

*Чернышов Т.М., Радиевский И.Л., Гетманчук С.М., Денищик В.М.,
Михалькевич Р.В., Ушкевич Д.Л.*

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ТЯЖЕЛОЙ БИЛИАРНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ

УЗ «Брестская областная клиническая больница», Брест, Беларусь

Введение. Острый холангит (ОХ) – заболевание, характеризующееся местной и системной воспалительной реакцией на инфекцию билиарного тракта. Летальность, в зависимости от степени тяжести ОХ (градация согласно токийских рекомендаций 2013/2018 гг. (TG 13/18)), составляет 2,7 – 30%. Особую группу занимают пациенты со злокачественными образованиями гепатопанкреатобилиарной зоны (ГПБЗ). Очень часто онкологические пациенты с ОХ тяжелой степени считаются «некурабельными», и стационары всячески стараются перенаправить их в другие лечебные учреждения. В основу исследования легло предположение, что различия в группах онкологических и неонкологических пациентов с ОХ, при «адекватном ведении», должны быть незначительны.

Цель. Оценить результаты лечения ОХ тяжелой степени у пациентов с онкологическими и неонкологическими заболеваниями ГПБЗ в условиях специализированного хирургического стационара.

Материалы и методы. За период с 2015 по 2020 гг. на базе 1-го хирургического отделения УЗ «Брестская областная клиническая больница» пролечено 347 пациента с ОХ. Среди них с тяжелой степенью ОХ 16,5% (n=57). В данной группе со злокачественными образованиями ГПБЗ (группа 1) было 25 (43,8%) пациентов. Этиологией ОХ послужило: рак головки поджелудочной железы – 56% (n=14), дистальная холангиокарцинома – 16% (n=4), опухоль Клацкина – 12% (n=3), рак желчного пузыря – 8% (n=2), гепатоцеллюлярная карцинома – 4% (n=1), Мts рака желудка в печень – 4% (n=1). Группа неонкологических пациентов (группа 2) составила 56,2% (n=32). Распределение по этиологии: ЖКБ хронический калькулезный холецистит холедохолитиаз – 34,4% (n=11), ЖКБ холедохолитиаз – 37,5% (n=12), хронический панкреатит – 28,1% (n=9).

Результаты и обсуждение. Во всех случаях пациенты были переведены из других учреждений здравоохранения. В срок до 24 часов от начала ОХ поступило пациентов в 1 группе – 1 (4%), до 48 часов – 1 (4%), 72 и более часов – 23 (92 %). Во 2 группе – 1 (3,1%) до 24 часов, 7 (21,9%) до 48 часов, 24 (75%) позже 72 часов. Все пациенты были прооперированы после коррекции выявленных дисфункций органов или систем в срок до 24 часов от поступления. У пациентов 1 группы чрескожная чреспеченочная холан-

гиостомия (ЧЧХС) проведена в 36% (n=9) случаев, холецистостомия (ХС) – 32% (n=8), стентирование холедоха – 28% (n=7), лапаротомия, наружное дренирование холедоха – 4% (n=1). Во 2 группе выполнено: ЧЧХС – 12,5% (n=4), ХС – 15,6% (n=5), лапаротомия, наружное дренирование холедоха – 15,6% (n=5), холедоходуоденоанастомоз – 3,2% (n=1), лапароскопическая холецистэктомия, дренирование по Холстеду, эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с литоэкстракцией – 15,6% (n=5), ЭПСТ с литоэкстракцией – 37,5% (n=12). Профиль осложнений в 1 группе составил: миграция ЧЧХС у 1 пациента (выполнена реЧЧХС), нефункционирующая ХС – 1 (выполнена лапаротомия, холецистэктомия, наружное дренирование холедоха), ТЭЛА – 1. Во 2 группе: миграция ЧЧХС – 1 (выполнена лапаротомия, санация, дренирование брюшной полости, наружное дренирование холедоха), мезотромбоз – 1, ТЭЛА – 1, острый отечный интерстициальный панкреатит – 1, острый некротизирующий панкреатит – 1. Летальность составила 20% (n=5) в 1 группе, 18,75% (n=6) во 2 группе. В группе 1 пациент с летальным исходом поступил в срок до 48 часов от начала ОХ, 4 – позже 72 часов; во 2 группе все позже 72 часов. Критерии достоверности определялись с помощью теста Mann-Whitney.

Выводы. Во всех результатах исследуемых групп различия в уровнях выборок можно считать не существенными ($p=0,00$ Mann-Whitney). Это говорит об идентичности развития патогенетических механизмов и тяжести их течения. Летальность от ОХ тяжелой степени остается высокой. Отмечается четкая корреляция смертности со временем от начала лечения ОХ – 24 ч. [0;0], 48 ч. [1;0], 72 ч. и позже [4;6]. Применение малоинвазивных вмешательств дает лучшие результаты выживаемости критических пациентов и имеет низкие показатели осложнений (5,26%). Лечение пациентов с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы должно проводиться в высокоспециализированных мультидисциплинарных центрах, обладающих хирургами высокой квалификации.