

**ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ВМЕЩАТЕЛЬСТВА И ОЗОНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ И ХОЛАНГИТОМ ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ**

*Хайдаров А.А., Саъдиев Э.С.*

Бухарский государственный медицинский институт

✓ *Резюме,*

*Целью исследования явилось улучшение результатов лечения больных гнойным холангитом и механической желтухой, обусловленных холедохолитиазом, за счет использования и лечения, включающего назобиллярную озонотерапию.*

*Ключевые слова: эндоскопия, озонотерапия, механическая желтуха, холангит, холедохолитиаз*

**ENDOSCOPIC INTERVENTIONS AND OZONE THERAPY IN THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH MECHANICAL JAUNDICE AND CHOLANGITIS WITH CHOLEDOCHOLITHIASIS**

*Haydarov A.A., Sadiev E. S.*

Bukhara State Medical Institute

✓ *Resume,*

*The aim of the study was to improve the results of treatment of patients with purulent cholangitis and mechanical jaundice caused by choledocholithiasis, through the use and treatment, including nasobillar ozone therapy.*

*Key words: endoscopy, ozone therapy, obstructive jaundice, cholangitis, choledocholithiasis*

**ENDOSKOPIK YO'L ORQALI XOLEDOXOLITIAZDAGI MEXANIK SARIQLIK VA XOLANGIT BILAN KASALLANGAN BEMORLARNI OZONOTERAPIYA USULI BILAN KOMPLEKS DAVOLASH**

*Xaydarov A.A., Sa'diev E.S.*

Buxoro davlat tibbiyot institute

✓ *Rezyume,*

*Tadqiqotning maqsadi yiringli xolangit va xoledoxolitiyaz sabab bo'lgan mexanik sariqlik bilan kasallangan bemorlarni nazobiliar ozon terapiyasini o'z ichiga olgan holda davolash natijalarini yaxshilashdan iborat.*

*Kalit so'zlar: endoskopiya, ozon terapiyasi, obstruktiv sariqlik, xolangit, xoledoxolitiyaz*

**Актуальность**

В последние годы отмечен рост заболеваемости ЖКБ среди лиц молодого возраста и у мужчин, хотя женщины по-прежнему болеют начительно чаще (примерно в 2-6 раз) (Затевахин ИИ, Данилов ИВ) У 30-85 % больных холангит развивается на фоне холедохолитиаза (Гальперин Э.М. Родинов В.В.)

Одним из основных направлений в лечении больных механической желтухой и холангитом, обусловленными ЖКБ, является декомпрессия желчевыводящих протоков. С этой целью на дооперационном этапе лечения используют малоинвазивные методы: эндоскопическую папиллосфинктеротомию,

при необходимости литоэкстракцией и назобиллярным дренированием, чрезкожнуючреспеченочнуюхолангиостомию под УЗ-контролем. Однако снятие желчной гипертензии не решает всех проблем лечения больных гнойным холангитом. Необходимо также проведение комплексной антибактериальной терапии, детоксикационную терапию, коррекцию водно-электролитных нарушений. Обязательно проводится санация билиарного тракта растворами антисептиков, сорбентов и эндобилиарной озонотерапии. Изучить и эндоскопических способов диагностики причины механической желтухи, опеределить –

иммунного статуса у больных механической желтухой и холангитом.

### Материалы и методы

Нами проанализирован опыт комплексной диагностики и лечения 80 больных желчнокаменной болезнью, осложнившийся механической желтухой и гнойным холангитом, находившихся на лечении в Бухарском филиале республиканского

Распределение больных по возрасту и полу представлено в таблице 1.

научного центра экстренной медицинской помощи за период с июля 2019г-по 2021г. Основную группу составили 54 пациентов, которым на разных этапах комплексного лечения была проведена эндобиллиарная озонотерапия. В группу сравнения вошли 26 пациента, лечение которых велось традиционным способом (без применения озонотерапии).

Таблица 1

Распределение больных по возрасту и полу

| Пол   | Всего больных |          | Возраст в годах |          |         |          |                    |          |
|-------|---------------|----------|-----------------|----------|---------|----------|--------------------|----------|
|       |               |          | 31-40           |          | 41-50   |          | 51-60 лет и старше |          |
|       | осн. гр       | гр. срав | осн. гр         | гр. срав | осн. гр | гр. срав | осн. гр            | гр. срав |
| Муж   | 24            | 10       | 8               | 3        | 10      | 4        | 3                  | 3        |
| Жен   | 30            | 16       | 7               | 4        | 20      | 8        | 3                  | 4        |
| Всего | 54            | 26       | 15              | 7        | 30      | 12       | 9                  | 7        |

Мы разделили всех больных на 4 группы, основываясь на анамнезе, клинической картине и преобладающей симптоматике желчнокаменной болезни, придерживаясь при этом клинической классификации холедохолитиаза, предложенной Родионовым В.В. в 1991 г.

1. Желтушно-болевая форма (60,3 % больных из основной группы и 65,3% из группы сравнения)

2. Желтушно-панкреатическая 9,1 % - основная группа и 9,3% - группа сравнения)
3. Желтушно-холециститная 27,4% больных из основной группы – 16%- из группы сравнения)
4. Желтушно-безболевая (2,1% основная группа и 3,4% группа сравнения)

Таблица 2

Основные клинические симптомы, наблюдаемые у обследованных больных.

| № | Клинические проявления                | Число больных |          | %       |          |
|---|---------------------------------------|---------------|----------|---------|----------|
|   |                                       | осн. гр       | гр. срав | осн. гр | гр. срав |
| 1 | Боли в правом подреберье и эпигастрии | 52            | 24       | 96,3    | 92,3     |
| 2 | Тошнота, рвота                        | 52            | 23       | 96,3    | 88,4     |
| 3 | Лихорадка до 38 °С                    | 47            | 20       | 87      | 77       |
| 4 | Озноб                                 | 38            | 16       | 70,3    | 61,5     |
| 5 | Желтуха                               | 54            | 26       | 100     | 100      |
| 6 | Изменение окраски мочи, кала          | 54            | 26       | 100     | 100      |
|   | Всего                                 | 54            | 26       | 100     | 100      |

Для установления характера и причины желтухи мы использовали следующие инструментальные методы диагностики (табл. 3)

Таблица 3

Методы диагностики желчекаменной болезни осложненной холедохолитиазом

| Метод проведенного исследования | Число больных   |                  |
|---------------------------------|-----------------|------------------|
|                                 | Основная группа | Группа сравнения |

|                                                          |            |            |
|----------------------------------------------------------|------------|------------|
| Ультразвуковое исследование                              | 54         | 26         |
| Эзофагогастродуоденоскопия                               | 54         | 26         |
| МРТ-холангиография                                       | 54         | 26         |
| ЭРПХГ                                                    | 50         | 21         |
| ЭПСТ (папиллосфинктеротомия)                             | 42         | 20         |
| Назобилиарное дренирование гепатикохоледоха              | 10         | 5          |
| Чрезкожно-чрезпеченочная холангиография (холангиостомия) | 6          | 3          |
| Интраоперационная холангиография                         | 6          | 4          |
| Фиброхоледохоскопия                                      | 28         | 10         |
| <b>Всего</b>                                             | <b>304</b> | <b>141</b> |

Диагностическая точность УЗИ в выявлении обтурационного характера желтухи составила 95% (76 пациентов), а камней внепеченочных желчных протоков и уровня блока-только-63,7%(51 больных).

### Результаты и обсуждение

ЭРПХГ выполняли всегда после проведения эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), которая свою очередь была произведена всем 80 больным. При ЭГДС выявить причины внепеченочной обтурации желчных протоков удалось у 17 (21,2%) больных с вколоченным конкрементом в устье БДС и у 5 (6,2%) пациентов ущемленного камня в БДС.

Из 80 больных, которым была выполнена ЭГДС, у 71 (88,7%) в следствие она сочеталась с ретроградной холангиопанкреатографией (ЭРПХГ). Опыт применения ЭРПХГ показал высокую эффективность метода в выявление причин механической желтухи, уровня обтурации желчных протоков и оценке анатомо-функционального состояния билиопанкреатической системы. Камни преампулярного отдела гепатикохоледоха были выявлены у 44 больных (61,9%), камни ретро- и супрадуоденальных отделов желчных протоков - у 15 (21,1%) пациентов. У 10 (14%) больных с холедохолитиазом удалось контрастировать желчные протоки выше обтурирующего камня, а в 2 случаях (2,8%) канюляция БДС выполнить не удалось в виду нахождения последнего в парапапиллярном дивертикуле. У 62 больных (87,3%) была произведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) по стандартной (канюляционной) методике. После ЭПСТ у 55 больных (88,7%) была успешно выполнена механическая литоэкстракция конкрементов общего желчного протока эндоскопическим способом с помощью корзинки Дормиа через биопсионный канал дуоденоскопа. У 7

больных (11,2%) возникли осложнения в виде незначительного по интенсивности кровотечения из слизистой БДС, во всех случаях остановленного диатермокоагуляцией. С целью декомпрессии желчевыводящих протоков 15 больным (18,7%), у которых после проведенной ЭПСТ и ревизии гепатикохоледоха корзинкой Дормиа было выполнено назобилиарное дренирование гепатикохоледоха (НБД) по стандартной методике. 9 больным (11,2%) произведена чрезкожная чрезпеченочная холангиография и холангиостомия (ЧЧХС). Достоверность этого метода диагностики холедохолитиаза составила (95,4%). У 10 больных (12,5%) произведена интраоперационная холангиография. Показаниям для проведения интраоперационной холангиографии с зондированием желчных протоков явились: широкий пузырный проток с наличием в нем мелких конкрементов (4 больных), мелкие конкременты в нерасширенных внепеченочных желчных протоках (3 больных), трудности интерпретации строения желчевыводящих протоков 93 больных).

Интероперационную фиброхолангиоскопию (ФХС) как с диагностической, так и с лечебной целью мы применили у 38 больных (47,5%) механической желтухой. Камни в желчных протоках обнаружены у 21 больного (55,2%) – множественные, у 17 больных (44,7%) – одиночные. С помощью эндоскопического исследования представилось возможным выявить не только крупные камни, но и мелкие диаметром не более 2-3 мм, а также замазкообразный детрит.

**Таким образом,** подводя итог всему вышесказанному, можно сделать вывод о том, что в диагностическом алгоритме поиска причин механической желтухи следует применять ЭГДС с ЭРПХГ, МРТ-ХГ, ЧЧХГ (ЧЧХС) и интраоперационные ХГ и ФХС.

После установления причины механической желтухи, холангита и декомпрессии билиарного тракта путем применения различных лечебных рентгено-эндоскопических малоинвазивных методик или холецистэктомии, холедохотомии с ревизией желчевыводящих протоков и последующим наружным дренированием общего желчного протока для лечения больных гнойным холангитом мы использовали эндобиллиарную озонотерапию. В качестве антисептика используется озонированный изотонический раствор хлорида натрия с содержанием озона 5 мг/л. Озонированный физиологический раствор повышает транспорт питательных веществ через эндотелий микрососудов к клеткам и тканям, увеличивает возможность их участия в окислительно-восстановительных процессах, переводя дыхание клеток в аэробные условия и стимулирует иммунокомпонентные клетки лимфатических узлов к пролиферации.

Мы использовали следующие методики эндобиллиарной озонотерапии:

- 1) В дооперационном периоде после декомпрессии билиарного тракта (НБД после ЭПСТ либо ЧЧХС)
- 2) Интраоперационно при проведении ФХС
- 3) В послеоперационном периоде через наружный дренаж оставленный в общем желчном протоке по окончании ревизии желчных протоков.

Перед началом эндобиллиарной озонотерапии санации желчных протоков и перед каждым курсом производился забор желчи в объеме 5 мл шприцом в стерильную пробирку для иммуноферментного анализа с целью определения содержания в ней пристеночного IgA. Пристеночный иммуноглобулин А в желче после каждого последующего сеанса эндобиллиарной озонотерапии повышалась 2 раза. Эффективность проводимого лечения с использованием методик эндобиллиарной озонотерапии явились: клиническая картина состояния больных: показатели, характеризующие тяжесть эндотоксикоза (пульс, температура тела, переза кишечника). Детоксикационный эффект озонотерапии в общеклинических биохимических показателях крови наступали на 7-8 сутки после лечения, в основной группе СОЭ уменьшались в 2 раза, а лейкоцитоз (меньше 10 тыс.), снижение уровня билирубина 25,3-22,3% от начальных показателей, а активность ферментов ЩФ, АсТ и АлТ в основной группе снизились на

40,8 – 38,7%. Положительная динамика изменений иммунологических показателей крови, содержание Т- и В-лимфоцитов повышалось в процессе лечения в обеих группах больных. Под влиянием озонотерапии наблюдается боли быстрые и эффективные изменения в организме пациентов основной группы, выражающиеся в снижении показателей эндотоксикоза в 2 – 3 раза в более короткие сроки.

Таким образом, комплексное применение УЗИ, дуоденоскопии, МРТ-ХГ, ЭРПХГ, ЧЧХГ и ЧЧХС в предоперационном периоде в 98,9 % случаев позволяет установить причину и характер желтухи, санация желчных протоков озонированным физиологическим раствором дооперационно, интраоперационно и в послеоперационном периоде через дренаж в общем желчном протоке в течение 3 – 6 дней позволяет устранить явление гнойного холангита у всех больных не только за счет механического отмытия просвета желчных протоков от гноя и фибрина, но благодаря снижению литогенности желчи и улучшению ее пассажа по билиарному тракту, а также за счет повышения регионарного (местного и общего) иммунитета. Эндобиллиарная озонотерапия повышает защитные силы организма за счет увлечения популяций Т- и В-лимфоцитов в крови 2 раза, иммуноглобулинов класса – А в 3-5 раз. Правильно выбранная лечебных эндоскопических методов применение по показанию дооперационных рентгено-эндоскопических вмешательств для декомпрессии желчевыводящих путей, своевременное выполнение оперативного пособия включением методик эндобиллиарной озонотерапии гарантия лучших результатов лечения больных с механической желтухой и гнойным холангитом при холедохолитиазе.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Способ лечения холангита. Н. Е. Чернеховский, Р.Б. Мумладзе, Ю.Ш. Розиков 2000 г (С 20 – 28)
2. Озонотерапия в комплексном лечении больных с механической желтухой и холангитом вследствие холедохолитиаза Н. А. Ефименко, Н.Е. Чернеховский 2001 г. (С 66-79)
3. Озонотерапия в комплексном лечении больных механической желтухой и холангитом вследствие холедохолитиаза. Ю.М. Галлингера, Р.Б. Мумладзе 2000 г (С 192)

4. Эндобиллиарная озонотерапия в комплексном лечении больных механической желтухой и холангитом при холедохолитиазе. И.Ю. Коржева 2002 г (С 25-33)
5. О последствиях холецистэктомии или постхолецистэктомическом синдроме С. Г. Бурьков 2004 г (С 24-29).
6. Механическая непроходимость желчных путей Ю. Ф. Пауткина, А.Е. Климов 2010 г. (С 224)
7. Особенности диагностики и хирургической тактики при билиобиллиарных свищах. А. М. Хаджибаев, Б.К. Алтыев, Ф.Б. Алиджанов, Ф.А. Хаджибаев 2013 г (С 12- 20)
8. Применение фистулофиброхолангиоскопии и эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) и лечения резидуального холедохолитиаза и стеноза терминального отдела холедоха. Р. Б. Мумладзе, Ю.Ш. Розиков 2001 г (С 206)
9. Малоинвазивные методы декомпрессии желчных путей у больных механической желтухой. В.Г. Ивишин, О.Д. Лукичев 2007 г (С 182)
10. Современные принципы диагностики и хирургической тактики при синдроме механической желтухи Ю.Л. Шевченко, О.Э. Карков, П.С. Ветшев 2008 г (С 45)

**Поступила 09.05. 2021**