
А.А.Н. АЛЬ-ФИДИ, З.А. ДУНДАРОВ**ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ
ХОЛАНГИОГЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ**

УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
Республика Беларусь

Изучены результаты лечения 97 больных острой холангиогенной инфекцией основной группы и 96 контрольной. Обе группы сопоставимы. По совокупности клинико-лабораторных критериев и исходов больные подразделены на три подгруппы: с благоприятным течением острой холангиогенной инфекции (53,9%), с острой гнойной холангиогенной инфекцией (28,5%) и с септическим течением острой холангиогенной инфекции (17,6%). Основой лечения считали максимально раннюю декомпрессию желчных протоков. Оперативные вмешательства у больных основной группы выполняли из минилапаротомного доступа с использованием специального набора инструментов фирмы «САН» (Россия). В контрольной группе операции, направленные на устранение причины обтурации и санацию желчных протоков, выполнялись из традиционного лапаротомного доступа. В случаях достоверного и радикального устранения причины билиарной гипертензии методом ЭПСТ холецистэктомия выполнялась лапароскопически в отсроченном периоде. Операции из минилапаротомного доступа у больных с острой холангиогенной инфекцией позволяют выполнить полный объем манипуляций на желчевыводящих протоках, полностью отвечают принципам малоинвазивности, адекватности и экономичности. У больных с благоприятным течением холангиогенной инфекции целесообразней выполнять одномоментное радикальное оперативное вмешательство из минилапаротомного доступа, что позволяет существенно снизить общее число осложнений и сократить сроки лечения. Оперативные вмешательства из минидоступа в силу своей малой травматичности гораздо легче переносятся больными и сопровождаются меньшим числом послеоперационных осложнений и летальности.

The results of 97 patients with acute cholangiogenic infection treatment from the basic group and 96 patients from the control group are studied. Both groups are comparable. On the basis of the clinical-laboratory criteria and outcomes, the patients are subdivided into three subgroups: with favorable course of acute cholangiogenic infections (53,9%), with acute suppurative cholangiogenic infection (28,5%) and with septic course of acute cholangiogenic infection (17,6%). Early decompression of the biliary ducts was considered to be the basis of treatment. Operative interventions in the patients of the basic group were carried out from the mini-laparotomy access using specialized tool-set (firm "SAN", Russia). In the control group, the operations, aimed to eliminate the obturation cause and the biliary ducts sanitation, were carried out from the traditional laparotomy access. In the cases of reliable and radical elimination of the biliary hypertension cause by EPST method, cholecystectomy was carried out by means of laparoscopy in the extended period. The operations from mini-laparotomy access in the patients with acute cholangiogenic infection allow performing the full range of manipulations on the biliary ducts and they correspond completely to the principles of insignificant invasiveness, adequacy and profitability. In the patients with favorable course of cholangiogenic infection it is more expedient to carry out one-stage radical surgical intervention from mini-laparotomy access, which will permit to cut down the total number of complications and terms of treatment considerably. Because of their insignificant traumatism, surgical interventions from mini-access are endured much easier by the patients and are accompanied by smaller number of post-operative complications and fatal outcomes.

Острый гнойный холангит (ОГХ) – спутник обтурации желчных протоков – в настоящее время приобрел статус самостоятельной проблемы, являясь наиболее тяжелым осложнением доброкачественных и злокачественных заболеваний желчных путей. В значительной степени такое положение обусловлено увеличением числа больных с осложненными формами желчнокаменной болезни и опухолями панкреатобилиарной зоны, склонностью ОГХ к генерализации с образованием множественных абсцессов печени, развитием билиарного сепсиса, полиорганной недостаточности [1]. Сочетание механической желтухи (МЖ) с ОГХ отмечается в 20-30% случаев [2]. Известно более 30 причин, которые могут обусловить нарушение оттока желчи. Оно бывает стационарным (стеноз), колеблющимся (подвижный камень) и прогрессирующим (опухоли) [3]. Консервативная терапия при сохраняющемся желчестазе неэффективна, а показатели послеоперационной летальности при ОГХ остаются высокими, достигая 15-60% [1]. Большое количество послеоперационных осложнений и высокую летальность объясняют тяжестью состояния больных при поступлении в хирургический стационар; большим числом больных пожилого и старческого возраста, отягощенных тяжелыми сопутствующими заболеваниями, которые значительно снижают компенсаторные возможности организма на высоте острого приступа; неэффективностью проводимого лечения [1,2]. В резолюции VII конференции Ассоциации хирургов гепатологов России и стран СНГ, посвященной проблемам холангита (Смоленск, 1999 г.), указано на необходимость широкого внедрения современных малотравматичных методов, позволяющих добиться значительного улучшения результатов диагностики и лечения больных с МЖ и ОГХ. Основными принципами лечения следует считать декомпрессию, ан-

тибактериальную терапию и лечение сопутствующих заболеваний. В связи с этим, в настоящее время в клиническую практику широко внедрены методы эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) для декомпрессии желчевыводящих путей с последующим оперативным вмешательством после стихания острых явлений. Вместе с тем, при такой патологии, как протяженная стриктура дистального отдела холедоха, множественный холедохолитиаз, сочетание ОХ с деструктивным холециститом, опухоли головки поджелудочной железы, ЭПСТ неэффективна. В ряде случаев анатомические особенности не позволяют выполнить эту манипуляцию. Кроме того, имеются и свои негативные стороны такого подхода. При применении двухэтапного метода лечения увеличивается количество послеоперационных осложнений [1,4]. Количество осложнений ЭПСТ колеблется от 2,6 до 16%, летальность – от 0,5 до 1,5% [1,3]. Интра- и послеоперационные осложнения при лапароскопической холецистэктомии составляют 1,4-3,1% [4]. При двухэтапном лечении происходит суммирование частоты этих осложнений. Казалось бы, этих недостатков лишен метод одномоментного лапароскопического устранения обтурации желчных протоков и их санации. Эндоскопические операции на внепеченочных желчных протоках являются достаточно сложными вмешательствами, требующими специальной дорогостоящей аппаратуры и навыков, выполняются лишь в еденичных клиниках [3,4]. В настоящее время исследовательской группой ВОЗ предложено рассматривать вопросы эффективности и качества медицинской помощи с учетом трех основных критериев: адекватности, экономичности и научно-технического уровня [5].

Целью нашего исследования явилось изучение возможностей улучшения результатов оперативного лечения больных ОГХ, выполняемых из минилапаротомного доступа.

Материалы и методы

Изучены результаты лечения 97 больных острой холангиогенной инфекцией, пролеченных в хирургических отделениях ГОКБ и ГОСКБ за период 2004-2006 гг. В качестве контрольной группы послужили 96 больных, прошедших лечение в период 1999-2003 гг. Сравниваемые группы были сопоставимы по возрасту, основному заболеванию и сопутствующей патологии. Средний возраст больных составил 65 ± 3 года. Диагностика проводилась на основании клинических и лабораторных данных и комплекса инструментальных методов исследования, которые включали: ультразвуковое исследование (УЗИ), фиброгастродуоденоскопию (ФГДС) и дуоденоскопию для осмотра большого дуоденального сосоч-

ка (БДС) и определения возможности выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). Проводили оценку степени эндогенной интоксикации по общепринятым клинико-лабораторным показателям [6]. Всем больным после госпитализации в хирургическое отделение назначалось комплексное лечение, включающее: спазмолитики, антибактериальные препараты, дезинтоксикационную терапию, лечение сопутствующей патологии. Основой лечения считали максимально раннюю декомпрессию желчных протоков. Оперативные вмешательства у больных основной группы выполняли из минилапаротомного доступа с использованием специального набора инструментов фирмы «САН» (Россия). В контрольной группе операции, направленные на устранение причины об-

Таблица 1

Виды выполненных операций

Вид операции	Основная группа	Контрольная группа
Одноэтапная из минидоступа: ОХЭ, ХЛТ, НД ОХЭ, ХДА	64 (66%) 12 (12,4%) 52 (53,6%)	-
Одноэтапная из традиционного доступа: ОХЭ, ХЛТ, НД ОХЭ, ХДА	1 (1,1%) - 1 (1,1%)	27 (28,1%) 10 (10,4%) 17 (17,7%)
Двухэтапная: ЭПСТ+ минилапаротомия ОХЭ, ИОХГ, НД ОХЭ, ХДА	29 (29,9%) 18 (18,6%) 11 (11,3%)	-
Двухэтапная: ЭПСТ + традиционная лапаротомия ОХЭ, ИОХГ, НД ОХЭ, ХДА	-	36 (37,5%) 24 (25%) 12 (12,5%)
Двухэтапная: ЭПСТ + ЛХЭ	-	28 (29,2%)
Всего оперировано	94 (97%)	91 (94,8%)

Примечание: ХЭ – холецистэктомия, ХЛТ – холедохолитотомия, НД – наружное дренирование, ХДА – холедоходуоденоанастомоз, ИОХГ – интраоперационная холангиография, ЛХЭ – лапароскопическая холецистэктомия.

турации и санацию желчных протоков, выполнялись из традиционного лапаротомного доступа. В случаях достоверного и радикального устранения причины билиарной гипертензии методом ЭПСТ холецистэктомия выполнялась лапароскопически в отсроченном периоде. Характер выполненных операций представлен в таблице 1.

Результаты и обсуждение

При ретроспективном изучении 96 историй болезни пациентов контрольной группы по совокупности клинико-лабораторных критериев и исходов было выделено три подгруппы больных. При выполнении проспективного исследования аналогично были распределены и больные основной группы. Первую подгруппу составили больные с благоприятным течением острой холангиогенной инфекции. Симптомы острого холангита: желтуха, боль, повышение температуры тела - в различной степени выраженности отмечены у всех больных. Определение степени тяжести синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) согласно решениям Чикагской Международной согласительной конференции (1991) выявило умеренную степень тяжести этой категории больных. Из 51 больного контрольной группы не удалось выполнить ЭПСТ или она была неэффективна у 9 (17,6%) пациентов. Все они были оперированы в течение первых трех суток от момента поступления больного традиционным лапаротомным доступом. У 42 (82,4%) больных эндоскопическое пособие было эффективно. Вместе с тем, у 5 (11,9%) больных отмечены осложнения после ЭПСТ: 3 (7,1%) случая острого панкреатита средней тяжести и 2 (4,8%) случая кровотечения из места рассечения БДС. Кровотечения и острый панкреатит были купированы консервативными мероприятиями. Этим больным второй этап опера-

тивного пособия был выполнен в сроки от 10 до 15 суток после ЭПСТ. Остальным больным второй этап выполняли на 7-12-е сутки, дожидаясь нормализации уровня билирубина крови, активности печеночных ферментов и других показателей. Холецистэктомия с интраоперационной холангиографией из лапаротомного доступа была выполнена у 123 больных, ЛХЭ – у 19. Из общего числа больных, которым операция была выполнена из лапаротомного доступа (321 чел.), различные послеоперационные осложнения развились у 4 пациентов. Летальных исходов в этой подгруппе не было. Суммируя общее количество осложнений, выяснилось, что из 51 больного этой подгруппы они были отмечены у 9 (17,6%). Средняя длительность пребывания больных в стационаре составила $18,6 \pm 1,4$ суток.

В основной группе аналогичных больных оказалось 53. ЭПСТ была выполнена лишь 7 больным старческого возраста. Отмечено одно осложнение – кровотечение, остановленное консервативными мероприятиями. Остальные 46 больных оперированы радикально из минилапаротомного доступа в первые трое суток от момента поступления в стационар. Второй этап выполняли на 7-9 сутки после ЭПСТ. Переход на открытую лапаротомию потребовался в 1 (2,2%) случае. Общее количество осложнений во время ЭПСТ, интра- и послеоперационных составило 4 (7,5%) случая, что достоверно ($\chi^2 = 4,92$; $P < 0,05$) более чем в 2 раза меньше по сравнению с аналогичной подгруппой больных контрольной группы. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила $11,7 \pm 1,5$ суток $P < 0,05$.

Вторую подгруппу составили 27 больных контрольной и 28 больных основной группы с острой гнойной холангиогенной инфекцией. В клинической картине у этих больных преобладал синдром эндогенной интоксикации (ЭИ), уровень которой был

высок, и признаки полиорганной дисфункции. Степень ССВО была на уровне средней тяжести и тяжелой. Из 27 больных контрольной группы 4 (14,8%) оперированы в первые 2-3 суток от момента поступления в стационар из-за невозможности выполнения им ЭПСТ. Остальным 23(85,2%) больным была выполнена ЭПСТ в течение первых суток после поступления. В связи с нарастанием явлений эндогенной интоксикации и отсутствием тенденции к снижению билирубинемии были оперированы четверо больных в ближайшие дни после ЭПСТ. Общее количество осложнений после ЭПСТ и послеоперационных составило 10 (37%) случаев. Умерло 4 (14,8%) больных этой группы. Трое больных после оперативных вмешательств и одна больная после ЭПСТ. Причинами смерти были печеночно-почечная недостаточность (2 случая) и тяжелая эндогенная интоксикация, обусловившая декомпенсацию сопутствующих заболеваний. Вторым этапом, после стихания воспалительных явлений и нормализации билирубинемии в сроки от 12 до 15 дней после ЭПСТ, оперированы 16 больных. Двое от оперативного лечения отказались. Средняя продолжительность лечения в этой подгруппе больных составила $21,6 \pm 2,3$ суток. В основной группе 5 (17,8%) больных были оперированы радикально из минилапаротомного доступа в первые двое суток. Остальным 23(82,2%) была выполнена ЭПСТ. Четверо больных в связи с неэффективностью ЭПСТ были оперированы в срочном порядке. Остальные были оперированы в отсроченном периоде. Общее количество осложнений было 6 (21,4%). Умерло 2 (7,1%) больных от острой печеночной недостаточности. Средняя продолжительность лечения составила $17,4 \pm 1,8$ суток. Все различия достоверны ($P < 0,05$).

Наиболее тяжелую подгруппу составили больные с септическим течением ост-

рой холангиогенной инфекции, у которых в клинической картине преобладали признаки холангиогенного сепсиса. Таких больных было 18 в контрольной группе и 16 в основной. Течение заболевания у них сопровождалось выраженной декомпенсацией защитных сил организма. Проявлялось образованием внутripеченочных гнойников (9–26,4%), генерализацией инфекции с бактериемией (22–64,7%), образованием вторичных очагов (12–35,3%). Уровень эндогенной интоксикации был крайне высоким. Устранение причины холестаза далеко не всегда приводило к стиханию холангиогенной инфекции, и у значительной части больных она прогрессировала. Из 18 больных контрольной группы в общей сложности в срочном порядке оперировано 10 пациентов (умерло 5), у 8 человек инвазивные вмешательства ограничились ЭПСТ (умерло 2). Всего умерло 7 больных – 38,9%. Из 16 аналогичных больных основной группы оперировано в срочном порядке из минидоступа 9 больных (умерло 3), ЭПСТ, без срочной операции выполнена 7 (умерло 2). Всего погибло 5 больных – 31,2%. Причинами смерти всех этих больных были сепсис, бактериально-токсический шок, полиорганная недостаточность. Общая летальность в сравниваемых группах составила – 7,2% в основной, и 11,5% в контрольной ($P < 0,05$). Структура послеоперационных осложнений представлена в таблице 2.

Течение послеоперационного периода во многом связано с размерами операционной раны. Обширная операционная травма брюшной стенки во многом обуславливает развитие в послеоперационном периоде гнойно-септических осложнений и осложнений со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем. У больных с механической желтухой и острой холангиогенной инфекцией тяжесть оперативного вмешательства нередко обуславливает развитие

Таблица 2

Характер послеоперационных осложнений

Вид осложнения	Основная группа	Контрольная группа
Печеночная недостаточность	4 (4,3%)	6 (6,6%)
Внутрибрюшные гнойные осложнения	1 (1,06%)	3 (3,3%)
Нагноение операционной раны	3 (3,3%)	8 (8,8%)
Послеоперационная пневмония	1 (1,06%)	5 (5,5%)
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	-	3 (3,3%)
Осложнения после ЭПСТ	3 (10,3%*) (3,2% **)	6 (9,4%*) (6,6%**)
Всего	12 (12,8%)	31 (34,1%)

*Примечание: * - по отношению к числу выполненных ЭПСТ; ** - по отношению к общему числу оперированных.*

или прогрессирование уже имеющейся печеночной недостаточности. В случаях тяжелого соматического состояния больного, обусловленного основным и сопутствующими заболеваниями, преклонным возрастом, традиционное оперативное вмешательство с обширной травмой тканей передней брюшной стенки может оказаться для больного фатальным. Двухэтапное комбинированное лечение больных с обструкцией желчевыводящих путей и холангиогенной инфекцией, заключающиеся в ЭПСТ и последующей лапароскопической холецистэктомией, является оптимальным сочетанием. Однако данная методика лечения выполнима далеко не всегда, она несет в себе опасность возникновения осложнений, присущих каждому из применяемых методов, увеличивает сроки лечения. Применение оперативных вмешательств из минилапаротомного доступа позволило существенно улучшить результаты лечения таких больных, снизить уровень осложнений и уменьшить летальность.

Выводы

1. Операции из минилапаротомного доступа у больных с острой холангиогенной инфекцией позволяют выполнить полный объем манипуляций на желчевыводящих протоках, полностью отвечают принципам малоинвазивности, адекватности и экономичности.

2. Оперативные вмешательства из мини доступа в силу своей малой травматичности гораздо легче переносятся больными и сопровождаются меньшим числом послеоперационных осложнений и летальности.

3. У больных с благоприятным течением холангиогенной инфекции целесообразней выполнять одномоментное радикальное оперативное вмешательство из минилапаротомного доступа, что позволяет существенно уменьшить общее число осложнений и сократить сроки лечения.

4. Летальность больных с септическим течением холангиогенной инфекции оста-

ется очень высокой, что требует дальнейшего поиска эффективных методов, направленных на улучшение результатов лечения этой тяжелой категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Машанский, А.А. Гнойный холангит / А.А.Машанский [и др.] // Хирургия. – 2002. - №3 – с.58-65.
2. Гальперин, Э.И. Билиарный сепсис: некоторые особенности патогенеза / Э.И.Гальперин, Г.Г.Ахаладзе // Хирургия. – 1999. - №10. – С.24-28.
3. Сотниченко, Б.А. Холедохолитиаз у больных пожилого и старческого возраста / Б.А.-Сотниченко, К.В.Гончаров // Вестник хирургии. – 2001. - №1. – С.113-117.
4. Султанов, С.А. Модифицированная двухэтапная тактика лечения желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом / С.А.Султанов, А.А.Архипов // Эндоскопическая хирургия. – 2004. - №4. – С.26-29.
5. WHO QOL Group. Stady Protocol for World Health Organization project to develop a Quality of life assessment // Qual. Life Res. – 1993. – Vol.2 – P.153-159.
6. Колб В.Г. Лабораторная диагностика хирургических заболеваний. Справочное пособие / В.Г.Колб, В.С.Камышников. – Мн.: Выш.шк., 1993. – 185 с.

Поступила 30.11.2006 г.