

Ситников В.А., Стяжкина С.Н., Белоусов А.Н.,
Коробейников В.И., Кузнецов И. С., Варганов М. В.,
Злобин Д. П., Сумин К. Н.

**ДЕТОКСИКАЦИОННАЯ И
ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА**

*ГОУ ВПО Ижевская государственная медицинская
академия, г. Ижевск*

Гнойный холангит является одним из наиболее тяжелых гнойно-септических осложнений предоперационного и послеоперационного периода в гепатобилиарной хирургии. Развитие гнойного холангита на фоне механической желтухи всегда опасно генерализацией инфекции в виде холангиогепатита, множественных абсцессов печени, пилефлебита, сепсиса, септического шока. Тяжесть состояния этих больных усугубляется нарастающей холемической интоксикацией, острой печеночной и иммунологической недостаточностью.

Цель исследования изучить особенности антибактериальной, детоксикационной и иммунокорректирующей терапии, применяемой в клинике в комплексном лечении гнойного холангита.

Материалы и методы. В течение 20 лет на лечение в клинику находилось 608 больных с механической желтухой из них 231 - с гнойным холангитом. В хирургическую клинику 1 республиканской клинической больницы, поступают наиболее сложные и тяжелые больные из районов республики после продолжительного лечения. Длительность холестаза у 55%

больных превышала 1 месяц. Лечебно-диагностический комплекс, проводимый в клинике с первого дня, включал в себя УЗИ, компьютерную томографию, лапароскопию с лапароскопической холецистостомией, фибродуоденоскопию РПХГ vi по возможности с эндоскопической папиллотомией и декомпрессией холедоха. Методы щадящей декомпрессии желчных путей проводили на фоне интенсивной инфузионной, противовоспалительной, детоксикационной и иммунокорректирующей терапии. Радикальные операции устранения холестаза проводили вторым этапом при улучшении состояния больных. У большинства больных значительное снижение показателей клеточного и гуморального иммунитета по данным иммунограмм указывало на выраженные проявления иммунологической недостаточности. Антисептическую терапию проводили под динамическим контролем бактериологических посевов крови, желчи, гнойных ран. В бакпосевах желчи у 50% больных обнаружена флора госпитальной хирургической инфекции (золотистый стафилококк, кишечная палочка, палочка синезеленого гноя, протей и их ассоциации). У 30% больных высеяна антибиотикоустойчивая бакфлора. Антибактериальная терапия включала в себя направленную антибиотикотерапию, а также антисептики (диоксидин, метронидазол, метрагил). Применяли внутримышечный, внутривенный, лимфотропный и трансумбиликальный пути введения антибиотиков. С антисептичеокой, детоксикационной иммунокорректирующей целью применяли разработанный нами комплекс активной хирургической иммунокоррекции и детоксикации. Последний включал в себя последовательное применение следующих лечебных мероприятий, начиная с первого дня поступления больных с гнойным холангитом: ультрафиолетовое или лазерное облучение крови, электрохимическое окисление крови с внутривенным введением гипохлорита натрия (концентрация 300 мг\л), дискретный плазмаферез, внутривенное введение спленоида (курсом от 3 до 6 введений), озонотерапия.

Заключение. Хирургическая тактика ранних щадящих декомпрессий желчных путей, проводимая на фоне методов активной хирургической иммунокоррекции и детоксикации направленной антибиотикотерапии, позволила улучшить результаты лечения больных с гнойным холангитом и снизить летальность на 15,5%.