

УДК 616.36-008.64

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ НЕОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ

М.Д.Кашаева

Институт медицинского образования НовГУ, kashaevamrd@mail.ru

Проведено наблюдение и лечение 361 пациента с механической желтухой неопухолевого этиологии, из них 138 (38,2%) — с острым гнойным холангитом. Больные разделены на три группы: 38 больным проводилась стандартная кратковременная предоперационная терапия, 28 пациентам выполнялась блокада круглой связки печени, лимфотропное введение антибиотиков, комплексная консервативная инфузионная, антибактериальная терапия, 72 применяли различные методы миниинвазивной билиарной декомпрессии и санации, лимфодренирование и сочетанные вмешательства с последующими внутрибрюшными, в основном лапароскопическими, операциями на желчных путях и печени. Выявлено, что при гнойном холангите на фоне механической желтухи развиваются глубокие нарушения гомеостаза, повышается литогенность желчи. Лучшие результаты лечения получены при сочетании применения лимфодренирования и миниинвазивных методов декомпрессии, лимфотропной трансумбиликальной антибиотикотерапии.

Ключевые слова: *механическая желтуха, гнойный холангит, методы лечения*

The supervision and treatment of 361 patients with obstructive jaundice of nonneoplastic etiology, 138 (38,2%) of which have acute purulent cholangitis, are performed. The patients are divided into three groups: standard short-term preoperative therapy was conducted in 38 patients; 28 patients had blocking of round ligament of liver, lymphotropic antibiotics administration, complex conservative fluid therapy and antibacterial therapy; 72 patients had various minimal invasion biliary decompression and sanitation, lymphatic drainage and combined interventions with subsequent intra-abdominal biliary tracts and liver operations — laparoscopy mainly. It is found that in cases of purulent cholangitis with underlying obstructive jaundice some homeostasis profound disorders occur and lithogenicity of bile increases. The best results of treatment are obtained at combined application of lymphatic drainage and minimal invasion decompression methods and lymphotropic transumbilical antibiotic treatment.

Keywords: *obstructive jaundice, purulent cholangitis, treatment modes*

Введение

В настоящее время, несмотря на достижения современной хирургии билиарного тракта, вопросы хирургического и антибактериального лечения острого гнойного холангита остаются не вполне ясными, что требует дальнейшего изучения этой проблемы [1]. Количество больных с гнойно-воспалительными процессами не имеет тенденции к снижению. В последние же годы число их, как и число оперативных вмешательств, предпринимаемых по поводу этой патологии, увеличивается. Выявляется тенденция к учащению случаев холангита с тяжелым клиническим течением, септическими проявлениями, неблагоприятным прогнозом [2-4]. Послеоперационная летальность при гнойном холангите продолжает оставаться высокой и составляет от 16 до 60% [5,6].

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находился 361 больной с механической желтухой неопухолевой этиологии, у 138 (38,2%) из них течение заболевания осложнилось острым гнойным холангитом. Тяжесть состояния больных определялась длительностью холестаза и наличием гнойной интоксикации желчных путей.

По длительности механической желтухи они распределились на холестазы до 10 дней — 29 больных, до 14 дней — 65, до 3-6 недель — 44.

Все 138 пациентов разделены на 3 группы: контрольная — 38 больных, которым проводилась стандартная кратковременная предоперационная терапия, включающая внутривенное и внутримышечное введение антибиотиков, — и две основные группы. В 1-й группе 28 пациентам наряду с антибиотикотерапией выполнялась блокада круглой связки печени с одновременным лимфотропным введением антибиотиков и комплексная консервативная инфузионная терапия за 3-6 дней до операции, включающая дезагрегантную, гемокомпонентную, белковозаместительную, антиоксидантную, мембранотропную, иммунокорректирующую, гепатотропную, детоксикационную, витаминотерапию, назначались полиэлектролитные растворы, поляризующие глюкозо-инсулино-калиевые смеси. Мембранотропная терапия состояла из α -токоферола ацетата (200-300 мг внутримышечно), эссенциале (10,0 мл на 200 мл 0,5%-го раствора глюкозы внутривенно), свежзамороженной плазмы (200-300 мл через день-два). Назначали аскорбиновую кислоту (по 10,0 мл 5%-го раствора 2-3 раза внутривенно). Для коррекции цитопении применялась гемокомпонентная терапия, отмытые свежие эритроциты или эритроцитарная масса. Средняя доза вводимых средств составляла 150-300 мл/сут. Для восполнения лейкоцитов применяли лейкоцитарную взвесь в аналогичных дозах. Дефицит тромбоцитов корректировался внутривенными вливаниями тромбоцитарной массы. Гепатотропная терапия проводилась препаратами эссенциале (6 капсул/сут) и гепалиф (3 капсулы/сут). Дезинтоксикационная терапия включала инфузии альбумина, криоплазмы, солевых растворов, проведение форсированного диуреза. Для дезагрегат-

ной терапии использовали курантил (0,15 г/сут), трентал (0,5 г/сут), реополиглюкин внутривенно капельно (400 мл/сут) курсами по 3-4 дня. Коррекция иммунологических нарушений осуществлялась помимо криоплазмы, лейкоцитарной, внутривенными вливаниями гипериммунной плазмы, гамма-глобулина. Наряду с этим прерывистыми курсами назначался левамизол (15 мг/сут). Витаминотерапия проводилась помимо витамина С, витаминами А, группы В, по показаниям (гипопротромбинемия) назначали викасол внутримышечно. В обеих группах (контрольной и 1 основной) выполнялась экстренная лапаротомная холецистэктомия (ХЭ) с наружным дренированием холедоха, у трети — с холедохолитотомией.

Во 2-й основной группе 72 больным наряду с комплексной консервативной терапией и антибиотикотерапией проводились различные методы миниинвазивной билиарной декомпрессии и санации, лимфодренирование и сочетанные вмешательства с последующими внутрибрюшными, в основном лапароскопическими, операциями на желчных путях и печени. Санация желчных путей осуществлялась путем промывания антисептиками, более чем у половины проводилась дополнительная санация озоном по И.Л.Меньшиковой [7]. Методика заключалась в следующем: во время ЭФГДС, предпринятой с диагностической либо лечебной целью, производилась катетеризация общего желчного протока через БДС. После измерения внутрипротокового давления и декомпрессии билиарного тракта путем эвакуации желчи через катетер, дистальный (наружный) конец последнего подсоединяли посредством тройника к шлангу аппарата «Озонатор» и шприцу. Затем медленно, в течение 5 минут, вводили в общий желчный проток с помощью шприца расчетный объем озono-воздушной смеси, в среднем 20 см³. При оставлении в желчных путях назобилиарного дренажа осуществляли озонирование через него. Курс эндоскопической озонотерапии состоял из 1-3 сеансов. Для исключения развития гипертензии в желчных путях и опасности просачивания желчи после холедохотомии, требуемый объем озона вводили только после эвакуации желчи, дробно, с интервалом в 2-3 минуты и порционно в 2-3 приема с последующей декомпрессией желчных путей. Во время проведения сеанса выполнялись другие этапы операции. В течение послеоперационного периода озонирование осуществлялось через наружные дренажи желчных путей путем инсуффляции озono-воздушной смеси в дистальный конец. Техника озонотерапии при этом была аналогичной вышеописанной. Курс лечения состоял в проведении 3-5 сеансов терапии, по одному сеансу ежедневно.

Результаты и их обсуждение

Клинические проявления были достаточно разнообразны и обусловлены холестазом и эндотоксикозом, у всех при поступлении отмечалась желтушность склер и кожи. Характерны были боль в эпигастриальной области и/или в правом подреберье (98,3%), обесцвеченный кал (97%). Печень выступала из-под реберной дуги от 2-4 до 10-12 см, плотноэластической консистенции, болезненная (91,2%), отме-

чалась гектическая температура, лихорадка выявлялись у 60,8% больных.

Уровень азотемии и билирубинемии соответствовал длительности холестаза, особенно высокими эти показатели были у больных с 3-6-недельной желтухой. Трансаминазы (АЛТ) у этих больных были в пределах 4-5 норм, щелочная фосфатаза повышалась

в 4-5 раз. Во все сроки была выражена диспротеинемия. При 2-недельной желтухе общий белок был ниже 60 г/л у трех пациентов, при 3-6-недельной — у 36,5% (табл.1)

Гиперхолестеринемия была особенно выражена при желтухе длительностью 3-6 недель в плазме и во все сроки — в желчи (табл.2), то же и с фосфоли-

Таблица 1

Некоторые гомеостатические показатели при гнойном холангите в зависимости от длительности механической желтухи ($M \pm m$, $M \div M$)

Показатели		Длительность холестаза			Норма	
		10 дней	2 недели	3-6 нед.		
Белки крови	Общий (г/л)	65,6	66,1	63,3	62-88	
		0,3	0,9	0,9		
	Альбумины	%	43,0	43,0	42,0	55-62
		г/л	0,4	0,9	0,8	
		38-55	38-48	33-52	33-52	
		28,2	28,4	27,1		
		0,2	0,6	0,5		
		25,3-36,1	25,1-31,7	20,9-32,9		
Остаточный азот		24,3	26,0	26,6	14-20	
		0,3	0,3	0,3		
		20-26	21-31	22-36		
Билирубин мкмоль/л	Общий	87,9	101,0	264,2	8,55-20,5	
		5,4	1,8	9,8		
	Прямой	34,5-180	50-210	82-500	2,2-5,1	
		70,5	88,5	126,5		
		5,0	3,2	10,6		
		39-144	28-175	37,8-282,5		
Ферменты	Трансаминазы мкмоль/л	АЛТ	0,78	0,98	3,02	0,10-0,68
			0,08	0,06	0,02	
		0,30-0,90	0,40-1,80	0,96-3,66	0,10-0,45	
	АСТ	0,42	0,72	0,78		
		0,02	0,05	0,03	10-60	
Щелочная фосфатаза (ед)		0,14-0,50	0,22-1,80	0,20-0,94		
		137,4	197,8	264,4		
		3,8	12,2	12,8		
		90-190	98-280	101-370		

Таблица 2

Физико-химические свойства крови и желчи у больных острым гнойным холангитом ($M \pm m$)

Показатели	Плазма крови			Норма в плазме	Желчь	Норма по Х.Х.Мансурову
	10 дней	2 нед.	3-6 нед.			
Холестерин ммоль/л	4,82	6,86	8,40	3,1-6,5	2,08	1,40
	0,06	0,12	0,19		0,06	0,10
Фосфолипиды (лецитин) ммоль/л	1,78	2,22	4,07	1,1-2,0	1,80	2,3
	0,04	0,04	0,11		0,03	0,2
Желчные кислоты ммоль/л	—	—	—	—	9,09	12,5
					0,29	1,2
pH	7,36	7,20	7,12	7,39-7,44	6,90	7,69
	0,02	0,02	0,02		0,03	
КДВ* (мПа•сек)	7,12	7,88	8,28	5,96	5,45	2,9-4,0
	0,12	0,12	0,11	0,20	0,20	
ПСХК	—	—	—	—	19,10	9,4
					0,32	
ХХК	—	—	—	—	4,37	8,9
					0,12	

*КДВ — кажущаяся динамическая вязкость

пидами в плазме. Вязкость (КДВ) крови была повышенной, особенно в последней группе (3-6 недель), рН склонялась в кислую сторону, т. е. развивался ацидоз. Все это свидетельствует об ухудшении агрегатного состояния крови (табл.2).

В желчи при повышенном содержании холестерина была снижена концентрация фосфолипидов и желчных кислот, что говорит о повышении литогенности желчи. Это подтверждается высокой потенциальной способностью холестерина к кристаллизации (ПСХК) и снижением холатохолестеринового коэффициента (ХХК), повышением вязкости желчи и смещением рН в кислую сторону (табл.2).

В контрольной группе послеоперационная летальность составила 31,6% (умерли 12 из 38). В первой основной — 10,7% (3 из 28). Причем при десятидневном холестазае в контрольной группе летальность составила 18,2%, в основной умерших не было, при 14-дневном — соответственно 35,7 и 20%, при 3-6 недельном — 38,4 и 16,7%. В целом в основной группе летальность была в 2,2 раза ниже, чем в контрольной.

Вторая основная группа разделена на 3 подгруппы. 1-я — 12 больных (16,7%), которые поступили с гепатocereбральной недостаточностью в печеночной коме, шести из них выполнено наружное дренирование грудного протока (НДГП), а затем, через 18–24 часа, эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с назобилиарным дренированием (НБДХ) — 3, лапароскопическая микрохолецистостомия (ЛХСТ) — 3. Шести другим сначала выполнили билиодекомпрессию (3 — ЭПСТ с НБДХ, 3 — ЛХСТ), а затем НДГП. Им проводилась и санация желчных путей. 40 больным (2 подгруппа) предприняты только билиодекомпрессионные вмешательства: 29 — чрескожное чреспеченочное дренирование желчных путей (ЧЧДЖП), 9 — ЭПСТ с НБДХ, 2 — ЛХСТ.

В 1-й подгруппе при НДГП с последующим ЭПСТ с НБДХ или ЛХСТ летальности не было. При выполнении сначала ЭПСТ или ЛХСТ, а затем НДГП умер 1 из 6 от явлений прогрессирующей гепаторенальной недостаточности. Летальность на всю первую подгруппу — 8,4% (умер 1 из 12).

Во 2-й подгруппе, где проводились только декомпрессия и санация желчных путей, умерли 6 из 40, или 15%. Из них после ЧЧДЖП — 4 из 29 (13,8%), 1 из 9 — с ЭПСТ и НБДХ (14,3%) и 1 из 2 — после ЛХСТ. Причиной смерти у всех пациентов являлась прогрессирующая печеночная недостаточность, у 3 — с явлениями гнойного ангиохолита, у 1 — септикопиемии.

У 20 больных (3 подгруппа) санация желчных путей осуществлялась путем ЭПСТ с НБДХ. Желчные пути вначале санировали антисептиками, а после их аспирации вводили 20-30 мл озона по И.Л.Меньшиковой. Одновременно проводили параумбиликально катетер, через который вводили 50-150 мл 0,25%-го раствора новокаина с антибиотиками и 1 мл лазикса в качестве новокаиновой блокады гепатобилиопанкреатодуоденальной зоны и лимфотропного введения антибиотиков (аминогликозиды) 1-2 раза в сутки по Н.И.Оразбекову. В результате чего острый гнойный холангит был купирован, но сохранялась печеночная субкомпенсация. Им как второй этап был

наложен лимфотропный анастомоз (ЛВА): 4 — после ЧЧДЖП, 16 — после ЭПСТ с НБДХ, что способствовало купированию гомеостатических нарушений и благоприятному исходу последующего хирургического лечения, которое заключалось в видеолaparоскопической ХЭ и экстраперитонеальной гепатофренопексии. Летальности в этой группе не было. Всего из 72 больных второй группы умерли 7, или 9,7%.

Заключение

Таким образом, при гнойном холангите на фоне механической желтухи развиваются глубокие нарушения гомеостаза, повышается литогенность желчи, что требует, помимо активной антибактериальной терапии, проведения дезагрегантной, мембранотропной и детоксикационной терапии.

Лучшие результаты лечения получены при сочетанном применении лимфодренирования и мининвазивных методов декомпрессии и санации желчных путей, особенно в сочетании с лимфотропной антибиотикотерапией.

1. Дибиров А.Д., Петухов В.А., Сон Д.А. и др. Морфофункциональные изменения органов гепатопанкреатобилиарной системы при экспериментальной диспротеинемии // Бюллетень экспериментальной патологии и медицины. 2000. №7. С.45-51.
2. Бугров В.Ю., Андреев Г.Н. Нарушения гомеостаза и их коррекция при экспериментальной окклюзии желчных путей. // Достижения и проблемы современной клинической и экспериментальной хирургии. Мат. конф. хирургов России. Тверь, 2004. С.303-304.
3. Загидов М.З., Османов А.О., Джабер Т.А. Роль внутривенного дренирования грудного протока в профилактике прогрессирования цирроза печени и портальной гипертензии // VIII Международный конгресс хирургов гепатологов стран СНГ. Анналы хирургической гепатологии. 2000. Т.5. №2. С.226.
4. Кирковский В.В., Третьяк С.И., Синило С.Б. и др. Дренирование грудного протока у больных с тяжелой печеночной недостаточностью, осложненной синдромом портальной гипертензии // Там же. С.235.
5. Нагорный В.А., Седов А.П., Парфенов И.П. Морфофункциональное состояние печени после устранения внепеченочного холестаза // Актуальные проблемы современной хирургии. СПб., 2000. С.103-105.
6. Черняховская Н.Е., Ярема И.В., Кулиш В.А. Комбинированное лечение больных с острым холециститом, осложненным холедохолитиазом и механической желтухой // Вестник хирургии. 2001. №3. С.90-92.
7. Чикотеев С.П., Плеханов А.Н., Корнилов Н.Г. Современные взгляды на регенерацию печени // Хирургия. 2001. №6. С.59-62.
8. Алиев М.А., Андреев Г.Н., Ташев И.А., Доскалиев Ж.А. Хирургическая коррекция хронических гепатитов и циррозов печени. В.Новгород, 2001. 140 с.
9. Борисов А.Е., Березникова Е.А. Комплексная диагностика и лечение холангита // Актуальные проблемы современной хирургии. СПб., 2000. С.16-19.

Bibliography (Transliterated)

1. Dibirov A.D., Petuhov V.A., Son D.A. i dr. Morfofunkcional'nye izmeneniya organov gepatopankreatobiliarnoj sistemy pri jeksperimental'noj disproteinemii // Bjulleten' jeksperimental'noj patologii i mediciny. 2000. №7. S.45-51.
2. Bugrov V.Ju., Andreev G.N. Narusheniya gomeostaza i ih korrekciya pri jeksperimental'noj okkljuzii zhelchnyh putej. // Dostizhenija i problemy sovremennoj klinicheskoj i jeksperimental'noj hirurgii. Mat. konf. hirurogov Rossii. Tver', 2004. S.303-304.

3. Zagidov M.Z., Osmanov A.O., Dzhaber T.A. Rol' vnutrivennogo drenirovanija grudnogo protoka v profilaktike progressirovanija cirroza pecheni i portal'noj gipertenzii // VIII Mezhdunarodnyj kongress hirurov gepatologov stran SNG. Annaly hirurgicheskoj gepatologii. 2000. T.5. №2. S.226.
4. Kirkovskij V.V., Tret'jak S.I., Sinilo S.B. i dr. Drenirovanie grudnogo protoka u bol'nyh s tjazhelej pechenochnoj nedostatochnost'ju, oslozhennoj sindromom portal'noj gipertenzii // Tam zhe. S.235.
5. Nagornyj V.A., Sedov A.P., Parfenov I.P. Morfofunkcional'noe sostojanie pecheni posle ustranjenja vnepechenochnogo holestaza // Aktual'nye problemy sovremennoj hirurgii. SPb., 2000. S.103-105.
6. Chernjahovskaja N.E., Jarema I.V., Kulish V.A. Kombinirovannoe lechenie bol'nyh s ostrym holecistitom, oslozhenным holedoholitiазom i mehanicheskoj zheltuhoj // Vestnik hirurgii. 2001. №3. S.90-92.
7. Chikoteev S.P., Plehanov A.N., Kornilov N.G. Sovremennye vzgljady na regeneraciju pecheni // Hirurgija. 2001. №6. S.59-62.
8. Aliev M.A., Andreev G.N., Tashev I.A., Doskaliev Zh.A. Hirurgicheskaja korekcija hronicheskikh gepatitov i cirrozov pecheni. V.Novgorod, 2001. 140 s.
9. Borisov A.E., Bereznikova E.A. Kompleksnaja diagnostika i lechenie holangita // Aktual'nye problemy sovremennoj hirurgii. SPb., 2000. S.16-19.