New Day in Medicine
Новый День в Медицине
NDM

TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal

AVICENNA-MED.UZ

ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

11 (73) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛОТОВА
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н ГУСЕЙНОВА (Азарбайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV(Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»

Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского является генеральным научно-практическим консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных изданий, рецензируемых Высшей Аттестационной Комиссией Республики Узбекистан (Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

11 (73)

2024

ноябрь

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com E:
ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

Received: 20.10.2024, Accepted: 02.11.2024, Published: 10.11.2024

УДК 616.361-002.3366-002-089

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ, ОСЛОЖНЕННЫМ ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ

Рахметов Н.Р., Жанбырбай Б.К., Байтурганов Т.М., Аталыков Б.Е., Сарбасова И.З., Байжанов А.С.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, Алматы. Казахстан

✓ ***Резюме***

Проведен анализ результатов комплексного лечения 640 больных с острым калькулезным холециститом, осложненным гнойным холангитом. Наглядно показана эффективность двухэтапной тактики с использованием эндоскопической и минилапаротомной технологии, а также преимущества регионарной методики насыщения антибактериальными препаратами лимфатической системы через пупочную вену. Послеоперационная летальность составила 4,8%.

Ключевые слова: холецистит, гнойный холангит, декомпрессия билиарного тракта, эндоскопические и минилапаротомные технологии, лимфатическая система.

SURGICAL TACTICS FOR ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS COMPLICATED WITH PURULAR CHOLANGITIS

Rakhmetov N.R., Zhanbyrbai B.K., Bayturganov T.M., Atalykov B.E., Sarbasova I.Z., Baizhanov A.S.

Kazakh National Medical University named after. S.D. Asfendiyarov, Almaty. Kazakhstan

✓ ***Resume***

The results of complex treatment of 640 patients with acute calculous cholecystitis complicated by purulent cholangitis were analyzed. The effectiveness of two-stage tactics using endoscopic and minilaparotomy technology is clearly demonstrated, as well as the advantages of the regional technique of saturating the lymphatic system with antibacterial drugs through the umbilical vein. Postoperative mortality was 4.8%.

Key words: cholecystitis, purulent cholangitis, decompression of the biliary tract, endoscopic and minilaparotomy technologies, lymphatic system.

Актуальность

Больные с острым калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой и холангитом, относятся к наиболее тяжелой категории в гепатобилиарной хирургии. Гнойный холангит встречается у 13-60% больных с холедохолитиазом, стенозом фатерова соска, папиллитом, с внутренними желчными свищами (1, 2, 3, 4, 5) Высокая летальность обусловлена острой печеночной недостаточностью, сопровождающийся геморрагическим синдромом и явлениями печеночной энцефалопатии (1,4) и нарушением выделительной функции почек. Летальность не имеет тенденции к снижению и составляет 11-30%, а послеоперационные осложнения достигают 14-40% (1, 2, 3)

Считается, что без хирургического разрешения острый гнойный холангит приводит к смерти в 100% случаев.

Лечение больных с острым гнойным холангитом необходимо начинать сразу при поступлении больного в стационар. В условиях желчной гипертензии при холангите самостоятельное значение медикаментозной терапии относительно невелико и ее целесообразно рассматривать лишь как интенсивную кратковременную подготовку больного к проведению

срочной декомпрессии желчных протоков. При угрожаемом состоянии интенсивную терапию следует сочетать с немедленной декомпрессией.

Большое практическое значение имеет совершенствование диагностики и лечения острого калькулезного холецистита, осложненного гнойным холангитом (1, 2).

В клинике хирургии №1 Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова за период с 2003 по 2023 г.г. проведено хирургическое лечение 640 больным с острым калькулезным холециститом, осложненным гнойным холангитом. В структуре заболеваний патология терминального отдела общего желчного протока составила 42%. На лечении находились преимущественно больные пожилого и старческого возраста, пациенты старше 60 лет составили 72%, женщины – 78%, мужчины - 22%. Длительность заболевания желчно-каменной болезнью у 70% больных составила 1-5лет. Причины острого гнойного холангита при остром холецистите представлены в таблице № 1.

Таблица 1

Причины гнойного холангита при остром холецистите

Заболевания терминального одела общего желчного протока	Количество (абсол.)	%
Холедохолитиаз	172	26,9%
Холедохолитиаз + стеноз БДС	36	5.6%
Холедохолитиаз + папиллит	160	25%
Холедохолитиаз + стеноз БДС + папиллит	24	3.8%
Холедохолитиаз + ПД + папиллит	58	9.2%
Холедохолитиаз + ПД	24	3.8%
Папиллит	82	12.4%
Стеноз БДС	36	5.7%
Стеноз БДС + папиллит	36	5.7%
Парафатериальный дивертикулит + папиллит	12	1.9%
Всего	640	100%

Холангит выявлен у 16,5% больных с 1-й степенью холестаза (диаметр холедоха 7-11 мм), 42% больных со 2-й степенью (холедох 12-16 мм) и 68,6% с 3-й степенью (холедох 17-21 мм и более).

Основной причиной гнойного холангита является холедохолитиаз с патологией терминального отдела общего желчного протока у 74,1% больных. Папиллит установлен как причина холангита у 58,3%, перихоледохеальный лимфаденит был у 34% пациентов. Гнойный холангит сочетался с деструктивным холециститом в 37% случаев: с флегмонозным – 56%, гангренозным – 16%, эмпиемой желчного пузыря - 28%, перитонитом – 19%.

На этапе первичного осмотра у 37% больных выявлены классическая триада Шарко и пентада Рейнольдса.

В диагностике мы отдавали предпочтение высокоинформативным методам исследования как эхография, и компьютерная томография с контрастированием органов гепатопанкреатодуоденальной области. Точность диагностики острого калькулезного холецистита составила 90%, острого деструктивного - 99%. Патологические изменения печени выявлены у 82% больных, камни желчного пузыря выявлены у 95,6%, холедохолитиаз – у 60% больных, у 98% больных были установлены расширение холедоха, утолщение и неровность контуров стенок, отек гепатодуоденальной связки. В 98% установлен уровень обтурации. В сроки 1-3 суток с момента госпитализации 83% больным с острым холангитом выполнена эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ).

У 81% больных ЭРПХГ завершилась эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ), эндоскопической литоэкстракцией (ЭЛЭ). В последние 3 года ЭПСТ осуществляли с предварительным назобилиарным дренированием (НБД), данная методика позволяла исключить повреждения задней стенки 12-перстной кишки и вирсунгова протока, уменьшить опасность кровотечения.

Малоэффективность ЭРПХГ наблюдалась у 10% больных, что были вынуждены выполнить чрескожную чреспеченочную холангиостомию (ЧЧХС) и микрохолецистостомию под УЗИ контролем.

Интраоперационно были выявлены следующие признаки холангита: мутная с хлопьями желчь, замазкообразные массы, отек стенок желчных протоков, кровоточивость, наличие гноя в протоках. Для идентификации микроорганизмов и для определения чувствительности к антибиотикам проводили микробиологическое исследование желчи. Исследование проводили в аэробных и анаэробных камерах. Аэробные микроорганизмы выявлены в 94%, а анаэробные – в 6% случаях. У больных с холангитом в 99% желчь была инфицированной. Данные микробиологического исследования желчи представлены в таблице 2.

Таблица 2

Результаты микробиологического исследования протоковой желчи

Аэробная форма	%	Анаэробная форма	%
E.coli	40%	Bacteroides	40%
Proteus	20%	Fusobacterium	25%
Enterococcus	15%	Veilonella	9%
Candida	8%	Peptococcus	8%
Kleelsiella	7%	Peptostreptococcus	6%
Staphylococcus	5%		
Streptococcus	3%		
Прочие	2%	Прочие	12%

При гистологическом исследовании в печени установлена жировая и зернистая дистрофия, расширение протоков, признаки острого и хронического холангита, в регионарных лимфоузлах – реактивная гиперплазия, что подтверждает наличие воспалительного процесса в лимфатической системе.

Традиционные открытые и малоинвазивные эндоскопические вмешательства направлены на удаление желчного пузыря, декомпрессию и санацию желчных путей, устранению причины холестаза. Широко применяли метод лаважа желчных протоков через наружный и назобилиарные дренажи антисептическими растворами. Наряду с традиционными путями введения антибиотиков использовали прямой и непрямой методы лимфотропного ведения антибактериальных препаратов.

У 15% больных с тяжелым эндотоксикозом были проведены экстракорпоральные методы детоксикации – плазмаферез, гемофильтрация.

Хирургическая тактика лечения больных с острым калькулезным холециститом, осложненным гнойным холангитом, была дифференцированной зависящей от степени холестаза и эндотоксикоза. Показатели интоксикации по лабораторным данным представлены в таблице №3.

Таблица 3

Лабораторные показатели эндогенной интоксикации

Показатель	Степень эндогенной интоксикации		
	I	II	III
Билирубин общий, мкмоль/л	74,44±11,25	96,42±13,76	120,50±18,40
Билирубин прямой, мкмоль/л	47,0±15,61	56,0±8,75	91,0±15,61
Креатинин	90,5±13,36	119,2±14,51	292,25±50,02
Мочевина, ммоль/л	6,4±0,01	6,89±0,001	9,0±0,004
Общий белок, г/л	71,3±0,01	62,5±0,01	58,4±0,016
Фибриноген	3,5±0,01	3,0±0,01	1,5±0,015
ЦИК, усл. ед	30,1±0,06	36,3±0,001	78,8±0,02
ЛИИ	3,87±0,60	5,69±0,72	6,61±0,97
СРБ, мг/л	15,3±0,06	37,6±0,001	56,8±0,017
Прокальцитонин, нг/мл	0,5±0,01	2,7±0,59	4,5±0,81
Пресепсин нг/мл	100,0±12,3	140±13,51	210,0±16,41
Лактат , ммоль/л	2,7±0,01	3,6±0,07	5,4±0,61

Примечание. ЦИК-циркулирующие иммунные комплексы. ЛИИ- лейкоцитарной индекс интоксикации.

Хирургическая тактика определялась с учетом тяжести процесса и степени эндотоксикоза. В 1-ю группу вошли 109 (17%) больных, которым предпринято одномоментное хирургическое

лечение. Объём операции – удаление деструктивно измененного желчного пузыря, вскрытие подпеченочного абсцесса и санация перитонита. Эти больные оперированы традиционным методом.

Во 2-ю группу вошли 531 (83%) больных, которым применена этапная тактика, выполнена предварительная эндоскопическая или чрескожно-чреспеченочная декомпрессия и санация желчных путей (ЭПСТ, НБД, ЭЛЭ, ЧЧХС, ЧЧМХС). Эти больные оперированы по срокам: экстренная – у 26,3%, срочная - у 51,8%, отсроченная - у 21,9%, что позволяло устранить холестаз, уменьшить эндотоксикоз и риск операции. Лапароскопическая и минилапаротомная холецистэктомия с использованием ранорасширителя оригинальной конструкции позволяли произвести ревизию желчных протоков и разрешить холестаз.

У пациентов, которым применена этапная тактика лечения отмечалась нормализация показателей эндотоксикоза на 5-8 сутки, а у больных с одномоментной тактикой лабораторные показатели оставались повышенными до 15 суток, в этой же группе наблюдались тяжелые раневые инфекции, легочные и абдоминальные осложнения, острая печеночная недостаточность. Причинами смерти явились холангиогенные абсцессы, острая печеночно-почечная недостаточность и сепсис.

Заключение

Таким образом, причиной гнойного холангита является бактериальная транслокация и лимфогенная генерализация инфекции с блокированием иммунной функции всей лимфатической системы, желчных протоков. Хирургическая тактика направлена на устранение источника инфекции, ликвидацию желчной гипертензии. Комплекс противоинфекционной фармакотерапии должна включать регионарную лимфогенную терапию через разбужированную пупочную вену, что является эффективной мерой профилактики развития холангиогенных абсцессов печени. Разработанная дифференцированная, этапная хирургическая тактика с использованием эндоскопических и минилапаротомных доступов, направленный транспорт антибактериальных препаратов в спланхнический бассейн через пупочную вену при деструктивном калькулезном холецистите, осложненным гнойным холангитом, позволила сократить послеоперационную летальность до 4,8%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г., Кузовлев Н.Ф. и др. Вопросы потогенеза, тяжести течения, клинических синдромов и дифференциального лечения гнойного холенгита //Хирургия 1997;1:77-78.
2. Истомин Н.П., Султанов С.А., Архипов А.А. Двухэтапная тактика лечения желчнокоменной болезни, осложненной холедохолитиазом //Хирургия. 2005;1:48-50.
3. Shimizu S., Kutsumi H., Fujimoto S. et ol. Diagnostic Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography //Endoscopy. 1999;31(1):74-79.
4. Nazarov Z.N. et ol. Modem aspects of diagnosis of cholangitis (literature review) //Juternational scientific review of the problems of natural sciences and medicine, 2019; c.124-133.
5. Uzganboyevich S.S., Qizi Y.D.B., Qizi T.Y.M. Management of the Mirizzi syndrome and the surgical implications of cholecystocholedochal fistula //Вопросы науки и образования, 2019;9(55).

Поступила 20.10.2024