

Интраабдоминальная инфекция. Вопросы диагностики и лечения : сб. материалов
респ. науч.-практ. видеоконф. с междунар. участием, Минск, 20 нояб. 2020 г.

Белик Б.М.1, Абдурагимов З.А.1, Таранов И.И.1, Тенчурин Р.Ш.1,2, Родаков А.В.1, Тодоров С.С.1, Усаткин А.А.2, Маслов А.И.1, Дадаян А.Р.2

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ

**¹ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»
Минздрава РФ, ²МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н.А.Семашко»
Ростов-на-Дону, Российская Федерация**

Актуальность. Гнойный холангит является одним из наиболее тяжелых и жизнеугрожаемых осложнений острого билиарного панкреатита (ОБП). При отсутствии должного лечения он быстро приводит к развитию билиарного сепсиса и полиорганной недостаточности.

Цель исследования: совершенствование диагностики и тактики лечения больных ОБП, осложненного гнойным холангитом.

Материал и методы. В настоящее исследование были включены 528 пациентов с ОБП, проходивших лечение в отделениях хирургии МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н.А.Семашко» и МБУЗ «Городская больница скорой медицинской помощи» г. Ростова-на-Дону с 2008 по 2019 гг. Из 528 больных с ОБП у 67 (12,7%) на фоне патологии внепеченочных желчных путей (холедохолитиаз, рубцовые стриктуры желчных протоков и пр.) развился острый гнойный холангит. На первом этапе лечения этим больным выполняли срочную декомпрессию билиарного тракта и санацию желчных путей с использованием миниинвазивных хирургических технологий. У 58 (86,6%) пациентов декомпрессионно-санационные вмешательства осуществляли ретроградным доступом (эндоскопическая папиллосфинктеротомия, холедохолитоэкстракция и назобилиарное дренирование). У 9 (13,4%) больных при отсутствии эндоскопического доступа к большому дуоденальному сосочку декомпрессию билиарного тракта выполняли антеградным способом посредством чрескожной чреспеченочной холангиостомии под ультразвуковым контролем. В послеоперационном периоде помимо традиционного лечения с целью более быстрого купирования острого инфекционно-воспалительного процесса в желчных протоках и предупреждения развития билиарного сепсиса применяли разработанный нами способ лечения гнойного холангита при ОБП (Патент РФ на изобретение RU 2706369). Сущность метода заключается в болюсном введении через билиарный дренаж в желчные пути лекарственной смеси на основе химопсина и дексаметазона в комбинации с проточно-капельным лаважом желчных протоков озонированным изотоническим раствором хлорида натрия (концентрация озона в диапазоне от 0,8 до 1,5 мг/л) и активной аспирацией из билиарного тракта (отрицательное давление в пределах 7-14

мм рт. ст.). На всех этапах лечения у больных осуществляли манометрию желчных путей по унифицированной методике В.В.Виноградова и проводили забор проб внутрипротоковой желчи для дополнительных исследований. Пробы желчи подвергали стандартному бактериологическому исследованию, определяли количественное содержание в ней микробных маркеров (хромато-масс-спектрометрия - ХМСМ), а также оценивали физико-коллоидные и морфологические свойства внутрипротоковой желчи (вискозиметрия, микроскопия мазков-отпечатков).

Результаты. На момент выполнения хирургической декомпрессии желчевыводящих путей и установления билиарного дренажа у всех пациентов ОБП с гнойным холангитом отмечалось повышение исходного внутрипросветного давления ($298,3 \pm 38,6$ мм вод. ст.) и значительное увеличение кинематической вязкости желчи ($78,1 \pm 4,3 \cdot 10^{-6}$ м²/с). При цитологическом исследовании мазков-отпечатков внутрипротоковой желчи в большом количестве определялись кристаллические и аморфные осадочные образования (микролиты, билиарный сладж, комочки и глыбки билирубина кальция, деформированные кристаллы холестерина и желчных кислот), что указывало на потерю ее коллоидной стабильности. Кроме того, в исследуемых образцах желчи обнаруживались массивные скопления хлопьев слизи, в которых выявлялось большое количество лейкоцитов вместе с низким призматическим и/или цилиндрическим эпителием, покрывающим все поле зрения. При бактериологическом исследовании желчи у больных наиболее часто выделяли *Escherichia coli*, *Klebsiella spp.*, *Enterobacter spp.*, *Proteus spp.*, псевдомонады, неспорообразующие анаэробы, особенно бактероиды, а также кандиды. По данным ХМСМ, концентрация микроорганизмов в желчи колебалась от $4,3 \cdot 10^2 \pm 1,3 \cdot 10^5$ до $1,9 \cdot 10^4 \pm 1,2 \cdot 10^5$ кл/г. После восстановления оттока желчи в условиях проводимой санации желчных путей у пациентов с ОБП отмечался значительный регресс клинико-лабораторных признаков гнойного холангита. На 5-е сутки после операции у больных наблюдалось снижение индекса шкалы АРАСНЕ II с $17,4 \pm 1,3$ до $9,2 \pm 0,5$ баллов, имелась тенденция к нормализации содержания в сыворотке крови α -амилазы, билирубина, трансаминаз и С-реактивного белка. На фоне снижения величины остаточного давления в желчных протоках практически до нормы ($75,4 \pm 15,1$ мм вод. ст.) отмечалось восстановление реологических свойств и коллоидной стабильности желчи. По данным цитологического исследования желчи в эти сроки имело место значительное снижение в ней количества нейтрофильных лейкоцитов и слущенных клеток эпителия желчных протоков, что подтверждалось результатами бактериологического исследования желчи и данными ХМСМ, которые свидетельствовали о существенном снижении степени ее бактериальной

Интраабдоминальная инфекция. Вопросы диагностики и лечения : сб. материалов
респ. науч.-практ. видеоконф. с междунар. участием, Минск, 20 нояб. 2020 г.

контаминации. Из 67 больных ОБП, осложненным гнойным холангитом, умерли 5 пациентов (госпитальная летальность - 7,5%).

Выводы. Мониторинг динамики уровня давления в желчных путях, состояния физико-коллоидных свойств внутрипротоковой желчи наряду с ее бактериологическим контролем у больных ОБП, осложненным гнойным холангитом, позволяет на основе объективных данных определить продолжительность проведения декомпрессии и санации билиарного тракта, оценить эффективность лечебных мероприятий, а также наметить наиболее оптимальные сроки для проведения второго этапа хирургического лечения при наличии холецистолитиаза (как правило, лапароскопической холецистэктомии).