

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ХОЛАНГИТОМ

Умоталиев Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Аннотация

В статье приведены двухэтапные и трехэтапные хирургические вмешательства для успешного лечения больных гнойным холангитом, включающих ступенчатую декомпрессию желчных протоков и лаваж смесью антибиотиков и препаратов, а также одновременное внутрипортальное введение того же антибиотика. Обычно первым этапом является эндоскопическая папиллосфинктеротомия с последующей литоэкстракцией и назобилиарным дренированием для декомпрессии желчных протоков и регулирования внутрипротокового давления. Отмечено, что после применения и улучшения состояния больного через 3-4 дня устанавливали дренажную трубку в общий желчный проток по направлению к двенадцатиперстной кишке и выполняли эндоскопическую холецистэктомию.

В данном случае создавали систему желчевыводящих путей: через нособилиарный дренаж закапывали лекарственную смесь с антибиотиком, и она вытекала через дренажную трубку общего желчного протока. В статье автор сообщает результаты открытых холецистэктомий у больных в критическом состоянии, во время которых пупочную вену канюлировали для внутрипортального введения антибиотика на фоне промывания желчных протоков лекарственной смесью, содержащей тот же антибиотик, что сопровождалось микроабсцессами и раком печени. Установлено, что он предотвращает образование кист и надежно снимает воспаление в желчных протоках.

Ключевые слова: холангит, заболевания желчных протоков, холедохолитиаз, холецистэктомия.

XOLANGIT BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA XOLEDOXOLITIYOZNI JARROHLIK YO'LI BILAN DAVOLASH SAMARADORLIGINI OSHIRISH

Umotaliyev D.A.

Andijon davlat tibbiyot instituti

Annotatsiya

Maqolada yiringli xolangit bilan og'rigan bemorlarni muvaffaqiyatli davolash uchun ikki bosqichli va uch bosqichli jarrohlik aralashuvlar o't yo'llarini bosqichma-bosqich dekompressiyalash va antibiotik bilan dori aralashmasi bilan yuvish, shuningdek, bir vaqtning o'zida bir xil antibiotikni intraportal yuborish, ko'p uchraydigan birinchi qadam endoskopik papillosfinkterotomiya bo'lib, o't yo'llarini dekompressiyalash va intraduktal bosimni tartibga solish uchun litoekstraksiya va nazobiliar drenajni qo'llash va bemorlarning ahvoli yaxshilangandan so'ng, 3-4 kundan keyin umumiy o't yo'lga o'n ikki barmoqli ichak tomon drenaj trubkasi o'rnatilib, endoskopik xoletsistektomiya o'tkazilganligi ta'kidlangan. Bu o't yo'llarida yuvish tizimini yaratdi: antibiotik bilan dorivor aralashma nazobiliar drenaj orqali tomchilab yuborildi va u umumiy o't yo'lidagi drenaj trubkasi orqali oqib chiqdi.

Maqolada muallif og'ir bemorlarda ochiq xoletsistektomiyalar o'tkazilishi natijalari, ular davomida kindik venasi qo'shimcha ravishda bir xil antibiotikni o'z ichiga olgan dorivor aralashma bilan safro yo'llarini yuvish fonida antibiotikni intraportal yuborish uchun kanulyatsiya qilinganligi, bu mikroabstsesslar va jigar xo'ppozlari paydo bo'lishining oldini oldi va o't yo'llarida yallig'lanishni ishonchli tarzda bartaraf etishi aytib o'tilgan.

Kalit so'zlar: xolangit, o't yo'llari kasalliklari, xoledoxolitiaz, xoletsistektomiya.

IMPROVING THE EFFECTIVENESS OF SURGICAL TREATMENT OF CHOLEDOCHOLITHIASIS IN PATIENTS WITH CHOLANGITIS

Umotaliyev D.A.

Andijan state medical institute

Abstract

In the article, two-stage and three-stage surgical interventions for the successful treatment of patients with purulent cholangitis include stepwise decompression of the bile ducts and lavage with a mixture of antibiotics and drugs, as well as simultaneous intraportal administration of the same antibiotic. Usually, the first step is endoscopic papillosphincterotomy followed by lithoextraction and nasobiliary drainage to decompress the bile ducts and regulate intraductal pressure. It is noted that after application and improvement of the patient's condition, a drainage

tube was installed in the common bile duct towards the duodenum after 3-4 days and endoscopic cholecystectomy was performed.

In this case, a biliary lavage system was created: a medicinal mixture with an antibiotic was dripped through the nasobiliary drainage, and it flowed out through the drainage tube of the common bile duct. In the article, the author reports the results of open cholecystectomies in critically ill patients, during which the umbilical vein was cannulated for intraportal administration of an antibiotic against the background of lavage of the bile ducts with a medicinal mixture containing the same antibiotic, which was accompanied by microabscesses and liver cancer. It is said that it prevents the formation of cysts and reliably relieves inflammation in the bile ducts.

Keywords: cholangitis, biliary tract diseases, choledocholithiasis, cholecystectomy.

Актуальность. Распространенность желчнокаменной болезни, затронувшей 10-15% мужчин и ужесточившейся до 25% у женщин в индустриально развитых странах, делает эту патологию неотложным вопросом общественного здоровья [1]. Она служит первопричиной острого холецистита и сопутствующих осложнений в подавляющем большинстве случаев (95%), что подчеркивает её значимость. Присущи разнообразные мнения относительно хирургической стратегии, особенно при острой фазе болезни. Однако распространенное восприятие острого холецистита как единственного осложнения не отражает всю сложность картины: заболевание способно затрагивать комплекс «желчный пузырь - протоки - поджелудочная железа», вызывая многообразные нарушения [7].

Ключевой метод лечения при гнойном холангите – это раннее хирургическое вмешательство, направленное на внешнюю декомпрессию желчных протоков с помощью дренажей и удаления камней из общего протока [2]. Этот подход обеспечивает вывод инфицированной желчи наружу, существенно снижает степень механической желтухи и токсического воздействия на организм.

Тем не менее, традиционная пассивная декомпрессия приводит к резкому непредсказуемому падению давления в протоках, что ведет к закупорке мелких каналов с нарушением оттока желчи и формированием микроабсцессов печени. Эти локальные инфекции впоследствии могут разрастаться до крупных абсцессов [5].

В целях эффективной борьбы с гнойными холангитами необходимо проводить контролируемое снижение давления в желчных путях, включающее поэтапное промывание антисептическими растворами малой концентрации. Ключевым аспектом терапии выступает раннее и целенаправленное применение антибиотиков с учетом микробной чувствительности желчи [4]. Существуют различные подходы к антибактериальному лечению: одни

специалисты [3] предпочитают администрировать антибиотики до, во время и после операции по дренированию протоков с периодическим (каждые 5-8 дней) изменением препаратов в сочетании с метронидазолом. Вторая группа исследователей [1] дополняет антибиотикотерапию инфузиями натрия гипохлорита, эндобилиарным его использованием и низкоэнергетическим лазерным воздействием на желчь. Также применяется промывание протоков раствором хлорида натрия с озоном [6].

Несмотря на комплексность подходов, включая регуляцию давления в протоках и антимикробные меры, сохраняются риски развития печеночных абсцессов, печеночной недостаточности и сепсиса. Это обуславливает необходимость разработки новых хирургических стратегий для лечения данной патологии.

Цель исследования. Оптимизация подходов к оперативному вмешательству при холедохолитиазе с осложнением в виде гнойного холангита.

Материалы и методы исследования. В рамках работы изучены данные 70 пациентов, страдающих холедохолитиазом и госпитализированных в клинику АГМИ за период с 2023 по 2024 годы. Большинство больных (78%) составляли лица трудоспособного возраста, что подчеркивает особую значимость вопросов послеоперационной реабилитации и профилактики функциональных нарушений в социально-экономическом контексте.

Результаты исследования. Консервативное лечение холедохолитиаза может приводить к задержке в проведении операций, что происходит на фоне серьезного состояния пациентов, ухудшения состояния желчного пузыря и неблагоприятных условий в области вмешательства. Основным показанием к хирургическому вмешательству при холедохолитиазе является наличие разрушительных изменений в желчном пузыре.

Наилучшие результаты достигаются при проведении срочных операций в первые 1-3 дня после госпитализации или отсроченных операций через 4-7 дней. Время проведения операции и ее приоритет определяются степенью деструкции желчного пузыря. Профилактическая холецистостомия при остром изолированном холецистите оправдана только у пациентов в критическом состоянии, что являлось редкостью в наших наблюдениях — всего 1% случаев.

Из таблицы 1 видно, что наибольшее количество хирургических процедур составила открытая холецистэктомия, а также холедохолитотомия с интраоперационной холангиографией, наружным дренированием холедоха и дренированием подпеченочного пространства (всего 21 операция). Этот тип операции также проводился при обширном перитоните (2 операции), его дополняли санацией брюшной полости через промывание и дренирование. Тем

не менее, доступ применялся срединный, и для уменьшения времени операции было решено ограничиться наружным дренированием холедоха, откладывая рентгеновское исследование внепеченочных желчных путей на послеоперационный период. К малоинвазивным вмешательствам относятся лапароскопические холецистэктомии с наружным дренированием холедоха и подпеченочного пространства на первом этапе. Вторым этапом стала эндоскопическая папиллосфинктеротомия с удалением камней.

Таблица 1

Этапы и виды хирургических вмешательств при традиционном лечении больных.

№ п/п	Этапы и виды хирургических вмешательств	Количество
1.	Открытая холецистэктомия, холедохолитотомия, интраоперационная холангиография, наружное дренирование холедоха, дренирование подпеченочного пространства	21 21
2.	1-й этап: открытая холецистэктомия, наружное дренирование холедоха, дренирование подпеченочного пространства. 2-й этап: эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией	2 2
3.	1-й этап: лапароскопическая холецистэктомия, наружное дренирование холедоха, дренирование подпеченочного пространства. 2-й этап: эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией	15 15
4.	1-й этап: холецистостомия, холецистохолангиография. 2-й этап: эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстакцией. 3 - й этап: открытая холецистэктомия	2 2
Всего		40 40

Эффективность лечения оценивалась по числу послеоперационных осложнений и уровню летальности. Послеоперационные осложнения возникли у 14 пациентов в этой группе, из которых 6 человек скончались (таблица 2).

Из данных, представленных в таблице 2, следует, что среди наиболее серьезных осложнений выделялись: печеночно-почечная недостаточность, микроабсцессы печени с развитием сепсиса, острые язвы желудка с кровотечением, хронический перитонит и острая сердечно-сосудистая недостаточность, в результате которых зафиксированы 6 летальных случаев. Остальные послеоперационные осложнения завершились без негативных последствий. Примечательно, что 4 пациента скончались после экстренных хирургических вмешательств, а 2 — после срочных операций, проведенных в ответ на прогрессирующую желтуху и признаки холангита.

Послеоперационные осложнения и их исходы у больных при традиционном хирургическом лечении.

№ п/п	Виды послеоперационных осложнений	Количество	Умерло больных
1.	Печеночно-почечная недостаточность	2	1
2.	Микроабсцессы печени, сепсис	2	2
3.	Острые язвы желудка с кровотечением	1	1
4.	Продолжающийся перитонит	1	1
5.	Послеоперационный панкреатит	1	-
6.	Острая сердечно-сосудистая недостаточность	2	1
7.	Тромбофлебит нижних конечностей	3	-
8.	Пневмонии	2	-

При внедренном хирургическом методе лечения операции осуществлялись в 2 или 3 этапа. Этапы и типы хирургических вмешательств для данных пациентов можно найти в таблице 3.

Оценка терапевтических результатов проводилась по тем же критериям, что и для пациентов, получивших стандартное лечение, с учетом числа послеоперационных осложнений и летальности (таблица 4).

Данные, представленные в таблице 4, демонстрируют, что послеоперационные осложнения возникли у 11 пациентов (21,2%), из которых в 5 случаях (9,6%) они привели к летальному исходу. Все летальные случаи связаны с экстренными оперативными вмешательствами. Важно отметить, что использование малоинвазивных методов привело к специфическим послеоперационным осложнениям, таким как кровотечения из большого дуоденального сосочка (в 2 случаях) и послеоперационные панкреатиты (в 2 случаях). Наиболее эффективным в послеоперационный период оказалось сочетание внутрипортального введения антибиотиков с промыванием желчных протоков специальным лекарственным раствором, содержащим тот же антибиотик.

Интересно, что в этой группе не было зарегистрировано такого серьезного осложнения, как микроабсцессы печени. Это связано с применением постепенного снижения давления в желчных путях с использованием промывания их лекарственным раствором после операции. У наиболее тяжелых пациентов, которые перенесли открытую холецистэктомию с канюлированием пупочной вены, данный результат был достигнут благодаря одновременному промыванию желчных протоков и капельному введению антибиотика внутрь

портальной системы.

Таблица 3

Этапы и виды хирургических вмешательств при разработанном лечении.

№ п/п	Этапы и виды хирургических вмешательств	Количество
1.	1-й этап - холецистэктомия через мини-доступ с наружным дренированием холедоха, ИОХГ, дренирование подпеченочного пространства; 2-й этап - эндоскопическая папиллосфинктеротомия с удалением камней из холедоха, НБД	9
2.	1-й этап - традиционная холецистэктомия с холедохолитомией и наружным дренированием холедоха, ИОХГ, канюлирование пупочной вены и дренирование подпеченочного пространства; 2 - й этап - НБД	18
3.	1-й этап - традиционная холецистэктомия с наружным дренированием холедоха, ИОХГ, канюлирование пупочной вены и дренирование подпеченочного пространства; 2-й этап - эндоскопическая папиллосфинктеротомия с удалением камней из холедоха, НБД	2
4.	1-й этап - эндоскопическая папиллосфинктеротомия с удалением камней из холедоха, ЭРПХГ, НБД; 2-й этап - ЛСХЭ с наружным дренированием холедоха и дренированием подпеченочного пространства	17
5.	1-й этап - эндоскопическая папиллосфинктеротомия, ЭРПХГ, НБД; 2-й этап - открытая традиционная холецистэктомия с холедохолитотомией, ИОХГ, наружное дренирование холедоха, дренирование подпеченочного пространства, канюлирование пупочной вены	2
6.	1-й этап - эндоскопическая папиллосфинктеротомия, ЭРПХГ, НБД; 2-й этап - литоэкстракция, ЭРПХГ; 3-й этап - ЛСХЭ с наружным дренированием холедоха и дренированием подпеченочного пространства	4
Всего		52

Условные обозначения: ИОХГ - интраоперационная холангиография; ЛСХЭ - лапароскопическая холецистэктомия; НБД - назобилиарный дренаж; ЭРПХГ - эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография.

Таблица 4

Послеоперационные осложнения и их исходы у больных при разработанном хирургическом лечении.

№ п/п	Виды послеоперационных осложнений	Количество	Умерло больных
1.	Печеночно-почечная недостаточность	2	1
2.	Кровотечения из большого дуоденального сосочка	2	-
3.	Послеоперационный панкреатит	2	2
4.	Продолжающийся перитонит	1	1
5.	Нарушение мозгового кровообращения	1	1
6.	Тромбофлебит нижних конечностей	1	-
7.	Пневмонии	2	-
Всего		11 (21,2%)	5 (9,6%)

Условия для выполнения лапароскопической или мини-доступной холецистэктомии были выявлены лишь у 18% пациентов. В остальных 82% мы применили классическую холецистэктомию или, в некоторых случаях, при выраженных инфильтративных изменениях, метод мукоклазии по А.В. Вишневскому.

Эндоскопическая папиллотомия при остром холецистите, осложненном холедохолитиазом, механической желтухой и холангитом, демонстрирует эффективность в 83,5% случаев. В тех ситуациях, когда ЭПСТ не может быть выполнена, оказывается неэффективной или возникают непреодолимые осложнения, необходимо прибегать к «открытой» хирургии.

Билиарный панкреатит, вызванный «вклиниванием» камня в общий желчный проток, является четким показанием для проведения процедуры, которая наиболее эффективно устраняется через ЭПСТ, если она выполняется в течение первых 24 часов после поступления пациента. Инфицированный билиарный панкреонекроз с жидкостным компонентом, который не демонстрирует тенденции к отграничению, требует «открытого» хирургического вмешательства. В нашей практике наилучшие результаты были достигнуты при использовании метода «открытого» живота, что позволило уменьшить летальность среди таких пациентов до 31%.

Вывод. Подтверждается, что ультразвуковое исследование обладает высокой диагностической способностью для раннего выявления деструкции желчного пузыря и патологий желчных протоков и поджелудочной железы, а

также для определения показаний к хирургическому вмешательству при остром холецистите и его осложнениях.

Использованная литература:

1. Алексеев, А.М. Использование системы монодоступа при остром холецистите / Алексеев А.М., Фаев А.А., Замятин В.А. и др. // Эндоскоп. хир.- 2013.- № 1.- Вып. 2.- С. 122-123.
2. Борисов, А.Е. Современные методы лечения гнойного холангита и холангиогенных абсцессов /Борисов А.Е., Глушков Н.И., Борисова Н.А., Жане А.К. - Метод. рекомендации: Майкоп.- 1993.- 21 с.
3. Дибиров, М.Д. Выбор метода лечения тяжелого холангита и холангиогенного сепсиса при желчно-каменной болезни /Дибиров М.Д., Переходов С.Н., Рыбаков Г.С. и др. // В сб.: XI съезд хирургов Российской Федерации.- Волгоград.- 2011.- С. 515-516.
4. Койчуев, Р.А. Аспекты профилактики гнойно-септических осложнений при остром гнойном холангите /Койчуев Р.А., Османов А.О. // В сб.: XI съезд хирургов Российской Федерации.- Волгоград.- 2011.- С. 522.
5. Паршиков, В.В. Профилактика инфекционных осложнений при выполнении операции на желчных путях /Паршиков В.В., Измайлов С.Г., Градусов В.П. и др. // Матер. VI Всерос. конф. общих хирургов, объединенной с VI Успенскими чтениями.- Тверь.- 2010.- С 196-197.
6. 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.
7. Syrakos, T. Small-incision (minilaparoscopy) versus laparoscopic cholecystectomy: a retrospective study in a university hospital / Syrakos T., Antonitsis P., Zacharakis E. et al. // Landerbecks Arch. Surg.- 2004.- V. 389.- P. 172-177.