

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ В СОЧЕТАНИИ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

*Нарзуллаев Санат Иноятович¹,
Ахмедов Рахматилло Фуркатович¹,
Хидиров Лазиз Фахриддинович²*

¹Самаркандский государственный медицинский университет.

²Самаркандский филиал республиканского научного центра
экстренной медицинской помощи.

Республика Узбекистан, г. Самарканд

e-mail: rahmatjon6868@gmail.com

Резюме. В работе проведен анализ результатов лечения 140 больных с острым холециститом и холедохолитиазом осложненным холангитом. Этапное лечение с применением предварительных декомпрессивных вмешательств на желчевыводящих протоках позволило купировать явления холестаза и гнойной интоксикации, улучшить результаты радикальных операций. При этом необходимость в применении диапевтических и эндоскопических трансдуоденальных вмешательств было у 81% больных с тяжелой степенью, 61% средней степени тяжести и 24% с легкой степени тяжести острого гнойного холангита. Оптимизация хирургического лечения больных острым холециститом и холедохолитиазом осложненным острым гнойным холангитом позволило уменьшить послеоперационные гнойно – септические и холемические осложнения с 24% до 12%, летальности с 8% до 3%.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, острый холецистит, холедохолитиаз, острый гнойный холангит, хирургическая тактика.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения частота гнойных осложнений воспалительных заболеваний желчных путей встречается в 46% случаях и несмотря на пристальное внимание исследователей к этой проблеме, остается в высшей степени актуальной [10].

Ведущей причиной нарушения оттока желчи является желчнокаменная болезнь (ЖКБ). Каждый десятый житель планеты страдает ЖКБ, а холедохолитиаз, как её осложнение, встречается в 20-30% случаев [2,5,7].

Ведущие клиники занимающийся данной проблемой считают, что в основе инфекции желчевыводящих путей, как правило, лежат два предрасполагающих анатомо-физиологических условия: стаз желчи и возможность развития микробной атаки. Застойная желчь подвержена сгущению, сладжу и легко инфицируется восходящим путем из кишечника [1,3,9].

В соответствии с правилами лечение хирургическим путём пациентов с острым холециститом и холедохолитиазом осложненным холангитом осуществляют в следующей последовательности. На первом этапе проводится декомпрессия желчных протоков малотравматичными методами: эндоскопической папиллосфинктеротомией с установкой назобилиарного дренажа или чрескожным чреспеченочным дренированием. На втором этапе пациентам выполняют удаление желчного пузыря лапароскопическим или минилапаротомным доступом с наружным дренированием гепатикохоледоха. В 36,0-55,5% случаях больные нуждаются в выполнении одномоментных операций лапаротомным доступом обусловленное наличием флегмонозной и гангренозной форм воспаления желчного пузыря с перивезикальным инфильтратом или местного перитонита или билиодуоденального свища.

Однако результаты хирургического лечения не всегда удовлетворяют специалистов, в 20 % случаев у больных возникает септические состояние, в результате которого от 6,25% до 30,0% наблюдениях заканчиваются летальным исходом.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных острым холециститом и холедохолитиазом осложненным холангитом путем оптимизации тактико–технических аспектов.

Материал и методы исследования. Представлены результаты лечения 140 больных с острым холециститом и холедохолитиазом осложненным холангитом, находившихся на лечении в период с 2001 по 2022 гг. Из них 91 женщины (63,2%) и 53 мужчины (36,8%) в возрасте от 33 до 81 лет. Средний возраст больных составил $53,2 \pm 6,2$ лет.

Длительность заболевания органов желчевыводящей системы у 112 (78%) больных составила более 5 лет. 73,6% т.е. 3/4 больных были госпитализированы в сроки свыше трех суток от начала заболевания. Продолжительность до 3-х суток имела место у 38 больных (26,4%), от 3 до 7 суток – у 78 (54,2%), и более 7 суток – в 38 (26,4%) наблюдениях.

Для первых дней приступа острого холецистита и холангита были характерны боли в правом подреберье и эпигастрии (89,9%), в то время как по истечении от начала приступа 4-х дней и более число больных, жалующихся на болевой синдром, было гораздо меньше (67,3%), но при этом возрастало число больных с гнойно – воспалительными осложнениями холангита (83,6%).

Острый гнойный холангит как осложнение желчнокаменной болезни развился вследствие холедохолитиаза и калькулёзного холецистита у 82 (56,9%), острого калькулёзного холецистита и холедохолитиаза у 62 (43,1%) больных, причем острый деструктивный холецистит осложнился различными формами перитонита у 29 пациентов (разлитой 7, местный 22).

В соответствии с целью и задачами исследования больные разделены на 2 группы исследования. Группу сравнения составили 61 (42,4%) больных, которые в период 2001-2010 гг. оперированы по поводу острого холецистита и холедохолитиаза осложненного гнойным холангитом. Основную группу исследования составили 83 (57,6%) больных, получавших разработанное в клинике хирургическое лечение в период с 2010 по 2021 гг. В исследовании обе группы больных были идентичны как по возрасту, так и по выраженности клинических проявлений и тяжести заболевания.

Факторный анализ показал, что основной причиной неудовлетворительных результатов хирургического лечения больных в период 2001-2010 г.г. явились холангиогенные абсцессы печени и билиарный сепсис. Летальность составила 8% (умерло 5 больных). Различные гнойно-септические осложнения в послеоперационном периоде наблюдали у 15 больных (24,6%). У всех оперированных 61 больных хирургическое вмешательство заключалось в выполнении холецистэктомии (ХЭ) с холедохолитотомией и наружным дренированием холедоха, причем оперативное вмешательство выполнено из широкого лапаротомного доступа у 48 (79%), из минидоступа – 13 (21%).

При этом ХЭ с холедохолитотомией по экстренным показаниям (в течении 2-3 часов от поступления в стационар) произведено у 29 (47,5%) больных вследствие острого деструктивного холецистита, причем у 12 при осложнении деструктивного холецистита перитонитом. Также 6 больным операции по экстренным показаниям проведены при наличии клиники острой обструкции магистральных желчных протоков.

По срочным показаниям (в течении ближайших 2-3 суток) оперированы 32 (56%) пациента у которых превалировала клиника обструкции общего желчного протока при отсутствии клиники деструктивного холецистита.

При этом наибольший процент летальных исходов и гнойно – септических осложнений дали экстренные операции (12,1% и 33,3%) при сочетании острого гнойного холангита (ОГХ) с острым деструктивным холециститом и перитонитом (14,8% и 44,4% соответственно).

В основной группе из 83 больных, оперированных в 2010-2019 г.г. лечение осуществлялось с учетом степени тяжести ОГХ, предложенной на согласительной конференции в Токио (2013). В соответствии с этими критериями легкая степень тяжести констатирована у 54 (65%), средняя у 18 (21,6%), тяжелая у 11 (13,2%) больных.

Больные были подвергнуты различным малоинвазивным и открытым хирургическим вмешательствам с учетом предложенных критериев тяжести, а также наличия клиники острого деструктивного холецистита и перитонита.

В основной группе у пациентов со средней степенью тяжести (n=18) и

тяжелой степенью ОГХ (n=11) первым этапом лечения у 20 больных применяли миниинвазивные декомпрессивные вмешательства.

При этом у 9 пациентов с острым деструктивным холециститом произведена декомпрессия желчного пузыря посредством чрескожно-чреспеченочной микрохолецистостомии (ЧЧМХС) под контролем УЗИ. Затем у 5 из них выполнили эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) и назобилиарное дренирование (НБД). У остальных 4 больных ЧЧМХС значительно купировало клинические проявления ОГХ. У 11 пациентов без клиники острого холецистита первым этапом произведено эндоскопическое трансдуоденальное вмешательство- ЭПСТ с литоэкстракцией и НБД холедоха. Вторым этапом у этих 20 пациентов на 7-12 сутки произведена холецистэктомия-ЛХЭ-13, МЛХЭ-7, при этом у 4 МЛХЭ дополнена холедохолитотомией.

У 4 больных с клиникой перитонита по экстренным показаниям произведена лапаротомия, ХЭ, холедохолитотомия и санация брюшной полости. Еще 5 больным с прогрессирующей клиникой ОГХ при безуспешной попытке ЭПСТ произведена ХЭ с холедохолитотомией из открытого минидоступа.

Таким образом, двухэтапное хирургическое лечение проведено 11 (61,1%) больным со средней степенью тяжести и 9 (81,8%) с тяжелой степенью ОГХ.

При ОГХ легкой степени тяжести двухэтапное хирургическое лечение проведено 13 (24,1%), одноэтапная радикальная хирургическая операция выполнена 41 пациенту.

Всего ЧЧМХС в хирургическом лечении больных с ОГХ произвели 18 (21,7%) больным основной исследуемой группы. Дренирование желчного пузыря под контролем УЗИ проводили через участок паренхимы печени с целью герметизации канала и профилактики подтекания желчи в брюшную полость.

Дренирование во всех случаях проводили «зонтичным» стилет – катетером с «корзинкой» на конце, диаметром катетера 4F и 9F.

После выполнения микрохолецистостомии содержимое желчного пузыря полностью эвакуировали, полость его промывали физиологическим раствором до чистого отделяемого и дренаж удлиняли. Отделяемое по дренажу оценивали визуально и направляли на бактериологическое исследование. Полноту опорожнения полости желчного пузыря контролировали эхографически.

В основной исследуемой группе ЭПСТ выполнено всего 27 больных. При этом 15 пациентам без клиники деструктивного холецистита первым этапом произведено ЭПСТ и НБД. 12 пациентам с превалированием клиники острого деструктивного холецистита данное вмешательство произведено после ЧЧМХС. Вместе с тем следует отметить что у 9 больных попытки ЭПСТ и установки НБД были безуспешны, а в одном случае у пациентки развился острый панкреатит с летальным исходом.

Таким образом, 2-х этапное хирургическое лечение проведено 33 больным основной группы, что составило 39,7%. Этим больным после предварительной миниинвазивной декомпрессии желчных путей вторым этапом на 7-12 сутки произведено ХЭ, причем 22 –ЛХЭ, 11 – МЛХЭ и из них у 6 МЛХЭ дополнено холедохолитотомией.

50 (60,3%) больным основной исследуемой группы радикальная операция – ХЭ и холедохолитотомия произведено как из широкого лапаротомного доступа у 17 больных при сочетании ОГХ с острым деструктивным холециститом и перитонитом, так и из минилапаротомного доступа у 33 больных. Таким образом, ЛХЭ проведено 22 (26,5%) больным, ХЭ из минидоступа 44 (53%), ХЭ из широкого лапаротомного доступа 17 (20,5%).

Все хирургические вмешательства в основной группе больных завершены дренированием холедоха, из них у 56 (67,5%)- наружное дренирование, у 27 (32,5%)- НБД при эндоскопическом трансдуоденальном вмешательстве.

Результаты и их обсуждение. Сравнительный анализ результатов лечения в группах сравнения показал значительное снижение летальности в основной исследуемой группе больных. Наиболее грозными осложнениями в контрольной исследуемой группе больных были холангиогенные абсцессы печени и билиарный сепсис, что явилось причиной летальных исходов у 4 больных. Продолжающийся перитонит еще в 1 наблюдении также привело к неблагоприятному исходу. Всего в группе сравнения умерло 5 из 61 оперированных больных, летальность составило 8%.

При этом, в основной группе умерло 2 из оперированных 83 больных, летальность составило 2,4%. Причиной неблагоприятного исхода явились острый панкреатит как осложнение трансдуоденального эндоскопического вмешательства у 1 пациентки и продолжающийся перитонит в 1 наблюдении.

Различные холемические и гнойно-септические осложнения наблюдались у 15 больных группы сравнения, что составило 24,6%. При этом у 2 (3,2%) образовались биломы в подпеченочной области, которые дренированы реканализацией контраптертур. У 5 (11,4%) больных наблюдалось желчеистечение из дренажных трубок установленных в подпеченочном пространстве, 5 (8,2%) пациентам проведены повторные операции по вскрытию и дренированию подпеченочных или поддиафрагмальных абсцессов. Также, 2 (3,2%) пациентки повторно оперированы по поводу холемического внутрибрюшного кровотечения. У 12 (19,6%) больных наблюдалось нагноение послеоперационной раны.

В основной исследуемой группе послеоперационные осложнения развились у 10 больных, что составило 12%. При этом, биломы подпеченочной области сформировались у 3 (3,6%) пациентов, которые успешно санированы пункциями

под контролем УЗИ. У 2 (2,4%) пациентов наблюдалось холемическое кровотечение из печени с области чрезпеченочной пункции желчного пузыря. Наружное желчеистечение наблюдалось у 2 пациентов, при релапароскопии в 1 случае выявлено несостоятельность культи пузырного протока которая повторно клипирована, еще в 1 наблюдении произведена коагуляция ложа желчного пузыря как источника желчеистечения в брюшной полости. Дуоденальное кровотечение отмечено у 1 больной после ЭПСТ, кровотечение остановлено. У 1 больного сформировался поддиафрагмальный абсцесс санированный повторными пункциями под контролем УЗИ. У 3 больных наблюдалось нагноение послеоперационной раны.

Таким образом, оптимизация тактико – технических аспектов комплексного хирургического лечения острого холецистита и холедохолитиаза осложненного ОГХ с применением миниинвазивных декомпрессивных вмешательств способствовало раннему купированию холангита, предупреждению образования абсцессов печени и развитию билиарного сепсиса. Достигнуто уменьшение гнойно – септических осложнений с 24% до 12%, летальности с 8% до 3%.

Выводы:

1. Факторный анализ при остром холецистите и холедохолитиазе осложненном гнойным холангитом показал, что основной причиной летальности являются холангиогенные абсцессы печени и билиарный сепсис. Наибольший процент летальных исходов (14,8%) и гнойно – септических осложнений (44,4%) наблюдались после экстренных операций при сочетании острого гнойного холангита с острым деструктивным холециститом и перитонитом.

2. Этапное хирургическое лечение с учетом степени тяжести острого гнойного холангита и применением предварительных декомпрессивных вмешательств на желчевыводящих протоках позволило купировать явления холестаза и гнойной интоксикации, улучшить результаты радикальных операций.

3. Оптимизация комплексного хирургического лечения больных острым холециститом и холедохолитиазом осложненным острым гнойным холангитом способствовало улучшению результатов лечения за счет раннего купирования холангита, предупреждения образования абсцессов печени и развития билиарного сепсиса. При этом достигнуто уменьшение послеоперационных гнойно – септических и холемических осложнений с 24% до 12%, летальности с 8% до 3%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Abdurakhmanovich A. A., Furkatovich A. R. Methods of early surgical treatment of Burns //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 6. – С. 528-532.
2. Akhmedov R. F. et al. Diagnostic significance of procalcitonin level in burn disease //Journals of Emergency Surgery. Janelidze II. – 2021. – №. S1. – С. 11-12.
3. Akhmedov R. F. et al. Our experience in the treatment of burn sepsis //Actual problems of thermal trauma. Emergency Surgery.-Saint-Petersburg. – 2021. – С. 10-11.
4. AKHMEDOV R. F. Modern Views On The Etiopathogenesis And Diagnosis Of Burn Sepsis (Literature Review) //International Journal of Pharmaceutical Research (09752366). – 2021. – Т. 13. – №. 1.
5. Nadirovich K. R., Jamshidovich N. H., Shukurullaevich A. D. ASPECTS OF SURGICAL CORRECTION OF INTRAOPERATIVE BILE DUCTS INJURIES //Journal of Survey in Fisheries Sciences. –2023. –Т. 10. –№. 2S. –С. 3921-3931.
6. Furqatovich A. R., Karabaevich K. K., Muxiddinovich T. F. OZONOTERAPIYANING KUYISH SEPSISI KECHISHIGA TA'SIRI //JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE. – 2022. – Т. 7. – №. 6.
7. Furqatovich A. R., Karabaevich K. K., Muxiddinovich T. F. BURN SEPSIS-A TERRIBLE COMPLICATION THERMAL INJURY //JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE. – 2022. – Т. 7. – №. 6.
8. Ахмедов Р. Ф. и др. Диагностическая ценность прокальцитонина как маркера ожогового сепсиса у детей //Детская хирургия. – 2020. – Т. 24. – №. S1. – С. 18-18.
9. Ахмедов Р. Ф. и др. Полиорганная недостаточность при ожоговом сепсисе //Роль больниц скорой помощи и научно исследовательских институтов в снижении предотвратимой смертности среди населения. – 2018. – С. 204-205.
10. Ахмедов Р. Ф. и др. Наш опыт лечения ожогового сепсиса //Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 10-11.
11. Ахмедов Р. Ф. и др. Диагностическая значимость уровня прокальцитонина при ожоговой болезни //Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 11-12.
12. Ахмедов Р. Ф. и др. Ожоговый сепсис: грозное осложнение термической травмы //Инновационные технологии лечение ожогов и ран: достижения и перспективы: Всерос. симп. с междунар. участием. – 2018. – С. 19-21.
13. Ахмедов Р. Ф., Карабаев Х. К. СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ЭТИОПАТОГЕНЕЗ И ДИАГНОСТИКИ ОЖОГОВОГО СЕПСИСА //Проблемы биологии и медицины. – 2020. – Т. 5. – С. 244-248.
14. Ахмедов Р. Ф., Карабаев Х. К. Прогнозирование сепсиса при ожоговой болезни //Актуальные вопросы современной науки и образования. – 2022. – С. 183-185.

15. Карабаев Х. К. и др. Результаты хирургического лечения ожогового сепсиса //Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 29-30.
16. Курбонов Н. А., Ахмедов Р. Ф. Modern approaches to the treatment of deep burning patients //Узбекский медицинский журнал. – 2022. – Т. 3. – №. 2.
17. Muhamadiev H. M. et al. A Retrospective Study Of The Clinical Significance Of Hemoconcentration As An Early Prognostic Marker For The Development Of Severe Acute Pancreatitis //The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. – 2020. – Т. 2. – №. 11. – С. 72-77.
18. Нарзуллаев С. И., Ахмедов Р. Ф. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ //Boffin Academy. – 2023. – Т. 1. – №. 1. – С. 314-325.
19. Нарзуллаев С. И., Ахмедов Р. Ф. ОПТИМИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 11. – С. 124-132.
20. Рузибоев С. и др. Методы и средства местного консервативного лечения обожженных //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2016. – №. 4 (91). – С. 186-192.
21. Хакимов Э. А. и др. Печеночная дисфункция у больных с ожоговым сепсисом //Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 66-67.
22. Хидиров Л. Ф. и др. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ СЕПСИСА У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ //Research Focus. – 2024. – Т. 3. – №. 3. – С. 169-172.
23. Шоназаров И. Ш., Ахмедов Р. Ф., Камолидинов С. А. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ //Достижения науки и образования. – 2021. – №. 8 (80). – С. 66-70.
24. Шоназаров И. Ш., Камолидинов С. А., Ахмедов Р. Ф. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ МЕТОДОМ //Вопросы науки и образования. – 2021. – №. 31 (156). – С. 69-78.