

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКО-ТЕХНИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ КОМПЛЕКСНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

З. Б. Курбаниязов, К. Б. Саидмуродов, И. А. Арзиев

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: гнойный холангит, санация желчных протоков.

Таянч сўзлар: йирингли холангит, ўт йўллари санацияси.

Key words: purulent cholangitis, bile duct sanitation.

Проанализированы результаты хирургического лечения 144 больных острым гнойным холангитом как следствия желчнокаменной болезни. В основной группе больных (83) этапное хирургическое лечение с учетом степени тяжести острого гнойного холангита с применением миниинвазивных декомпрессивных вмешательств позволило купировать явления холестаза и гнойной интоксикации, значительно улучшить результаты радикальных операций. Чресдренажная санация билиарного тракта 0,06% активированным раствором гипохлорита натрия способствовала раннему купированию холангита. Достигнуто уменьшение послеоперационных осложнений с 24,5% до 12,1%, летальности с 8,2% до 2,4%.

ЎТ-ТОШ КАСАЛЛИГИ ОҚИБАТИДА РИВОЖЛАНГАН ЙИРИНГЛИ ХОЛАНГИТНИ ЖАРРОХЛИК УСУЛИДА КОМПЛЕКС ДАВОЛАШНИ ТАКТИК ВА ТЕХНИК ЖИХАТДАН МАҚБУЛЛАШТИРИШ

З. Б. Курбаниязов, К. Б. Саидмуродов, И. А. Арзиев

Самарканд давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

Ўт-тош касаллиги оқибатида юзага келган йирингли холангит билан касалланган 144 беморларнинг жаррохлик усулида даволаш натижалари тахлил қилинди. Асосий гуруҳдаги беморларда (83) ўткир йирингли холангитнинг оғирлик даражасини ҳисобга олган ҳолда каминвазив декомпрессион аралашувларни қўллаган ҳолда босқичма-босқич жаррохлик усулида даволашнинг амалга оширилиши холестази ва йирингли интоксикациянинг бартараф этилишига ҳамда радикал операциялар натижаларини сезиларли яхшиланишига олиб келди. Дренаж орқали ўт йўллари 0,06 % натрий гипохлоритнинг активлаштирилган эритмаси билан санация қилиш орқали холангитни эрта даврда бартараф этишга эришилди. Операциядан кейинги асоратларнинг 24,5% дан 12,1% гача, ўлим ҳолатларини 8,2% дан 2,4% гача пасайишига эришилди.

OPTIMIZATION OF TACTICAL AND TECHNICAL ASPECTS OF COMPLEX SURGICAL TREATMENT OF ACUTE PURULENT CHOLANGITIS IN CHOLELITHIASIS

Z. B. Kurbaniyazov, K. B. Saidmurodov, I. A. Arziev

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

The results of surgical treatment of 144 patients with acute purulent cholangitis as a consequence of cholelithiasis have been analyzed. In the main group of patients (83), staged surgical treatment taking into account the severity of acute purulent cholangitis with the use of minimally invasive decompressive interventions made it possible to arrest the phenomena of cholestasis and purulent intoxication, and significantly improve the results of radical operations. Excessive sanitation of the biliary tract with 0.06% activated sodium hypochlorite solution contributed to the early relief of cholangitis. Achieved a decrease in postoperative complications from 24.5% to 12.1% mortality from 8.2% to 2.4%.

Введение. Острый гнойный холангит (ОГХ) – одно из наиболее тяжелых и жизнеугрожающих осложнений заболеваний желчных путей, представляющее собой острое воспаление желчных протоков, возникающее на фоне устойчивого нарушения оттока желчи. Ведущей причиной нарушения оттока желчи является желчнокаменная болезнь (ЖКБ) [2,3,10].

Неослабевающий интерес к холангиту в значительной мере определяется неудовлетворительными результатами лечения на протяжении последних 20 лет, что подтверждается высокими цифрами летальности- от 11% до 64% даже при своевременно выполненных хирургических операциях. При этом наибольший процент летальных исходов дают экстренные операции при сочетании с острым деструктивным холециститом и перитонитом вследствие крайней тяжести оперированных больных [5,9,11]. Считается, что без хирургического разрешения, острый гнойный холангит приводит к смерти в 100% случаев [6,10].

Как правило, хирургическое лечение больных с тяжелыми формами гнойного холан-

гита осуществляют в 2 этапа. Первым этапом выполняют декомпрессию желчных протоков малоинвазивными методами-эндоскопической папиллосфинктеротомией или чрескожной холангиостомией. В качестве второго этапа пациентам производят лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ) или холецистэктомию через мини-доступ с наружным дренированием холедоха. Вместе с тем, до 55% больных нуждаются в выполнении одномоментных открытых операций в связи с наличием деструктивного холецистита или перитонита [1,4,7,12].

Неудовлетворенность результатами лечения гнойного холангита, связанная с развитием билиарного сепсиса у 6,5-30% больных, диктует необходимость оптимизации тактико-технических аспектов комплексного хирургического лечения этой патологии. Прогресс в этой области возможен при сочетанном использовании миниинвазивных операций с чресдренажными интрабилиарными процедурами для санации желчных протоков, предупреждения образования холангиогенных абсцессов в печени и септических состояний.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных ОГХ путем оптимизации тактических и технических аспектов комплексного хирургического лечения.

Материал и методы. 2010-2019гг. в хирургических отделениях клиники Самаркандского медицинского института оперированы 144 больных ОГХ развившемся как осложнение ЖКБ. Возраст пациентов колебался от 28 до 81 лет, в среднем 53±13 лет. Мужчины-53 (36,8%), женщины-91 (63,2%).

ОГХ как осложнение ЖКБ развился вследствие холедохолитиаза и хронического калькулезного холецистита у 82 (56,9%), острого калькулезного холецистита и холедохолитиаза у 62 (43,1%) больных, причем острый деструктивный холецистит осложнился различными формами перитонита у 29 пациентов (разлитой-7, местный-22).

Сопутствующая патология выявлена у 97 (67,3%) больных, преимущественно сердечно-сосудистые заболевания у 59 (40,9%), хронические обструктивные болезни легких у 2 (14,5%), ожирение у 48 (33,3%), сахарный диабет у 12 (8,3%).

Диагностика ОГХ осуществлялась на основании клинической картины (триада Шарко, пентада Рейнольдса), лабораторных и инструментальных методов исследования (сонография, РПХГ, МРТ-холангиография). Окончательный диагноз констатировался по характерным изменениям стенок желчных протоков и желчи с определением микрофлоры.

Результаты и обсуждение. Все больные были разделены на 2 группы. Группу сравнения составили 61 (42,4%) больных, оперированные в клинике с 2010 по 2014гг., основную-83 (57,6%), находившиеся на лечении 2015-2019гг. В основной группе больных лечение осуществлялось с учетом степени тяжести ОГХ, предложенной на согласительной конференции в Токио (2006). В соответствии с этими критериями легкая степень тяжести ОГХ констатирована у 54 (65%), средняя у 18 (21,6%), тяжелая у 11 (13,2%) больных.

Больные ОГХ были подвергнуты различным малоинвазивным и открытым хирургическим вмешательствам с учетом предложенных критериев тяжести, а также наличия клиники острого деструктивного холецистита и перитонита.

В основной группе у пациентов со средней степенью тяжести (n=18) и тяжелой степенью ОГХ (n=11) первым этапом лечения 20 больным применяли миниинвазивные декомпрессионные вмешательства. При этом у 9 пациентов с острым деструктивным холециститом произведена декомпрессия желчного пузыря посредством чрескожно-чреспеченочной микрохолецистостомии (ЧЧМХС) под контролем УЗИ. Затем у 5 из них выполнили эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) и назобилиарное дренирование (НБД). У остальных 4 больных ЧЧМХС значительно купировало клинические проявления ОГХ. У 11 пациентов с ОГХ без клиники острого холецистита первым этапом произведено эндоскопическое трансдуоденальное вмешательство- ЭПСТ с литоэкстракцией и НБД холедоха. Вторым этапом у этих 20 пациентов на 7-12 сутки произведена холецистэктомия-ЛХЭ-13, МЛХЭ-7, при этом у 4 МЛХЭ дополнена холедохолитотомией.

У 4 больных с клиникой перитонита по экстренным показаниям произведена лапаро-

томия, ХЭ, холедохолитотомия и санация брюшной полости. Еще 5 больным с прогрессирующей клиникой ОГХ при безуспешной попытке ЭПСТ произведена ХЭ с холедохолитотомией из открытого минидоступа.

Таким образом, двухэтапное хирургическое лечение проведено 11 (61,1%) больным со средней степенью тяжести и 9 (81,8%) с тяжелой степенью ОГХ. При ОГХ легкой степени тяжести двухэтапное хирургическое лечение проведено 13 (24,1%), одноэтапная радикальная хирургическая операция выполнена 41 пациенту.

Все хирургические вмешательства в основной группе больных завершены дренированием холедоха, из них у 56- наружное дренирование, у 27- НБД при эндоскопическом трансдуоденальном вмешательстве.

Этим больным с целью купирования воспалительных явлений в желчных протоках, предупреждения образования микроабсцессов и абсцессов в печени осуществляли санационную перфузию билиарного тракта 0,06% раствором гипохлорита натрия разработанным нами способом. Интрабилиарная санация проводилась через дренажные трубки, установленные в гепатикохоледохе (ГХ) после холедохолитотомии.

После холедохолитотомии в просвете холедоха устанавливали спаренные 2 трубки, одна из которых (тонкая в диаметре просвета 2 мм) в направлении проксимального конца ГХ, вторая (с более широким просветом до 5 мм) в дистальном направлении ГХ (рис. 1).

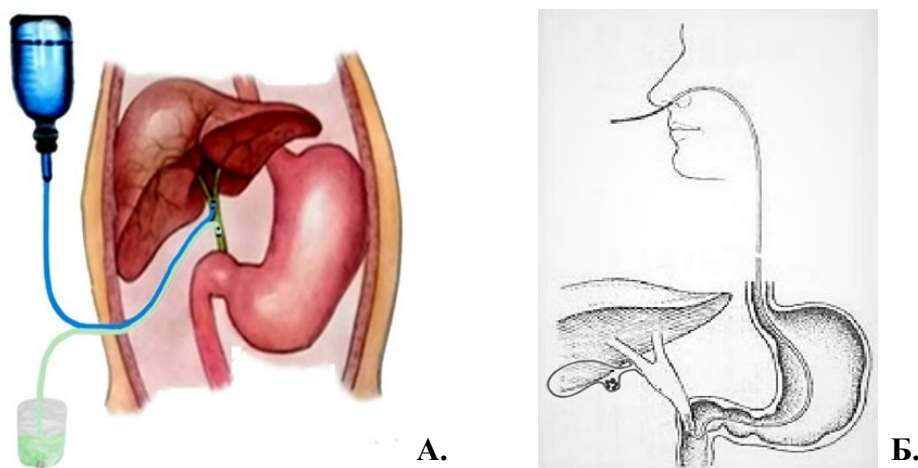


Рис. 1. Схема санационной перфузии билиарного тракта через дренаж в ГХ (А), через НБД (Б).

Санационная перфузия билиарного тракта с первых суток проводилась 400,0 мл анолитного 0,06% раствора гипохлорита натрия с рН=6 до нормализации микрофлоры желчи. Анолитный раствор гипохлорита натрия являясь сильным окислителем в желчных протоках связываясь с желчью разбавлял ее, увеличивал степень желчеотделения по дренажу (табл. 1).

Гипохлорит натрия готовили на аппарате ЭДО-4. Для приготовления анолитного и католитного раствора использовали аппарат СТЭЛ-МТ-1.

Полученные результаты по исследованию вязкости желчи (использовали вискозиметр капиллярный ВК-4 для определения вязкости крови) показали, что в основной группе ко 2±0,3 суткам от начала введения гипохлорита натрия нормализовались показатели вязкости желчи и составили в среднем 0,5-0,6 у.е., тогда как в контрольной группе показатели вязко-

Таблица 1.

Достоверность различий результатов степени увеличения желчеотделения (мл/сут).

Дни после декомпрессии ЖВП	1	2	3	4	5	6
Без эндобилиарной санации	41±1,2	70±2,2	121±3,4	210±5,3	250±7,7	280±6,5
При эндобилиарной санации гипохлоритом натрия	40±1,4	100±3,5	200±4,7	340±7,2	370±7,6	420±7,1
Достоверность различий	-	p>0,05	p<0,05	p<0,05	p<0,05	p<0,05

сти желчи нормализовались на $5 \pm 0,4$ сутки.

Попадая во внутрипеченочные протоки и разбавляя желчь анолитный раствор гипохлорита натрия способствовал санации желчных протоков снижая высокие титры микробных тел. Как показали наши исследования, именно «кислые» растворы (анолиты) гипохлорита натрия обладают выраженным дезинфицирующим свойством и антимикробной активностью. При этом введение 400,0 мл 0,06 % анолитного раствора гипохлорита натрия снижало титр микробов в посевах желчи, причем он стабильно снижался и в последующие дни после введения.

Микробиологическое исследование желчи проводили на 1-3-5 сутки и перед удалением дренажа. При этом наиболее часто определялись *Escherichia coli*- 75,2%, *Klebsiella*- 12,3%, *Enterobacter*- 8,1% и различные ассоциации. На 5 сутки после интрабилиарной санации отрицательные посевы желчи отмечались у 72% больных, на 12 сутки наступала полная эрадикация микробного пейзажа (рис. 2).

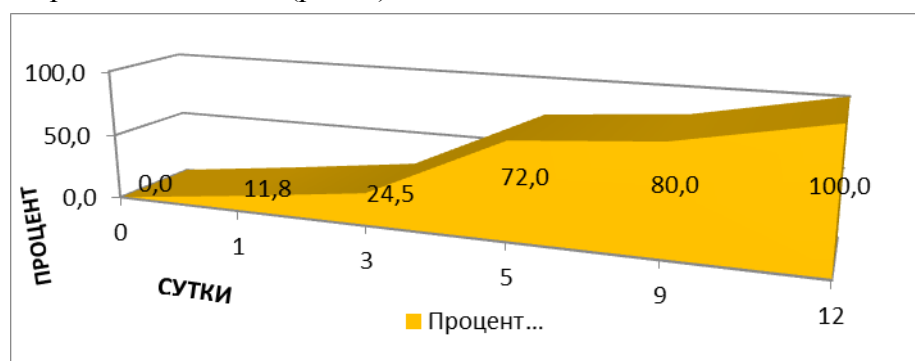


Рис. 2. Динамика эрадикации микробного пейзажа желчи при интрабилиарной санации гипохлоритом натрия (%/сут).

После получения стерильного результата бакпосева желчи или значительного его снижения промывание желчных протоков осуществляли католитным раствором ($\text{pH}=8$) гипохлорита натрия, являющегося донором активного кислорода и способствующего также быстрой регенерации. Эффективность комплексной терапии ОГХ оценивали и по регрессии биохимических показателей крови, уровню послеоперационных осложнений и летальности.

При анализах полученных результатов оказалось, что уровень общего билирубина в основной группе значительно отличался динамикой снижения в отличие от больных группы сравнения. Также при анализе полученных результатов значительно раньше нормализовались показатели активности щелочной фосфатазы и уровня АсАТ (рис.3 А, Б, В).

61 больному группы сравнения хирургические вмешательства по коррекции ОГХ вследствие ЖКБ проводились одним этапом- проведена ХЭ с холедохолитотомией из минидоступа- 13, из широкого лапаротомного доступа- 48 пациентам. При этом больные оперированы с ОГХ и острым деструктивным холециститом в 15, при осложнении острого деструктивного холецистита перитонитом в 12 случаях. 34 пациента оперированы по поводу ОГХ вследствие холедохолитиаза и хронического калькулезного холецистита.

Наиболее грозными осложнениями в контрольной группе были холангиогенные абсцессы печени и билиарный сепсис, что явились причиной летальных исходов у 4 больных. Продолжающийся перитонит еще в 1 наблюдении привел к неблагоприятному исходу. Летальность составила 8,2 %. Гнойно-септические осложнения в послеоперационном периоде наблюдали у 15 больных (24,5%).

В основной группе послеоперационные осложнения развились у 10 больных (12,1%), умерло 2 (2,4%) больных (1- послеоперационный панкреатит, 1-продолжающийся перитонит). Обращает внимание купирование в послеоперационном периоде холангиогенных абсцессов печени и билиарного сепсиса.

Выводы.

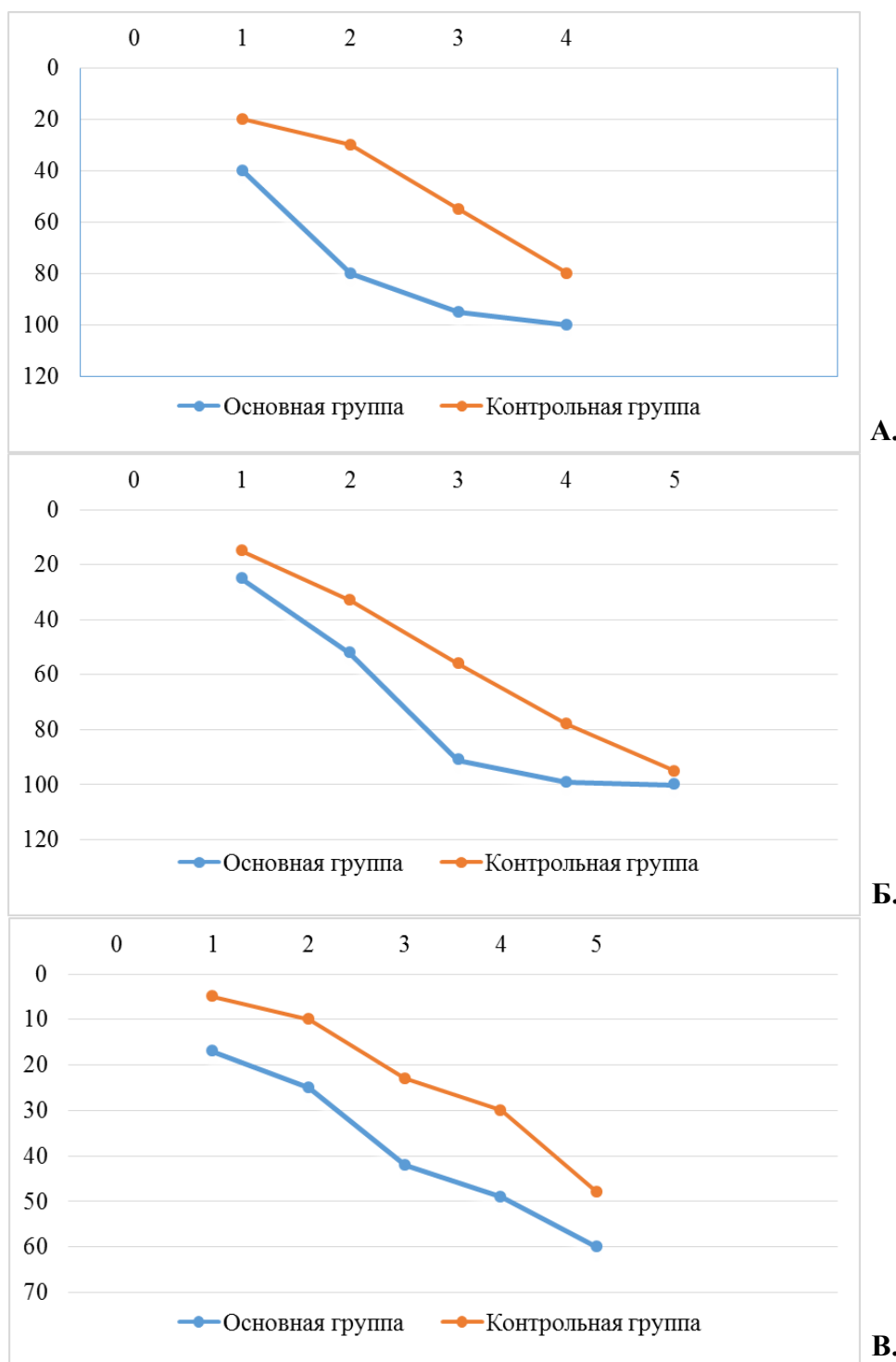


Рис. 3. Динамика нормализации уровня общего билирубина (А), щелочной фосфатазы (Б), АсАТ (В) в исследуемых группах (%/сут).

1. Этапное хирургическое лечение с применением декомпрессивных вмешательств проведено у 81,8 % больных с тяжелой степенью, 61,6% средней степенью тяжести и 24,1 % с легкой степенью тяжести ОГХ. Оптимизация тактико-технических аспектов хирургических вмешательств с учетом степени тяжести ОГХ позволило купировать явления холестаза и гнойной интоксикации, улучшить результаты радикальных операций.

2. Чресдренажная санация билиарного тракта способствовало раннему купированию холангита, предупреждению образования холангиогенных абсцессов и развитию билиарного сепсиса. Достигнуто уменьшение послеоперационных осложнений с 24,5% до 12,1%, летальности с 8,2% до 2,4%.

Использованная литература:

1. А.Г. Бебуришвили [и др.] Сочетание интервенционных методов в лечении холангиогенных абсцессов печени у пациентов с механической желтухой. Актуальные вопросы гепатобилиарной хирургии: материалы XXI Международного конгресса ассоциации гепатобилиарных хирургов стран СНГ. - Пермь, 2014. - С. 82.
2. Э.И. Гальперин, Г.Г. Ахаладзе. Патогенез и лечение острого гнойного холангита // «Анналы хирургической гепатологии». - - 2012. - Т.4. - С. 13.
3. Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И., Хаджибаев Ф.А., Хашимов М.А. Стандартизация ретроградных эндоскопических вмешательств у больных с парафатеральными дивертикулами. // Матер. XX конгресса «Актуальные проблемы хирургической гепатологии». - Донецк, 2013.- С. 105.
4. П.Г. Кондретенко, Ю.А. Царульков. Хирургическая тактика при остром гнойном холангите //Український журнал хірургії. - 2010, № 2. - С. 31–36.
5. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Касымов Ш.З. и соавт. Конверсия и её причины при лапароскопических холецистэктомиях у больных острым холециститом // Анналы хирургической гепатологии - 2007. - Т.12. - №3. - С.91-92.
6. Назыров Ф.Г., Акилов Х. А., Акбаров М. М. Тактика лечения больных с механической желтухой, осложненной холангитом и печеночной недостаточностью //Анналы хирургической гепатологии. 1999. Т. 4, № 2. С. 117-118.
7. Устинов Г.Г. Холангит, холангиогенные абсцессы, холангиогенный сепсис с позиций системного воспалительного ответа / Устинов Г.Г. // В сб.: XI съезд хирургов Российской Федерации.-Волгоград.-2011.-С.559-560.
8. Хаджибаев А.М., Хакимов М.Ш., Хаджибаев Ф.А., Рахманов С.У., Тилемисов С.О. Малоинвазивное лечение механической желтухи доброкачественного генеза. // Матер. XX конгресса «Актуальные проблемы хирургической гепатологии». - Донецк,2013. - С. 140.
9. Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О., Мирзакулов А.Г. Роль и место миниинвазивных эндобилиарных вмешательств при гнойном холангите // Вестник экстренной медицины. 2018. Том 11, № 3. С. 23-27.
10. Хацко В.В. и др. Острый холангит и билиарный сепсис (научный обзор) //Український журнал хірургії. - 2013, № 2. - С. 152–157.
11. Li V.K. Optimal timing of elective laparoscopic cholecystectomy after acute cholangitis and subsequent clearance of choledocholithiasis / V.K. Li, J.L. Yum, Y.P. Yeung // Am. J. Surg. - 2010. - № 4. - PMID: 20381787.
12. Rosing D.K. Cholangitis: analysis of admission prognostic indicators and outcomes / D.K. Rosing, C. De Virgilio, A.T. Nguyen [et al.] // Am. Surg. - 2007. - Vol. 73, № 10. - P. 949-954.