

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ОСТРОГО КАЛЬКУЛЁЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА,
ОСЛОЖНЁННОГО ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ**
Хайдаров Ф.Н.¹, Хамдамов Б.З.², Газиев К.У.³, Хамдамов И.Б.⁴

¹*Хайдаров Фаррух Нурутдинович – хирург, ординатор,
Бухарский филиал*

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи;

²*Хамдамов Бахтиёр Зарифович - доктор медицинских наук, доцент;*

³*Газиев Карим Умарович - кандидат медицинских наук, доцент;*

⁴*Хамдамов Илхом Бахтиёрович – ассистент,
кафедра факультетской и госпитальной хирургии, урологии,
Бухарский государственный медицинский институт,
г. Бухара, Республика Узбекистан*

***Аннотация:** обобщены результаты комплексного лечения 378 пациентов острым калькулёзным холециститом, осложнённым гнойным холангитом. Всем больным проведена предоперационная консервативная терапия, в случаях без эффективности выполнены операции, которые выделены в 3 группы. Больным первой группы с деструктивным холециститом, перитонитом выполнена экстренная холецистэктомия, холедохолитотомия, санирование и наружное дренирование гепатикохоледоха, во второй группе больным предварительно выполнена эндоскопическая папилосфинктеротомия с декомпрессией жёлчных путей назобилиарным дренированием. В третьей группе больных производили эндоскопическую декомпрессию и санацию жёлчных путей с последующим выполнением отсроченной лапароскопической или минилапаратомной холецистэктомии. При сравнительном изучении результатов хирургического лечения острого калькулёзного холецистита, осложнённого гнойным холангитом, наилучшие результаты получены в 3 группе больных.*

***Ключевые слова:** холецистит, холангит, папилосфинктеротомия, назобилиарное дренирование.*

Актуальность. По данным литературы гнойные холангиты и механическая желтуха развиваются в 23-25% случаев, вследствие острого калькулёзного холецистита или же холедохолитиаза [1, 2, 5, 9, 11, 13]. Результаты хирургического лечения острого холецистита, осложнённого гнойным холангитом, остаются неутешительными, а некоторые вопросы диагностики, лечебной-тактики, характера и объёма оперативных вмешательств не вполне выяснены [3, 6, 10, 12, 15]. В клинической практике нет единого мнения о продолжительности консервативной терапии при гнойном холангите, а также об оптимальных сроках

оперативных вмешательств [4, 8, 10, 14]. Вместе с тем послеоперационная летальность при данном заболевании составляет от 13 до 60% [7, 11, 16].

Цель исследования: Улучшение результатов хирургического лечения острого калькулёзного холецистита, осложнённого гнойным холангитом.

Материал и методы. В клинике Бухарского филиала РНЦЭМП с 2016 по 2021 годы прооперировано 378 больных калькулёзным холециститом, 198 из них - по поводу острого калькулёзного холецистита, холедохолитиаза осложнённого гнойным холангитом (ГХ). Пациенты старше 60 лет составили 138 (70%), женщин было 107 (78%), мужчин- 31 (22%).

Холедохолитиаз выявлен у 89%, стеноз терминального отдела – у 80%, инфильтрат гепато-дуоденальной связки, перихоледохеальный лимфаденит- у 34%, индуративный панкреатит-у 15%, стеноз большого дуоденального сосочка (БДС)- у 10% пациентов. Основным фактором нарушения пассажа желчи и развития гнойного холангита являлся холедохолитиаз.

Наличие явлений гнойного холангита в сочетании с деструктивным холециститом было выявлено в 73 (37%) случаев. Флегмонозный холецистит подтвержден у 41 (56%), эмпиема желчного пузыря – у 20 (28%), гангренозный холецистит – у 8 (10%), гангренозный перфоративный у 4 (6%) пациентов. Явления деструкции, осложнённые перитонитом, наблюдалось у 9% пациентов.

Клиническая картина заболевания была достаточно типичной и почти всегда укладывалась в гепатохоледохеальный синдром, то есть в триаду: боли, желтушное окрашивание склер и кожных покровов, озноб. При поступлении больных в стационар наряду с оценкой общего состояния диагностическим исследованием проводили комплексное лечение, включающее: антибактериальные препараты, спазмолитики, анальгетики, дезинтоксикационные и другие средства, направленные на профилактику острой печёночной недостаточности. С этой целью назначали внутривенные инфузии 10% раствора глюкозы, реосорбилакта и сорбилакта, эуфиллина, кокорбаксилазы, витаминов группы В, С, АТФ, глутаминовую и фолиевую кислоту, сердечные средства и другие препараты. Консервативные мероприятия проводили в течении 24-72 часов. При неэффективности интенсивных консервативных мероприятий это время расценивали как предоперационную подготовку. Эффективной консервативную терапию считали при купировании болевого синдрома, острых воспалительных явлений и субъективно улучшении общего состояния больных.

Анализ клинических и биохимических показателей свидетельствовал о снижении уровня билирубина крови, СОЭ, нормализации лейкоцитарной формулы крови, хотя при этом показатели активности трансаминаз,

алдолазы оставались повышенными. Эти больные были оперированы в более поздние сроки, то есть в стадии затихания процесса.

Зачастую выявление отличий в клиническом течении острого калькулёзного холецистита и ГХ не представлялось возможным, поэтому в диагностике важную роль играли высокоинформативные инструментальные методы исследования: эхография и эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ). Как известно, для установления точной причины и уровня нарушения проходимости желчных путей, применение ЭРПХГ является наиболее приемлемым методом исследования, которое было произведено нами у 178 пациентов с признаками острого холангита в день поступления и по истечению 3 х суток с момента госпитализации. Комплексное исследование с помощью ультразвуковой доплерографии и ЭРПХГ позволили выявить причину обструкции желчевыводящих путей до оперативного вмешательства в 98,5% случаев.

Результаты и их обсуждение: Ретроградная панкреатохолангиография в сочетании с папилосфинктеротомией обязательным назобилиарным дренированием (НБД) продолжительностью от 7 до 14 дней, что зависело от тяжести протекания гнойного холангита. Назобилиарное дренирование произведено 106 (60%) пациентам. ЭПСТ произведена у 170 (96%) пациентов. Заранее проведенное НБД выполнением дозированной этапной папилосфинктеротомии с лаважем желчных протоков дали возможность исключить возникновение тяжелых осложнений.

При микробиологическом исследовании желчи жёлчного пузыря и холедоха анаэробные микробы высеяны в 6,2% случаев, аэробные микробы в 93,8% случаев. В составе анаэробов преобладали наличие бактероидов и фузобактерии, а среди аэробов чаще высеивались *E.Coli* и *Proteus*. В 30% случаев высеивались микробы в ассоциации.

Сравнительный анализ микробиологического состава желчного пузыря и холедоха показало, наличие идентичной микробной флоры. Выполнение хирургического и эндоскопических вмешательств были направлены на удаление жёлчного пузыря как основного источника инфекции. Далее производилось коррекция причин холангита с декомпрессией и проведением санаций желчных протоков. Интенсивные дезинтоксикационные методы комплексного лечения проведены у 12% больных.

Отсутствие эффекта от консервативной терапии у больных с острым холециститом, осложнённым холангитом в течении 1-3 суток, повышение уровня билирубина, сохранение субфебрильной температуры, ознобов и приступов печёночной колики являлись показанием к оперативному лечению. Выполнение хирургической тактики комплексного лечения у пациентов основывалась на дифференцированном подходе.

I группу составили 28 (14%) пациентов с деструктивными формами холецистита, которые были оперированы в экстренном порядке. Объём операции составлял холецистэктомия, холедохолитотомию, санацию и наружное дренирование желчных путей. 91 (46%) пациентам составляющие II группу были предварительно произведены такие методы эндоскопической декомпрессии как ЭПСТ и НБД. Последние служили показанием во всех случаях острого гнойного холангита, что позволила значительно уменьшить тяжесть эндотоксикоза.

Произведенные способы эндоскопических декомпрессий не всегда способствовали полному устранению причин холангита, в связи с чем наблюдалось прогрессирование деструктивных изменений в желчном пузыре. Вышеуказанное послужило показанием для проведения традиционной холецистэктомии как в срочном, так и экстренно отсроченном порядке.

79 (40%) больным составляющие III группу, первым этапом производили эндоскопическую декомпрессию и санацию желчных путей, полностью ликвидировали нарушение желчеоттока и холангита, вторым этапом выполняли отсроченную лапароскопическую или минилапаротомную холецистэктомия.

С целью выбора оптимальной тактики комплексного лечения и определения сроков оперативного вмешательства у обследованных больных в зависимости от тяжести эндотоксикоза выделены 3 степени интоксикации. При динамическом изучении показателей эндотоксикоза установлена их более ранняя нормализация у 3 больных на 5-7 -е сутки и 3 на 3- 4-е сутки, что соответствовало оптимальным срокам операции.

Наиболее высокие проценты выявленных осложнений имелось у 13 (46%) пациентов I группы обследованных, по сравнению с пациентами II группы у 33 (36,2%). В III группе не было отмечено серьезных послеоперационных осложнений.

Выводы. При деструктивных формах холецистита осложнённых перитонитом наиболее оптимальным является после кратковременной предоперационной подготовки выполнение в экстренном порядке холецистэктомии, санирование и наружное дренирование внепечёночных жёлчных путей. Эндоскопические методы (ЭПСТ и НБД) позволяют устранить причину холангита, что в последующем технически облегчить выполнение холецистэктомии.

Дифференцированный подход при комплексном лечении острого калькулёзного холецистита, осложненным гнойным холангитом, с использованием этапного метода декомпрессии и санации желчных путей позволила значительно сократить число осложнений, улучшить результаты лечения пациентов.

Список литературы

1. *Абдуллоев Д.А., Курбонов К.М., Исоев А.О., Даминова Н.М.* Хирургическое лечение больных с осложненными формами желчнокаменной болезни // Вестник хирургии им. И.И. Грекова, 2007. Т. 166. № 2. С. 68-71.
2. *Ахмедов Р.М., Мирходжаев И.А., Хамдамов Б.З.* Морфоструктурные изменения печени при пожилого и старческого возраста // Материалы конференции. Журнал «Проблемы биологии и медицины», 2016. №3,1(90). С. 18.
3. *Давлатов С.С.* Дифференцированный подход к лечению больных острым холангитом, осложненным билиарным сепсисом // Вісник наукових досліджень, 2017. № 1. С. 72-76.
4. *Давлатов С.С., Анарбаев С.А., Алиева С.З.* Холецистэктомия из минидоступа в лечении пациентов с острым деструктивным холециститом // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов, 2018. № 2. С. 68-71.
5. *Давлатов С.С., Жураева Ф.Ф., Юсупалиева К.Б.К.* Эффективность миниинвазивных методов хирургического лечения больных с острым деструктивным холециститом // Academy, 2017. № 7 (22).
6. *Курбаниязов З.Б. и др.* Оценка эффективности миниинвазивного метода лечения холецистита у больных пожилого и старческого возраста // Материалы научно-практической конференции с международным участием. Проблемы биологии и медицины, 2016. № 3. С. 1.
7. *Курбаниязов З.Б. и др.* Эффективность использования миниинвазивных методов хирургического лечения больных с острым деструктивным холециститом // Академический журнал Западной Сибири, 2013. Т. 9. № 4. С. 56-57.
8. *Рахманов К.Э. и др.* Причины и пути предупреждения ранних билиарных осложнений после холецистэктомии // Вестник науки и образования, 2020. № 10-4 (88). С. 93-97.
9. *Рахманов К.Э. и др.* Хирургическая тактика при калькулезном холецистите у больных пожилого и старческого возраста // Научные труды Московской медицинской академии имени ИМ Сеченова Москва, 2009. С. 74-75.
10. *Сулейманов С.Ф., Хамдамов Б.З., Шодиева М.С.* Сурункали панкреатит билан касалланган беморларда иммунокоррекцияловчи терапияни қўллаш // Биология ва тиббиёт муаммолари, 2019. № 2(109). С. 97-99.
11. *Хамдамов Б.З., Давлатов С.С.* Экстракорпоральная детоксикация в комплексном лечении эндотоксикоза при остром холангите // The XVII International Science Conference «Current trends in the development of science and practice», June 07–09, Haifa, Israel. 235 p. С. 104.

12. *Хамдамов Б.З., Хайдаров Ф.Н.* Дифференцированный подход в хирургическом лечении острого калькулёзного холецистита осложнённого гнойным холангитом // The XVII International Science Conference «Current trends in the development of science and practice», June 07–09, Haifa, Israel. 235 p. С. 100.
13. *Davlatov S.S. et al.* Plasmopheresis in the treatment of cholemic endotoxiosis // Academic Journal of Western Siberia, 2013. Т. 9. № 1. С. 30-31.
14. *Hikmatov J.S., Yo'ldoshev U.H.* Influence of intestinal microflora on the development of gallstone disease (literature review) // Science and education issues. С. 29.
15. *Saydullayev Z.Y. et al.* Evaluating the effectiveness of minimally invasive surgical treatment of patients with acute destructive cholecystitis // The First European Conference on Biology and Medical Sciences, 2014. С. 101-107.
16. *Shamsiyev A., Davlatov S.* A differentiated approach to the treatment of patients with acute cholangitis // International Journal of Medical and Health Research, 2017. С. 80-83.