

**МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ
ТЯЖЕЛОГО БИЛИАРНОГО СЕПСИСА¹**

*Санкт-Петербургский государственный университет,
медицинский факультет, sapientia83@mail.ru*

Введение. Современная медицина на сегодняшний день значительно расширила свои возможности в лечении заболеваний гепатобилиарной системы, обусловленных обструкцией желчевыводящих путей. Однако большое число осложнений и высокая летальность (при тяжелом билиарном сепсисе и септическом шоке составляют от 30 до 90%) заставляют искать новые подходы в лечении этих осложнений [1, 2, 5]. Применение малоинвазивных технологий (ЧЧХД, ЭПСТ, эндоскопическое стентирование и др.) при лечении холедолитиаза, стриктур гепатикохоледоха на различных уровнях и новообразований гепатобилиарной системы, как наиболее частых причин развития билиарной гипертензии, значительно снизили количество осложнений, таких как холангит, билиарный сепсис, тяжелый билиарный сепсис, септический шок [3,4]. Однако при уже развившихся осложнениях тактика применения малоинвазивных технологий еще нуждается в осмыслении.

Цель исследования. Сравнить результаты применения малоинвазивных технологий (ЧЧХД, ЭПСТ, эндоскопическое стентирование желчных протоков) в лечение больных с тяжелым билиарным сепсисом с результатами традиционных оперативных вмешательств у той же категории больных. На основании полученных данных выработать оптимальную хирургическую тактику для ведения больных с тяжелым билиарным сепсисом.

Материал и методы. Проведен анализ течения заболевания и оказания хирургической помощи у 76 пациентов с тяжелым билиарным сепсисом, госпитализированных в клинику по неотложным показаниям в период с 2009 по 2013 г. Тяжелый билиарный сепсис диагностирован на основании наличия инфекционного воспаления в желчных протоках, более двух признаков синдрома сис-

¹ Korolkov A. Yu., Lukichev R.I. Minimally invasive interventions in the treatment of severe biliary sepsis.

темного воспалительной реакции (SIRS) и органной дисфункции, оцененной по шкале SOFA [5].

Согласно вышеуказанным критериям все больные были разделены на две группы. В первую группу входили пациенты, лечение которых осуществлялось с применением малоинвазивных технологий, в ее состав вошли 49 пациентов. Во вторую группу были выделены 27 пациентов, оперированных традиционными открытыми способами.

Анализ больных проводился как ретроспективно на основании медицинской документации, так и проспективно, оценивались клинические данные, характер течения заболевания и результаты применяемых хирургических методик для лечения больных с тяжелым билиарным сепсисом, госпитализированных в клинику в период проведения данного исследования.

Результаты исследования.

1. Обе группы были однородны по возрастным и половым признакам. Средний возраст больных первой группы составил - 71, второй группы - 69. В первой группе преобладали больные женского пола – 3:1, во второй группе отмечалась та же тенденция. Эмпирическая антибактериальная терапия больных в обеих группах не носила принципиальных различий. По тяжести состояния обе группы имели соизмеримые показатели. Среднее значение органной дисфункции, оцененной по шкале SOFA в первой группе составило – 6 баллов, во второй – 6 баллов.

2. Уровень летальности больных, в алгоритме лечения которых применялись малоинвазивные методики, составил – 35,3% (17 пациентов). Летальность больных с тяжелым билиарным сепсисом, оперированных традиционными методами, составила – 58,8% (16 больных). Достоверность различий $P < 0,001$.

3. Продолжительность госпитализации больных первой группы составила 21 койко-дней, из которых в отделении и реанимации – 8. В свою очередь продолжительность нахождения в стационаре пациентов второй группы составила 29 койко-дней, из которых в отделении реанимации - 10.

Выводы:

1. Обе исследуемые группы однородны по возрасту, половому составу и степени тяжести. В обеих группах применялись одинаковые схемы эмпирической антибактериальной терапии. Таким образом, обе группы принадлежат одной генеральной совокупности и единственным критерием их деления являются применяемые методы хирургического лечения.

2. Летальность в первой исследуемой группе на 23,5% ниже, чем во второй.
3. Частота осложнений в первой группе составила 4,9% (у 2 пациентов) и 9,7% (3 больных) во второй группе.
4. Выбор применяемой хирургической тактики у больных данной категории предопределяется частотой развития осложнений и уровнем летальности. Предпочтение следует отдавать малоинвазивным методикам.

Литература:

1. Багненко С.Ф., Шляпников С.А., Корольков А.Ю. Современные подходы к этиологии, патогенезу и лечению холангита и билиарного сепсиса // Бюллетень сибирской медицины. 2007. № 3.
2. Борисов А.Е., Кащенко В.А., Кубачев К.Г. и др. Пути оптимизации стандартов лечения острого холецистита // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2012. – Т. 171., № 6. С. 080-085.
3. Гребенюк В.В. Способ выбора метода хирургического лечения больных с билиарным сепсисом в зависимости от травматичности лечебно-диагностических мероприятий и степени тяжести состояния больных: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Благовещенск, 2011.
4. Каримов Ш. И., Ким В. Л., Боровская С. П., Юсметов Ш. А. Малоинвазивные вмешательства в лечении холедохолитиаза // Анналы хирург. гепатол. 2000. Т. 5. № 2.
5. Гельфанд Б.Р., Руднов Д.Н., Проценко Е.Б. и др. Сепсис в начале XXI века: определение, диагностические концепции, патогенез и интенсивная терапия. Методические рекомендации. Калуга, 2004.

Ключевые слова: холедохолитиаз, билиарный сепсис, малоинвазивные технологии.

Key words: choledocholithiasis, biliary sepsis, mini-invasive technologies.