8 patients (24,7%); combination of choledocholithiasis with the strictures have 5 patients (14,7%); combination of the choledocholithiasis with parapapillar diverticulum have 3 patients (8,8%). The diagnostic program conclude of the clinical and laboratories methods investigations, ultrasound scanning, endofibrosopic investigation the top past of the gastro-intestinal tract, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, cholangiomanometry, bacteriological check up of the bile. The treatment program included: the standard infussional therapy of acute cholangitis and the obstructive jaundice; the endoscopic sphincterotomy with following nasobiliar drainage; the landmark endocholangial leading physiological solution. As the results of the treatment all patients with acute obstructive purulent cholangitis in all cases were mixed in the period of 4-9 days after the treatment starting, with were definite by the clinical flowing and verified by the dates of laboratorial check up methods. All of these allowed to fulfil the radical surgical intervention on the common bile duct with the least risk for the patient. There was no lethal outcome.

KEY WORDS: cholangitis, obstructive jaundice, nasobiliar drainage