

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛАНГИТА И ЕГО ПОСЛЕДСТВИЯ

А.С. БАБАЖАНОВ, А.С. ТОИРОВ, А.И. АХМЕДОВ, Э.Ш. ХУДОЙБЕРДИЕВ, Б.Х. МУХИТДИНОВ
Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ЎТКИР ХОЛАНГИТ ВА УНИНГ ОҚИБАТЛАРИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

А.С. БАБАЖАНОВ, А.С. ТОИРОВ, А.И. АХМЕДОВ, Э.Ш. ХУДОЙБЕРДИЕВ, Б.Х. МУХИТДИНОВ
Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд шаҳри

THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF ACUTE CHOLANGITIS AND ITS CONSEQUENCES

A.S. BABAJANOV, A.S. TOIROV, A.I. AKHMEDOV, E.SH. KHUDOYBERDIEV, B.KH. MUHIDDINOV
Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

2014-2017 йилларда Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси хирургия бўлимларида ўткир холангит билан даволанган 236 нафар беморлар таҳлил қилинди. Текширишларимизда беморларни келиб чиқиш сабабига кўра 4 гуруҳга бўлдик. 1-гуруҳ: ўт-тош касаллиги ва унинг асоратлари 75,8% (179); 2 гуруҳ-панкреатобилиар соҳа ўсмалари 10,2 (24); 3-гуруҳ ўт йўллари стриктураси 5,1% (12); жигарнинг паразитар касалликлари 8,9% (21). Олинган натижалар шуни кўрсатдики, умумий беморларнинг кўпчилигини (92,8%) ўт-тош касаллиги ва унинг асоратлари ташкил қилди. Бу гуруҳдаги беморларни холецистэктомия ва ҳар хир усулда ўт йўллари дренажланди. Ўткир холангит билиар тракт обструкцияси натижасидаги полиэтиологик характердаги патология бўлиб, унинг диагностикаси ва даволаш тактикаси режаслаштирилган ҳолда индивидуал ёндошувларга асосланиб танлаш муҳимдир. Ўткир холангитнинг кечилиш оғирлигини ва унинг оқибатларини, рационал диагностикасини, тактик ва техник муаммоларни ҳал қилишда беморларни этиологик факторларига қараб гуруҳларга ажратиш мақсадга мувофиқ деб ҳисоблаймиз.

Калит сўзлар: Эндоскопик ретроград папиллосфинктеротомия, механик сариқлик, холецистэктомия, ўт йўллари дренажлаш, йирингли холангит.

From 2014 to 2017 at the surgical Department of the Samarkand city medical Association was on inspection and treatment of 236 patients with acute cholangitis. In our work, patients given the causal factors of acute cholangitis were divided into 4 groups: 1-gallstone disease and its complications 75,8% (179); 2-tumors of the pancreatobiliary zone of 10.2% (24); 3-cicatricial strictures of the bile ducts of 5.1% (12); 4-parasitic liver lesions were 8.9% (21). As shown by the results of our study, the vast majority (92,8%) were patients of cholelithiasis and its complications. In this group operation was cholecystectomy with different types of drainage ductal system. As acute cholangitis and its consequences are a distinctive couple, biliary obstruction with polyetiological character, individual approach to the selection of a program optimized diagnosis and treatment is mandatory. Expediently the allocation of groups of patients according to etiological factors of acute cholangitis, severity of the disease and its consequences, defining rational diagnostic, tactical and technical decisions.

Key words: Endoscopic retrograde sphincterotomy, jaundice, cholecystectomy, drainage of the biliary tract, purulent cholangitis.

Актуальность: Острый холангит и его последствия остаются проблемным вопросом желчной хирургии, несмотря на достаточный уровень используемых диагностических и лечебных технологий. Госпитальная смертность при остром холангите составляет до 23%, при билиарном сепсисе до 80%.

Сочетание механической желтухи с острым холангитом отмечается в 20-30% случаев, при этом послеоперационная летальность у таких больных составляет до 45% [2, 6].

Острый холангит на сегодняшний день приобрел статус самостоятельной хирургической проблемы, что обусловлено, прежде всего, увели-

чением числа больных с осложненными формами желчнокаменной болезни, нерациональным использованием антибактериальных препаратов и снижением их эффективности в лечении процесса, его склонностью к генерализации с образованием множественных абсцессов печени, развитием билиарного сепсиса и печеночной недостаточности [3, 9].

Проблема лечения патологического состояния заключается в невозможности радикального удаления очага воспаления, а также в огромной площади поражения. Современные подходы к лечению острого холангита предусматриваются сочетание неродственного хирургического воздей-

ствия на очаг воспаления и комплекса мероприятий интенсивной терапии, что соответствует общепринятым канонам лечения гнойных очагов в организме человека [1, 5].

Клиническая картина острого холангита развивается вследствие токсемии, вызываемой попаданием патогенной кишечной флоры в желчь и размножением ее в замкнутом пространстве, желчной гипертензии и развития септических осложнений с формированием полиорганной недостаточности [4, 8]. Считается, что без хирургического разрешения острый холангит приводит к смерти в 100% случаев. Послеоперационная летальность, по данным разных авторов, колеблется в широких пределах и составляет от 13 до 60% [5, 7].

Цель нашего исследования - провести анализ эффективности разных хирургических способов декомпрессии билиарного тракта у больных с острым холангитом.

Материалы и методы. С 2014 по 2017 года в хирургическом отделении Самаркандского городского медицинского объединения находилось на обследовании и лечении 236 больных с острым холангитом: мужчин 52 (22%), женщин 184 (78%) в возрасте от 40 до 79 лет. В нашей работе больные с учётом причинных факторов острого холангита были разделены на 4 группы: 1-желчнокаменной болезнью и её осложнениям 75,8% (179); 2-опухоли панкреатобилиарной зоны 10,2% (24); 3-рубцовые стриктуры желчных протоков 5,1% (12); 4-паразитарные поражения печени 8,9% (21). Следует отметить, что 105 (44,5%) больные были старше 60 лет с тяжелыми сопутствующими заболеваниями и высокой степенью операционного-анестезиологического риска по МНОАР, (1989) 3-4 степени.

Кроме общеклинической оценки больных с целью определения у всех пациентов биохимические показатели крови, в частности АсАТ, АлАТ и ЩФ особое значение придавали определению уровня свободного и связанного билирубина крови.

Для определения микробного пейзажа использовали бактериологические методы исследования; оценивая степень микробной обсемененности с помощью прямой фазово-контрастной микроскопии. При этом степень обсемененности определяли путем прямого подсчёта количество бактерий в данном препарате.

С целью определения причины и уровня нарушения проходимости желчных путей использовали сочетанные рентгеноконтрастные исследования: эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРПХГ), магниторезонансную холангиопанкреатографию (МРПХГ), Компьютерную томографии (КТ).

При подозрении на новообразование панкреато-билиарной системы определяли онкомаркеры крови СА19-9 и СЕА. Иммунологическое исследования выполняли пациентам 4 группы: реакции иммуноферментного анализа (РИФА) и непрямой гемагглютинации (РНГА).

Комплексное обследование больных острым холангитом с использованием указанных методов в предоперационном периоде позволило провести диагностику и выставить аргументированные показания к эндоскопическому, лапароскопическому и открытому оперативному лечению с целью устранения причины процесса и восстановления пассажа желчи.

Результаты исследования и их обсуждение. При оценке результатов лабораторной диагностики отмечено, что повышение определенных показателей клинического анализа крови в группах больных указывают в основном на воспалительный процесс.

Более ценную информацию несет биохимическое исследования крови, особенно в группе больных ЖКБ и ее осложнениями. Повышение уровня билирубина, в большинстве случаев за счет его прямой фракции, позволило подтвердить наличие механической желтухи, холедохолитиаза и явилось ценным критерием для дифференциальной диагностики.

Следует отметить, что лабораторная диагностика очень важна для установления причины развития острого холангита. УЗИ как скрининговая методика исследования выполнено всем больным до и после операции.

Лечение больных острым холангитом началось с медикаментозной терапии сразу при его поступлении в клинику. Вместе с тем понимали, что в условиях желчной гипертензии самостоятельное значение такого лечение невелико. Поэтому медикаментозную терапию рассматривали лишь как интенсивную кратковременную подготовку больного к проведению, как правило, срочной декомпрессии желчных протоков. При угрожающем состоянии больных интенсивную терапию сочетали с немедленной декомпрессией желчевыводящих протоков- в 81 наблюдении из 236.

Хирургическое лечение проводили всем больным с использованием традиционных, лапароскопических и малоинвазивных вмешательств. Характер и сроки оперативных вмешательств зависели от причины развития острого холангита и тяжести состояния больных. При этом принципиальное значение придавали дренированию желчевыводящих протоков.

Как показали результаты нашего исследования, подавляющее большинство (92,8%) составили больные ЖКБ и ее осложнениями. В этой группе операцией выбора была холецистэктомия

с различными видами дренирования протоковой системы.

Традиционная холецистэктомия с дренированием по Вишневскому выполнена у 104 больных, с дренированием холедоха по Холстеду – у 43 больных. Литэкстракцию через пузырные протоки с последующим дренированием холедоха по Аббе-Пиковскому выполнили у 12 больных.

Интраоперационные осложнения – кровотечение из ложа желчного пузыря – наблюдались у 2 пациентов после холецистэктомии с дренированием по Вишневскому. В обоих случаях кровотечение остановлено прошиванием ложа желчного пузыря.

В послеоперационном периоде развились осложнения у 5 больных. У 1 больного после холецистэктомии отмечалось подтекание желчи из ложа желчного пузыря с развитием отграниченного желчного перитонита, произведена релапаротомии, прошивания ложа желчного пузыря с остановкой желчеистечения, санации и дренирования брюшной полости. У 2 пациентов после холецистэктомии и дренирования холедоха по Вишневскому диагностирован послеоперационный отечный панкреатит, явления которого купированы консервативной терапией. В 2 остальных случаях было нагноение послеоперационной раны после холецистэктомии и дренирования по Холстеду по поводу гангренозного калькулёзного холецистита.

Во всех случаях интра-и послеоперационные осложнения были обусловлены выраженными инфильтративно-воспалительными изменениями в области желчного пузыря и гепатодуоденальной связки.

ЛХЭ с литэкстракцией через пузырный проток и дренированием по Аббе Пиковскому выполнено в 14 случаях и холедохолитотомией с дренированием холедоха по Вишневскому – у 18 больных.

Интраоперационные осложнения развились у 3 больных. Во всех случаях операция выполнялась по поводу ЖКБ, флегмонозного калькулёзного холецистита. В 1 случае был поврежден сегментарный абберантный желчный проток. Осуществлена конверсия, устранением желчеистечения путём прошивания ложа желчного пузыря. В 2 остальных случаях развились кровотечение из культи пузырной артерии, что потребовало конверсии и остановки кровотечения.

Двухэтапные вмешательства (ЭПСТ с последующей ЛХЭ) выполнены у 12 больных. Такая тактика применялась у пациентов с выраженной и длительно протекающей механической желтухой, вклинении конкремента в терминальном отделе холедоха, высоким операционно-анестезиологическим риском по классификации МНОАР, что позволило разрешить гипербилиру-

бинемии, снизить уровень эндотоксикоза и в дальнейшем выполнить ЛХЭ в более благоприятных условиях.

У 4 больных осложнения развились при выполнении ЭРПХГ и ЭПСТ. У 1 кровотечения были из зоны папиллосфинктеротомии, остановлены применением местных и общих гемостатических средств. У остальных больных развился острый панкреатит, проявления которого купированы консервативной терапией.

Следует отметить, что ЭПСТ с целью декомпрессии желчевыводящих протоков использовали также и у пациентов II и III групп. В результате этих манипуляций устранялась причина холестаза, восстанавливался пассаж желчи в двенадцатиперстную кишку, что приводило к быстрому регрессу воспалительного процесса.

В подавляющем большинстве случаев больным I группы (8) ЭПСТ была выполнена типичным способом, а в остальных использовали неканюляционную или комбинированную методики больных потребовались повторные ЭПСТ, что было обусловлено техническими трудностями, ограничивающими одномоментное выполнение операций. Во II группе у 2 больных ЭПСТ была дополнена стентированием холедоха.

Формирование билиодигестивных анастомозов выполнено во I, II и III группах у 12 больных. В I группе у 7 пациентов наложены холедоходуоденоанастомозы. У больных II (3 пациента) и III (2 пациента) групп выполнены холедохоеюноанастомозы. Показанием к операции билиодигестивного анастомозирования явилось наличие протяженной стриктуры терминального отдела гепатикохоледоха (более 2 см), опухолевой или воспалительной этиологии. Для расширения рубцовых стриктур гепатикохоледоха до 2 см, использовали хирургические пластиковые бужы и баллонные дилататоры – у 4 больных. Гепатикоэнтероанастомоз на отключенной петле накладывался у 3 больных, из них у 2 в связи с опухолью терминального отдела холедоха и головки поджелудочной железы, у 1 пациента в связи с ятрогенной стриктурой гепатикохоледоха.

Реконструкция холедоходуоденоанастомоза в связи с его стриктурой воспалительного генеза проведена у 2 пациентов. При этом рассекали в продольном направлении переднюю стенку билиодигестивного анастомоза и накладывали узловые швы из рассасывающего шовного материала в поперечном направлении.

У больных IV группы с эхинококковой кистой печени выполнена идеальная эхинококэктомия. Осложнений не было.

Заключение:

1. Так как острый холангит и его последствия являются отличительной чертой билиарной обструкции, имеющей полиэтиологичный харак-

тер, индивидуальный обоснованный подход к выбору оптимизированной программы диагностики и лечения обязателен.

2. Целесообразно выделение групп больных в соответствии с этиологическими факторами острого холангита, тяжестью течения заболевания и его последствий, определяющих рациональные диагностические, тактические и технические решения.

Литература:

1. Балалыкин А.С., Гвоздик Вл. В., Амеличкин М.А. и др. Особенности анатомии терминального отдела желчного протока в свете применения современных эндоскопических чреспапиллярных операций. Эндоскопическая хирургия. 2007. № 6, с. 3-10.
2. Василюк М.Д., Василюк С.Д. Особенности диагностики и комплексного хирургического лечения острого холангита. Анналы хирургической гепатологии. 1998. № 3, с. 43.
3. Галлингер Ю.И., Карпенкова В.И. Лапароскопическая холецистэктомия: опыт 3165 операций. Эндоскопическая хирургия, 2007. №2, с. 3-7.
4. Давлатов С. С. Дифференцированный подход к лечению больных с холангитом //Шпитальна хірургія. Журнал імені ЛЯ Ковальчука. – 2015. – Т. 68. – №. 4.
5. Лищенко А.Н., Ермаков Е.А. Одноэтапное лечение калькулезного холецистита, осложненного холедохолитиазом, из минилапаротомного доступа. Анналы хирургической гепатологии. 2006, Т. 11, 2, с. 77-83
6. Курбаниязов З. Б., Давлатов С. С. Способ детоксикации организма при холемическом эндотоксикозе //UZ Официальный бюллетень. – 2011. – Т. 5. – С. 10-11.
7. Хаджибаев А.М., Алиджанов Ф.Б., Арипова Н.У., Аллояров У.Д., Хашимов М.А. Особенности диагностики и лечения ущемленных камней большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Хирургия. 2008, Т. 13, 1, с. 83-86.
8. Rakhmanov K. E. et al. The treatment of patients with major bile duct injuries //Академический жур-

нал Западной Сибири. – 2013. – Т. 9. – №. 1. – С. 33-34.

9. Kasimov S. et al. Haemosorption in Complex Management Of Hepatargia //The International Journal of Artificial Organs. – 2013. – Т. 36. – №. 8. – С. 548.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛАНГИТА И ЕГО ПОСЛЕДСТВИЯ

А.С. БАБАЖАНОВ, А.С. ТОИРОВ,
А.И. АХМЕДОВ, Э.Ш. ХУДОЙБЕРДИЕВ,
Б.Х. МУХИТДИНОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

С 2014 по 2017 года в хирургическом отделении Самаркандского городского медицинского объединения находилось на обследования и лечении 236 больных с острым холангитом. В нашей работе больные с учётом причинных факторов острого холангита были разделены на 4 группы: 1-желчнокаменной болезнью и её осложнениями 75,8% (179); 2-опухоли панкреатобилиарной зоны 10,2% (24); 3-рубцовые стриктуры желчных протоков 5,1% (12); 4-паразитарные поражения печени 8,9% (21). Как показали результаты нашего исследования, подавляющее большинство (92,8%) составили больные ЖКБ и её осложнениями. В этой группе операцией выбора была холецистэктомия с различными видами дренирования протоковой системы. Так как острый холангит и его последствия являются отличительной чертой билиарной обструкции, имеющей полиэтиологичный характер, индивидуальный обоснованный подход к выбору оптимизированной программы диагностики и лечения обязателен. Целесообразно выделение групп больных в соответствии с этиологическими факторами острого холангита, тяжестью течения заболевания и его последствий, определяющих рациональные диагностические, тактические и технические решения.

Ключевые слова: Эндоскопическая ретроградная папиллосфинктеротомия, механическая желтуха, холецистэктомия, дренаж желчевыводящих путей, гнойный холангит.