

616.361/.366-002.1-089

CHIRURGICKÁ LIEČBA AKÚTNÝCH ZÁPALOVÝCH OCHORENÍ ŽLČNÍKA A ŽLČOVÝCH CIEST

Plk. MUDr. Imrich BÉREŠ, pplk. MUDr. Rudolf SEMAN, pplk. MUDr. Bedrich ZAŤKO
Chirurgické oddelenie Vojenskej nemocnice Bratislava
(náčelník: plk. MUDr. Imrich Béreš)

Akútne zápalové ochorenie žlčníka a žlčových ciest zaraďujeme medzi náhle brušné príhody. Indikáciu na liečebný postup, prípadne operáciu určuje chirurg v spolupráci s internistom. V minulosti prevládal konzervatívny liečebný postup, ale v poslednom čase čoraz viac chirurgov je za operačnú liečbu. Včasné odstránenie patologického ložiska a tým aj toxických vplyvov na organizmus a orgány funkčne spojené so žlčníkom je dôležité. Prítom nejestvuje štandardný postup pri diagnóze, indikácii na operáciu, intraoperačných vyšetrovacích metódach a voľbe chirurgického výkonu. Predmetom polemiky pri rozličných formách akútnej cholecystitídy ostáva otázka času vykonania operácie. Na základe našich

klinických skúseností a údajov v písomníctve chceme poukázať na niektoré problémy cholecystitídy a cholangitídy.

Podľa Niederleho vzniká akútna cholecystitída až v 95 % pri cholelitiáze. Ojedinele vzniká pri malformácii žlčníka ako bakteriálna cholecystitída, najčastejšie u ľudí stredného a staršieho veku. Etiológia nie je doteraz presne objasnená. Primárna cholecystitída sa zrejme nevyskytuje, čo dokazujú negatívne mikrobiálne kultúry zo steny a obsahu žlčníka. Sekundárnu infekciu zapríčiňujú baktérie z okolitých orgánov krvnou, lymfatickou, enterogénnou cestou alebo priamym kontaktom.

V mikrobiálnych kultúrach akútnych cholecystíd najčastejšie nachádzame: *Escherichia*

coli, Staphylococcus aureus, Streptococcus faecalis, Klebsiella a Proteus. Pri emfyzematózne cholecystitíde Clostridium perfringens.

Podpornými faktormi pri vzniku zápalového procesu sú stáza žlče, mechanické poškodenie steny žlčníka kameňmi a ischémia.

Klinicky sa akútna cholecystitída prejavuje trvalou bolesťou a Charcotovým triasom, po opakovaných záchvatoch alebo bez predchádzajúcej biliárnej koliky. Bolesť sa začína, lokalizuje ako pri nezápalovej kolike, pravda, je prudšia, stupňuje sa a má trvalý charakter. Horúčka a triaška sú príznakmi zápalového procesu. Podľa Charcota vysokú teplotu môžu vyvolať aj reflektorické koliky bez zápalového procesu. Naopak pri cholecystektómiách nachádzame hnisavý obsah žlčníka bez klinických príznakov zápalu.

Ikterus sa objaví v prvých dňoch u štvrtiny až tretiny prípadov (Niederle, Kuna). Príčinou sú edém v oblasti ligamentum hepatoduodenale, zväčšené lymfatické uzliny v okolí ductus choledochus, celulárne poškodenie a je skoro vždy prítomný pri cholecystopankreatíde.

Najzávažnejším zápalovým ochorením žlčových ciest je akútna obštrukčná hnisavá cholangitída. Príčinou sú prekážky v extrahepatických žlčovodoch, stáza žlče a infekcie vyvolané najmä gramnegatívnymi baktériami. V klinickom obraze sa pridružuje k Charcotovmu triasu septický šokový stav a mentálne poruchy. Podľa už v roku 1956 označil hnisavú cholangitídu za náhlu brušnú príhodu s nevyhnutnou požiadavkou neodkladného chirurgického výkonu. Chirurgická dekompresia a drenáž žlčových ciest je vitálne indikovaná, odklad operácie vedie k neodvratnej mortalite. Podľa Baloga aj. (1977) akútnu hnisavú cholangitídu môže prežiť len včas operovaný pacient.

Osobitný klinický obraz utvára akútna emfyzematózna cholecystitída. Charakterizuje ju prítomnosť plynu v žlčníku, prípadne v jeho stene, ktorá je gangrenózne zmenená. Anglosaskí autori opísali viac prípadov. U všetkých našli diabetes. Domnievajú sa, že pri akútnej alebo chronickej cholecystitíde dochádza k invázii baktérií z GIT lymfatickou cestou do žlčníka. Z obsahu vypestovali Clostridium perfringens. Je možné aj vzplanutie clostridiovej infekcie v žlčníku v dôsledku ischémie jeho steny.

Diagnóza a diferenciálna diagnóza pri akútnych zápaloch žlčníka a žlčových ciest je ľahšia v začiatočnom ako v pokročilom štádiu. Vyhne sa omylu, ak správne posúdime rozsah funkčných zmien orgánov anatomicky a funkčne spojených so žlčovým systémom. Ak máme pochybnosti, indikujeme probatórnu laparotómiu ako pri iných akútnych ochoreniach orgánov brušnej dutiny.

Rtg diagnostika pri týchto stavoch nie je doteraz prepracovaná.

Akútna pankreatitída je najčastejšou komplikáciou zápalových ochorení žlčového systému.

Na základe etiológie a patogenézy ťažko rozhodnúť, čo je prvotné a čo druhotné. Pred začatím liečby treba rozlíšiť, či ide o izolovaný priebeh oboch ochorení, čo je zriedkavé, alebo o spoločný výskyt, čo je častejšie.

U chorých s príznakmi akútnej pankreatitídy, pokiaľ celkový stav a lokálny nález nevyžadujú urgentnú operáciu, začneme intenzívnu protizápalovú liečbu. Ak je prvotná akútna cholecystitída a druhotná pankreatitída a počas 2—3 dní sa klinické príznaky a laboratórne výsledky nezlepšujú a diferenciálna diagnóza nie je jasná, vykonáme exploratívnu laparotómiu. Vždy je lepšie vykonať laparotómiu pri akútnej pankreatitíde ako konzervatívny postup pri deštruktívnej cholecystitíde alebo biliárnej peritonitíde.

Chirurgické výkony pri akútnych zápalových ochoreniach žlčníka a žlčových ciest patria k vážnejším operáciám. Peroperačná diagnóza má význam pre definitívne určenie operačného postupu a pooperačnej liečby. Na základe patologicko-anatomických zmien a celkového stavu pacienta rozhodujeme sa pre cholecystektómiu, pre vonkajšiu drenáž abscesu žlčníka, prípadne revíziu žlčových ciest s vonkajšou drenážou.

Klinický materiál

Na chirurgickom oddelení Vojenskej nemocnice v Bratislave sme v období od januára 1977 do júla 1979 liečili 345 chorých s ochorením žlčníka a žlčových ciest. Priemerný vek chorých bol 46 rokov. Pomer mužov a žien 1:4. U 48 pacientov (14 %) sme zistili cholelitiázu s choledocholitiázou. Z celkového počtu 345 pacientov sme operovali 26 (13 %) pre akútnu cholecystitídu. Z toho u 24 (87 %) boli opakované biliárne koliky, trvanie ťažkostí od 3 mesiacov do 10 rokov. U dvoch pacientov ochorenie vzplanulo bez predchádzajúcich ťažkostí a biliárnej koliky. Teplota na začiatku ochorenia sa pohybovala u všetkých v rozmedzí od 38 do 39 °C. Ikterus sme zistili u 8 chorých. Pankreatitída ako pridružené ochorenie bola diagnostikovaná u piatich pacientov. Urgentne sme operovali dvoch, akútne 16 a odložené 8 pacientov.

Pri urgentných a akútnych chirurgických výkonoch sme peroperačnú cholangiografiu nerobili, pri odložených 4-krát s negatívnym nálezom. Subhepatálnu oblasť sme vždy drenovali. Pooperačné komplikácie sa vyskytli u 3 pacientov, z toho u 2 sekundárne hojenie rany, u jedného biliárna fistula, ktorá sa uzatvorila za 10 dní.

Diskusia

Pri cholelitiáze je akútna cholecystitída podľa Paulicka 16,4 %, Meyera 11,2 %, Farkaša 14,7 %, Pheilsa 7,8 %. Niederle v 95 % a Fedinec v 36 % opisujú vznik akútnej cholecystitídy pri cholelitiáze.

V našom prípade sme mali za dva a pol roka 26 pacientov s akútnou cholecystitídou. Trvalú bolesť a vysokú teplotu mali všetci chorí. V súhlase s údajmi Kunu a Niederleho sme ikterus diagnostikovali v 33 %. Iní autori zistili ikterus u 40—50 %.

Najviac diskutovanou otázkou v chirurgických kruhoch a literatúre je indikácia chirurgického výkonu. V chirurgii dnes prevláda jednoznačný názor operačnej liečby. Indikácie na operáciu posudzujeme prísne individuálne vzhľadom na celkový stav, lokálny nález, funkčné zmeny na základe laboratórnych vyšetrení, priebeh ochorenia a vek pacienta. Po určení indikácie na operáciu je dôležité rozhodnúť, kedy je najoptimálnejší čas na jej vykonanie.

Ak je potvrdená diagnóza akútnej cholecystitídy, operujeme:

1. urgentne pri klinickom náleze biliárnej peritonitídy, perforácii žlčníka a akútnej cholangitíde,

2. ak sa počas konzervatívnej liečby príznaky akútneho zápalu zhoršujú a celkový stav sa nezlepšuje, treba operovať od 48—72 hodín od vzniku ochorenia,

3. ak po konzervatívnej liečbe príznaky akútneho zápalu ustupujú, ale ikterus pretrváva a stupňuje sa, operačná liečba je potrebná na 3.—4. deň,

4. ak po konzervatívnej liečbe zápalové príznaky, bolesť, defíns a ikterus ustupujú, celkový stav sa zlepšuje, je vhodné operovať na 7.—10. deň.

Chirurgický výkon pri akútnom zápale žlčníka a žlčových ciest podľa naliehavosti rozdělujeme do 3 skupín:

- a) urgentný (ihneď po určení diagnózy),
- b) akútny (do 48—72 hodín),
- c) odložený (do 7—10 dní).

Najviac operácií pri akútnych cholecystitídach sa vykonáva podľa naliehavosti v akútnom štádiu na 2.—3. deň od vzniku ochorenia. Petrov z celkového počtu 930 akútnych cholecystitíd operoval urgentne 19 %, akútne 60 %, odloženú operáciu vykonal v 21 %. Fedinec operoval 65 % urgentne, 60 % akútne, 72 % odložene. My sme operovali urgentne 7,7 %, akútne 61 %, odložene 35 %. Nahodil odporúča operáciu na 2.—5. deň.

Podľa rozsahu zápalového procesu na žlčníku a žlčových cestách sa rozhodujeme pre nasledujúce chirurgické výkony:

1. Cholecystektómia. Pri zápalových procesoch žlčníka je bezpečnejšia prográdna ako retrográdna cholecystektómia.

2. Cholecystostómia je indikovaná v prípadoch, kde nemôžeme žlčník odstrániť a zdĺhavá operácia by poškodila pacienta. Neskoršie je potrebná ďalšia operácia, podľa Mestera v 60 %.

Peroperačná cholangiografia je indikovaná a opodstatnená viac ako pri chronických ochoreniach, lebo predoperačné kontrastné vy-

šetrenie sme pri akútnych stavoch nemohli vykonať. Peroperačnú cholangiografiu robíme cez ductus cysticus.

3. Choledochotómiu indikujeme:

- a) ak zistíme kamene v choledochu,
- b) pri akútnej cholangitíde,
- c) keď zistíme v žlčníku menšie kamene, ako je lumen ductus cysticus,
- d) ak je klinicky a röntgenologicky dokázaná striktúra papilla Vateri,
- e) keď v zápalove zmenenom žlčníku nenachádzame kamene a v anamnéze boli časté záchvaty.

Drenáž spoločného žlčového pri akútnom zápale žlčníka a žlčových ciest je indikovaná:

— po otvorení choledochu pri akútnom zápale, keď primárna sutúra je vždy kontraindikovaná,

— pri akútnej cholangitíde,

— pri iktere, kde stázu žlče nemôžeme riešiť iným spôsobom.

Názory na podávanie antibiotík nie sú jednotné. Kiss aj odporúčajú podávať antibiotiká hneď po presnom určení diagnózy ako prevenciu pooperačných komplikácií a na zníženie toxicity počas operácie. Morov neodporúča podávať antibiotiká, lebo podľa jeho názoru neznižujú počet pooperačných komplikácií. Far-kaš odporúča podávať antibiotiká cez vena umbilicalis, ktorá sa môže využiť aj na parenterálnu výživu a na diagnostiku portálneho systému a pečene. My sme podávali širokospektrálne antibiotiká intravenózne v maximálnych dávkach.

Pri urgentných výkonoch je mortalita vyššia, ako pri akútnych a odložených výkonoch. Petrov pri urgentných výkonoch opisuje 37,7 %, pri akútnych 2,6 % pri odložených 1,2 %. Mag-nelov pri urgentných 2,7 %, pri akútnych 10 %. Podľa Petrova, Glenna, Jokusova a iných autorov pri akútnych a odložených operačných výkonoch úmrtnosť sa rovná úmrtnosti v štádiu pokoja, t. j. 0,9—2,8 %. Mortalita pri akútnych cholecystitídach je aj napriek intenzívnej komplexnej a chirurgickej liečbe vysoká — 30 až 100 %.

Súhrn

Autori rozobrali niektoré časti širokého problému akútneho zápalu žlčníka a žlčových ciest na základe klinických skúseností a údajov v písomníctve.

Upriamili sa na optimálny čas indikácie, peroperačné vyšetrenia a spôsoby operačného výkonu.

Akútne zápaly žlčového systému treba vždy liečiť chirurgicky. Ak stav nevyžaduje urgentnú operáciu, treba ju vykonať v akútnom štádiu, čo je najvhodnejší čas tak pre pacienta, ako aj pre chirurga. Pri operáciách vykonaných v tomto období je menej pooperačných komplikácií a nižšia úmrtnosť.

Literatúra u autora.

Kľúčové slova: Akútny zápal; Žlčník; Chirurgická liečba.