

Таким образом, развитие стрептококковой инфекции мягких тканей может протекать в виде различных клинических форм. Наиболее специфичными из них считаются рожа и некротизирующий фасциит. Вопрос о том, почему в ответ на внедрение патогенного стрептококка развиваются различные по своему патогенезу заболевания, до сих пор остается открытым. Считается, что это связано с особенностями взаимодействия между микро- и макроорганизмом. Так, многие исследователи придерживаются мнения, что при развитии некротизирующего фасциита и осложненной рожи имеет место анафилактический феномен Шварцмана.

Для хирурга важность знания клинических форм стрептококковой инфекции определяется особенностями проведения хирургической обработки при этих патологических состояниях.

Ранняя диагностика, адекватное хирургическое вмешательство, патогенетически обоснованное лечение постнекрэктомических ран, рациональная антибактериальная и дезинтоксикационная терапия, своевременные восстановительные операции – вот основные звенья, позволяющие получить хороший результат лечения у этой сложной категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ользеев И.С. Экзогенный оксид азота в комплексном хирургическом лечении флегмонозно-некротической рожи / Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – М., 2004.
2. Ширшов О.Н. Комплексное хирургическое лечение некротической формы рожи / Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – М., 1999.
3. Bisno A., Stevens D. // N. Engl. J. Med. – 1996. – V.344. – P.240.
4. Heitmann C., Pelzer M., Bickert B. et al. // Chirurg. – 2001. – V. 72. – P.168-173.
5. Kaul R., McGeer A., Low D. et al. // Am. J. Med. – 1997. – V.103. – P.18.

МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ: ДИАГНОСТИКА, ПУТИ РАЗРЕШЕНИЯ

**С.А Гращенко, А.Я. Волков, В.Я. Шеншин, В.В. Павленко, В.П. Армашов,
А.С. Мастеров**

Видновская районная больница

Острый холецистит является самым частым осложнением желчнокаменной болезни (ЖКБ) – примерно в 90% наблюдений, а при отсутствии камней в желчном пузыре — в 10%.

В условиях обтурации желчных путей, холангита и печеночной недостаточности оперативное лечение является весьма рискованным и сопровождается высокой летальностью, которая, по данным некоторых авторов, может достигать 13-83%.

За период с 2003 по 2006 гг. в Видновскую районную больницу поступило 545 больных с острым холециститом. Механическая желтуха отмечена у 131 больного (24%) с острым холециститом. Среди них было 27 мужчин и 104 женщины в возрасте от 38 до 92 лет, 61% больных были в возрасте старше 60 лет, 15% пациентов – старше 80 лет. У 77% имелись различные сопутствующие заболевания, в основном, сердечно-сосудистой системы. Обращает на себя внимание поздняя обращаемость пациентов: позднее 24 часов с момента начала заболевания

доставлено более 60% больных. Оперировано 320 больных, послеоперационная летальность составила в 2003 г. – 3,8%, в 2004 – 2,8%, в 2005 – 1%.

Механическая желтуха при поступлении присутствовала у 125 больных (95,5%), у 4 пациентов (3,0%) механическая желтуха была выявлена лабораторными методами, у 2 больных (1,5%) в анамнезе имелись эпизоды кратковременной желтухи. Уровень общего билирубина колебался от 29,4 до 316 мкмоль/л (в среднем 116 мкмоль/л).

Диагностика острого холецистита носила комплексный характер и сочетала в себе данные физикальных и инструментальных исследований. Целью диагностических мероприятий явилось определение формы воспаления желчного пузыря, что во многом обуславливало срочность оперативного пособия. Кроме того, важнейшей задачей предоперационного обследования пациентов с острым калькулёзным холециститом, осложнённым механической желтухой, являлась диагностика изменений внепечёночных желчных протоков.

Для решения поставленных задач в предоперационном периоде мы выполняли минимально необходимый, по нашему мнению, комплекс диагностических мероприятий, включающий в себя биохимическое исследование крови с определением маркёров вирусных гепатитов, ультразвуковое исследование органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, эзофагогастродуоденоскопию и эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию. У 87% пациентов диагностический этап был проведён в первые двое суток с момента поступления пациентов в стационар.

Из биохимических показателей наиболее значимыми явились:

- гипербилирубинемия, преимущественно за счет прямого (конъюгированного) билирубина;
- увеличение уровня печёночной фракции щелочной фосфатазы крови;
- отсутствие стеркобилина в кале;
- увеличение содержания желчных пигментов в моче;
- повышение активности аланинаминотрансферазы;
- повышение активности аспартатаминотрансферазы;
- повышение активности γ -глутамилтрансферазы.

Ультразвуковое исследование органов гепатопанкреатодуоденальной зоны позволило обнаружить признаки желчной гипертензии в виде расширения гепатикохоледоха или внутрипечёночных желчных протоков у 98 обследованных (74,8%).

Патологические изменения слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта были выявлены у всех обследованных. Отсутствие желчи в двенадцатиперстной кишке отметили у 82 больных (62,6%). У 6 пациентов обнаружили обострение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, что потребовало соответствующей корригирующей терапии, наряду с лечением основного заболевания.

Среди причин холестаза, выявленных при эндоскопической ретроградной холангиографии (ЭРХГ), у 131 больного явились: холедохолитиаз у 102 больных (77,86%), из них у 9 больных с острым холангитом, доброкачественный стеноз и стриктуры гепатикохоледоха и большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСД) у 23 пациентов (17,56%), комбинированная патология у 6 пациентов (4,58%).

В 16 случаях (12,2%) мы столкнулись с парапапиллярными дивертикулами двенадцатиперстной кишки. По нашим данным, ни в одном случае парапапил-

лярные дивертикулы не явились единственной причиной развития механической желтухи, хотя и способствовали нарушению желчеоттока, т.е. имелась ещё причина обструкции: у 11 больных – холедохолитиаз, у 5 пациентов – стеноз БСД. Парапапиллярные дивертикулы усложнили канюляцию БСД для ЭРХГ, и только у одного больного с расположением БСД внутри дивертикула ЭРХГ не удалась. У $\frac{1}{3}$ больных с данными изменениями парапапиллярной зоны эндоскопическая декомпрессия была достигнута только при повторном вмешательстве. При этом мы не считаем парапапиллярные дивертикулы противопоказанием к выполнению эндоскопических ретроградных вмешательств на БСД.

У 131 больного было выполнено 149 эндоскопических ретроградных вмешательств. У больных с острым холециститом, холедохолитиазом мы не выполняли «тугое» контрастирование желчных протоков и желчного пузыря, что, по нашему мнению, является профилактикой обострения холецистита и возникновения абсцессов печени, особенно в случаях, когда не удастся одномоментно добиться декомпрессии. Только у 15,3% пациентов была получена холецистограмма, при этом мы не отметили нарастания деструкции в стенке желчного пузыря. По возможности избегали панкреатографии, при получении которой у $\frac{2}{3}$ пациентов отметили повышение диастазы мочи.

Основным методом эндоскопической декомпрессии желчных протоков считалась эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), которая была выполнена всем больным в различных видах: канюляционная (73%), комбинированная (20%), неканюляционная (7%). Длину разреза БСД выбирали индивидуально, исходя из поставленной цели операции. У 58% пациентов длина разреза была менее 1,0 см, то есть явилась органосохраняющей операцией на БСД. При этом рестенозов устья холедоха в ближайшем и отдаленном периоде мы не наблюдали.

Литоэкстракция была успешно выполнена у 95 больных (93,1%), в том числе у 3 больных с помощью стандартной корзинки Дормиа удалось выполнить литотрипсию.

При диагностировании крупных конкрементов гепатикохоледоха диаметром более 2,5 см и конгломератов камней неправильной формы, рекомендуем после ЭПСТ обращать внимание на характер отделяемого из устья холедоха. Отхождение с током желчи замазкообразных масс говорит о холестериновом составе конкрементов и возможности литотрипсии таких «мягких» камней стандартной корзинкой Дормиа.

Хотим отметить, что при множественном холедохолитиазе после литоэкстракции иногда невозможно определить наличие оставшихся камней в желчных протоках из-за «размывания» рентгенологической картинки контрастным веществом и воздухом. Рекомендуем выполнять контрольное ЭРХГ на следующий день, что было нами выполнено у 4 больных с извлечением оставленных камней.

Литоэкстракция не удалась у 14 больных с крупными камнями холедоха, у одного больного с камнем 5,0×2,6 см литоэкстракция не выполнялась.

Осложнения эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии, папиллосфинктеротомии и от манипуляций различными инструментами имели место у 5 больных (3,8%), кровотечения из области БСД, остановленные консервативно, у 3 и острый панкреатит у 2 пациентов. 77 больных (58,8%) с различными формами острого холецистита были оперированы после выполнения предоперационной подготовки, включающей в себя эндоскопическую декомпрессию желчных протоков в сроки от 2 до 8 суток от момента поступления. Механическая желтуха на момент операции разрешилась у 52 больных, у остальных

значительно уменьшилась. Расширение оперативного вмешательства в виде холедохотомии потребовалось только у 15 больных.

У 4 оперированных больных в ближайшем послеоперационном периоде потребовалось эндоскопическое вмешательство по поводу обильного желчеистечения по наружному дренажу, у 2 больных по поводу стеноза БСД, у 2 по поводу резидуального холедохолитиаза.

Было выполнено 16 традиционных холецистэктомий и 61 лапароскопическая холецистэктомия из минидоступа.

Активная лечебная тактика должна применяться при всех деструктивных формах острого холецистита, протекающего с клиническими признаками гнойной интоксикации или перитонита. Выжидательная лечебная тактика предпочтительна только при катаральной форме острого холецистита, который в результате проводимой консервативной терапии в большинстве случаев удается купировать.

Наш опыт лечения больных с острым холециститом, осложнённым механической желтухой, позволяет заключить, что наиболее рациональный подход к решению проблемы заключается в поэтапном выполнении рентгеноэндоскопической диагностики, лечебных эндоскопических вмешательств и хирургических операций в отсроченном порядке. Подобная тактика позволяет уменьшить объём хирургических операций, увеличить долю минимально инвазивных оперативных вмешательств, снизить количество послеоперационных осложнений и летальность.

Наш опыт лечения больных с острым холециститом, осложнённым механической желтухой, позволяет заключить, что наиболее рациональный подход к решению проблемы заключается в поэтапном выполнении рентгеноэндоскопической диагностики, лечебных эндоскопических вмешательств и хирургических операций в отсроченном порядке. Активная лечебная тактика должна применяться при всех деструктивных формах острого холецистита, протекающего с клиническими признаками гнойной интоксикации или перитонита. Выжидательная лечебная тактика предпочтительна только при катаральной форме острого холецистита, который в результате проводимой консервативной терапии в большинстве случаев удается купировать. Подобная тактика позволяет уменьшить объём хирургических операций, увеличить долю минимально инвазивных оперативных вмешательств, снизить количество послеоперационных осложнений и летальность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альперович Б.И. Хирургия печени и желчных путей. – Томск, 1997. – 605 с.
2. Батвинков Н.И., Гарелик П.В., Кояло И.К. и др. // Хирургия. – 1993. – № 1. – С.17-21.
3. Могучев В.М., Прикупец В.Л., Занозин Ю.Ф. и др. // Тез. докл.1 Моск. междунар. конгресса хирургов. – М., 1995. – С.307-308.
4. Прокопов В.А., Шевякин С.М., Кулабухов А.С. // Осложнения эндоскопической хирургии / Рос. симпозиум 22-23 мая 1996 г. – М., 1996. – С. 212-214.
5. Савельев В.С., Ревякин В.И., Василенко Ю.В. и др. // Анн. хир. гепатол. – 1996. – № 1, Приложение. – С. 107.
6. Carboni M., Negro P., D'Amore L. et al. // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2001. – V.15, № 10. – P. 1633-1637.
7. Elta G.H., Barnett J.L., Wille R.T. et al. // Gastrointest. Endosc. – 1998. – V. 47. – P. 149.