

Шиленок В.Н., Зельдин Э.Я., Фомин А.В.

ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ХОЛАНГИТ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Витебский государственный медицинский университет

Актуальность. В настоящее время отмечается неуклонный рост частоты осложненных форм желчно-каменной болезни – механической желтухи, острого гнойного холангита (ОГХ). По данным ряда авторов ОГХ и билиарный сепсис наблюдаются в 8,4 – 42,7% случаев холедохолитиаза, а вследствие развития полиорганной недостаточности летальность достигает от 9 до 58% (Я.Г.Колкин и соавт., 2019). В то же время, не считая декомпрессии, нет единого стандарта в лечении гнойного холангита, тактика зачастую определяется интраоперационной ситуацией, предпочтениями и опытом хирурга.

Цель исследования. Анализ результатов лечения пациентов с ОГХ и билиарным сепсисом и возможности оптимизации тактики при данной патологии в условиях БСМП.

Материалы и методы. Изучен результат хирургического лечения 104 пациентов острым холангитом, находившихся на лечении в БСМП г.Витебска за период с 2006 г. В соответствии с классификацией ОГХ, предложенной Научно-исследовательским институтом скорой помощи им. И.И.Джанелидзе в С.-Петербурге (2007 г.) сформированы три группы пациентов: I – острый холангит; II – билиарный сепсис; III – тяжелый билиарный сепсис.

Диагноз острый холангит (I гр.) выставляли при наличии триады Шарко, но при нормальном или слегка повышенном содержании лейкоцитов. Во II гр. включены пациенты с выраженным болевым синдромом в правом подреберье, гипертермией до 38⁰ и выше, механической желтухой, лейкоцитозом более 12 x 10⁹ /л, но без признаков органной дисфункции. Тяжелый билиарный сепсис (II гр.) диагностировался при наличии картины ОГХ с несколькими признаками ССВО, полиорганной дисфункции, гипотензией и/или нарушением психики и наличием гепатаргии.

Мужчин 34 (32,7%), женщин 70 (67,3%). По возрастному составу: 31-40 лет – 4; 41-50 лет – 11; 51-60 лет – 17; более 60 лет – 72.

При поступлении проводилось комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения, утвержденными МЗ Республики Беларусь.

Результаты. К первой группе (ОГХ) отнесены 57, ко второй (билиарный сепсис) – 36, к третьей (тяжелый билиарный сепсис) – 11 пациентов. В I группе проводился комплекс предоперационных интенсивных консервативных мероприятий, массивная полиантибиотико- и детоксикационная

инфузионная терапия, введение спазмолитиков до 2 суток. В целом консервативная терапия имела положительный эффект вследствие уменьшения воспалительной инфильтрации в желчных путях, однако не является радикальной, а представляла весьма эффективную подготовку к операции. Результат лечения решает ранняя декомпрессия общего желчного протока. В первые двое суток у 19 пациентов выполнена эндоскопическая папиллотомия (ЭПТ) с одновременной литоэкстракцией или попыткой к их извлечению. После успешного выполнения ЭПТ отмечается выраженный эффект, нормализация температуры тела, снижение уровня билирубина. После стабилизации состояния на 4-5 сутки произведена холецистэктомия: у 5 лапароскопическая, у 13 открытая. При неудавшихся попытках ЭПТ или наличия противопоказаний к ней у 37 человек на 2-3 сутки выполнялась открытая операция – холецистэктомия, интраоперационная холангиография, супрадуоденальная холедохотомия в сочетании с реконструктивно-восстановительными операциями.

При наличии билиарного сепсиса консервативная терапия продолжалась не более суток, в течение которых определялись возможности декомпрессии желчевыводящих путей малоинвазивными методами. ЭПТ выполнена у 18 пациентов, через несколько суток у 15 из них при нормальном билирубине, но при наличии холедохолитиаза выполнено открытое вмешательство. У трех пациентов пожилого и старческого возрастов и тяжелой сопутствующей патологией ограничили ЭПТ. При невозможности по каким-либо причинам произвести эндоскопическую декомпрессию у 18 пациентов в первые 48 часов проводились открытые операции – холецистэктомия в сочетании с трансдуоденальной папиллотомией у 15, ХДА по Юрашу-Виноградову у 3.

При тяжелом билиарном сепсисе (III гр.) у пятерых в первые сутки произведена ЭПТ с литоэкстракцией, а через 3-5 суток после улучшения состояния открытая операция – холецистэктомия, интраоперационная холангиография, холедохотомия по показаниям. Остальные три пациента из этой группы после кратковременной предоперационной подготовки оперированы в течение первых 24 часов – открытая холецистэктомия с реконструктивно-восстановительными операциями. У трех холецистэктомия была выполнена ранее.

Послеоперационная летальность 6 (5,7%) (в I гр. 1; во II и III – 5).

Выводы: 1. Тактика лечения зависит от тяжести холангита и при отсутствии эффекта консервативная терапия не должна превышать 24-48 часов.

2. Ранняя декомпрессия желчевыводящих путей является обязательным этапом лечения ОГХ.

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

3. При диагностике тяжелого билиарного сепсиса оперативное вмешательство целесообразно проводить в первые сутки.