

# ГОСТРИЙ ВИСХІДНИЙ ХОЛАНГІТ, ЯК ПЕРВИННЕ УСКЛАДНЕННЯ ОБТУРАЦІЙНОЇ ЖОВТЯНИЦІ ПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ

*Дронов О.І., Ковальська І.О., Насташенко І.Л., Левченко Л.В.*

*Національний медичний університет імені О.О.Богомольця*

*Кафедра загальної хірургії №1*

## **Вступ**

Гострий холангіт (ГХ), що супроводжує злоякісну біліарну обструкцію становить 10%-30% випадків пухлин гепатопанкреатобіліарної зони (ГПБЗ) [1-3]. Етіологічним фактором тяжкого холангіту є механічна компресія біліарного дерева, що характеризується підвищенням рівня інтрадуктального тиску і транслокацією мікроорганізмів (МО) з дванадцятипалої кишки та призводить до запального набряку слизової оболонки жовчних шляхів, створює сприятливе середовище для колонізації бактерій, інфікування стерильної жовчі [4]. Внаслідок гіпербілірубінемії на фоні злоякісної пухлини знижується імунна відповідь організму, що ускладнює перебіг ГХ [5]. З огляду на патофізіологічні зміни, рання біліарна декомпресія (перші 48 год.), яка досягається ендобіліарним чи транскутанним транспечінковим дрениванням необхідна для відновлення функціонування клітин печінки. Але доцільність передопераційного біліарного дренажа все ще залишається суперечливим питанням, що пов'язано з ризиком бактеріальної контамінації жовчних шляхів та інфекційних ускладнень у післяопераційному періоді. Проте бактеріальна колонізація, викликана ГХ, у пацієнтів з обтураційною жовтяницею (ОЖ) пухлинного генезу,

виявлена первинно під час інтервенційних методів біліарної декомпресії, може бути самостійним ускладненням, асоційованим зі ступенем тяжкості та тривалістю жовтяниці.

**Мета дослідження:** з'ясувати наявність висхідного холангіту, як первинного ускладнення біліарної обструкції та кореляцію зі ступенем тяжкості і тривалістю жовтяниці.

### **Матеріали і методи**

Ретроспективне дослідження 2020р. виконано на клінічній базі кафедри загальної хірургії №1 НМУ імені О.О.Богомольця. Критеріями включення в дослідження були пацієнти з ОЖ пухлинного генезу ГПБЗ, що підтверджена клінічно та інструментальними методами дослідження без попередніх інтервенцій жовчновивідних шляхів, антибіотикотерапії останні 6 місяців, з холангітом I-II ступеню за критеріями Tokyo Guidelines, 2018 [6], жовтяницею класу В-С за класифікацією Гальперіна, 2012 [7].

Мікробіологічне дослідження жовчі проводилось з типуванням збудника до виду за загальноприйнятими методиками клінічної лабораторії. Етіологічно значущим вважалось мікробне число-10<sup>5</sup> КУО/мл. Забір матеріалу проводився безпосередньо під час черезшкірної черезпечінкової холангіостомії (ЧЧХС), ендобіліарного стентування (ЕБС) чи інтраопераційно із першої порції отриманої жовчі.

### **Результати і обговорення**

Оцінено результати 69 пацієнтів з ОЖ пухлинного генезу ГПБЗ; ЕБС виконано 51 пацієнту, ЧЧХС-12 пацієнтам, інтраопераційний забір жовчі- у 6 пацієнтів. Розподіл пацієнтів за ступенем тяжкості жовтяниці та холангіту з виявленою бактеріальною флорою наведено у таблиці.1

**Таблиця 1. Взаємозв'язок виявленої бактеріальної флори зі ступенем тяжкості жовтяниці та холангіту**

Жовтяниця клас В		Жовтяниця клас С		Холангіт (Gradel)	Холангіт (Gradell)
Кількість пацієнтів (всього-69)					
29		40		32	37
Холангіт (Gradel)	Холангіт (Gradell)	Холангіт (Gradel)	Холангіт (Gradell)		
26	3	6	34		
Характер мікробної флори					
Мономікробна				Полімікробна	
26 пацієнтів				43 пацієнта (жовтяниця клас С+ В (3 пацієнти)	
37.7%				62.3%	

Основні типи МО, визначені у пацієнтів досліджуваної групи: E.coli-26 пацієнтів (37,7%), E.faecalis - 18 (26.1%), St. saprophyticus – 7 (10.1%) Kl.pneumonia- 6 (8.7%), Ps.aeroginosa-5 (7.2%), C.frendii-4 (5.8%), A.baumanii-3 (4.3%). Виявлено кореляційний зв'язок,  $R_o > 0$  ( $R_o = 0,319$ ), між тривалістю та ступенем тяжкості жовтяниці за допомогою показника рангової кореляції Спірмена на рівні значимості  $p = 0,05$

### **Висновки**

-Обструкція жовчовивідних шляхів є основним фактором в патогенезі гострого холангіту внаслідок підвищення інтрадуктального тиску та інфікування стерильної жовчі.

-Бактеріальна інфекція, що викликає холангіт, у пацієнтів з ОЖ пухлинного генезу, виявлена первинно під час інтервенційних методів біліарної декомпресії не являється їх ускладненням.

-Бактеріальна флора, ідентифікована у пацієнтів на момент біліарної декомпресії, пов'язана з тривалістю та ступенем тяжкості жовтяниці.

### **Література**

1. Klimczak, T., Kaczka, K., Klimczak, J., Tyczkowska-Sieroń, E., & Tyczkowska, A. (2018). Primary bacterial culture of bile and pancreatic juice in tumor related jaundice (TROJ)-is ascending cholangitis always our fault?. *Scandinavian journal of gastroenterology*, 53(12), 1569-1574.
2. Akashi, M., Nagakawa, Y., Hosokawa, Y., Takishita, C., Osakabe, H., Nishino, H., ... & Tsuchida, A. (2020). Preoperative cholangitis is associated with increased surgical site infection following pancreaticoduodenectomy. *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*, 27(9), 640-647.
3. Adler, D. G., & McEntire, D. (2018). Current Management of Ascending Cholangitis. *PRACTICAL GASTROENTEROLOGY*, 29.
4. Ruan, H. Q., Liao, G. L., Peng, P., Liu, S. Q., Wu, C. L., Qin, J. F., ... & Huang, J. A. (2019). Microbial profiles and risk factors of preexisting biliary infection in patients with therapeutic endoscopy. *Gastroenterology research and practice*, 2019.
5. Kimura Y, Takada T, Strasberg SM, et al. TG13 current terminology, etiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepato-Bil-Pan Sci* 2013; 20:8 – 23)

6. TG 18/ TG 13 diagnostic criteria for acute cholangitis Tokyo Guidelines 2018: initial management of acute biliary infection and flowchart for acute cholangitis

7. Гальперин, Э. И., Ахаладзе, Г. Г., Ветшев, П. С., & Дюжева, Т. Г. (2019). Дифференцированный подход к применению минимально инвазивных методов лечения опухолевой механической желтухи. *Анналы хирургической гепатологии*, 24(2), 10-24.