

3. Добровольский С. Р., Богопольский П. М., Иванов М. П., Малахов А. В., Нагай И. В. Холецистэктомия из мини-лапаротомного доступа: Учебно-методическое пособие. М.: изд-во РУДН. 2005. С. 43.

4. Ходаков В. В., Рямов Ю. С. Операции на желчевыводящих путях из минимального доступа // Хирургия. 1997. № 8. С. 47–49.

5. Шестаков А. Л., Юрасов А. В., Мовчун В. А. Показания к вмешательствам из мини-лапаротомного доступа при желчнокаменной болезни // Анналы хир. 1996, № 2. С. 43–47.

6. Шулуток А. М., Прудков М. И., Бебуришвили А. Г. Мини-лапаротомия с элементами открытой лапароскопии в хирургическом лечении желчнокаменной болезни // Анналы хир. гепатол. 1996, № 1. С. 132–135.

7. McMahon A. J., O'Dwyer P. J., Cruikshank A. M., McMillan B. C., O'Reilly D. S., Lowe G. D., Rumley A., Logan R. W., Baxter J. N. Comparison of metabolic responses to laparoscopic and minilaparotomy cholecystectomy // Br J Surg. 1993, № 80(10). P. 1255–1258.

8. O'Dwyer P. J., Murphy J. J., O'Higgins N. J. Cholecystectomy through a 5 cm subcostal incision // Br J Surg. 1990, № 77. P. 1189–1190.

**N. I. GLUSHKOV, A. V. SKORODUMOV,
A. V. GURINA, M. V. FILATOV**

MINI-INVASIVE INTERFERENCE WITH TREATMENT GALLSTONE DISEASE

Gallstone disease remains one of the most actual problems of the surgery, especially in old patients with severe associated pathology. In this article we analyze the results of surgical treatment of the gallstone disease from laparoscopic and minilaparotomy approach. These methods are notable for minimal injury, opportunity of wide use in patients of high operative hazard and decrease of lethality and of the rate of early and delayed postoperative complications in old patient with severe associated pathology, appreciable decrease of the period of hospitalization.

**Н. И. ГЛУШКОВ, М. Б. МОСЯГИН,
М. Г. САФИН, О. И. ГИНТОВТ, Л. В. ЕЛИСЕЕВА**

МЕТОД ВНУТРИПРОТОВОКОВОГО ФОТООБЛУЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХОЛАНГИТОМ

Кафедра общей хирургии

Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования

Введение

Холангит осложняет течение заболеваний гепатобилиарной зоны в 15–30% случаев. Летальность при такой патологии остается высокой и достигает 13–40% (Кабанов Н. Я., Кедров Д. А., 1995; Ахаладзе Г. Г., 1997). Опухолевая обструкция как причина холангита встречается в 27% клинических наблюдений, в большинстве случаев причиной холангита являются доброкачественные заболевания этой зоны (холедохолитиаз, рубцовые стриктуры, острый и индуративный панкреатит) (Майстренко Н. А., Стукалов В. В., 2000; Гальперин Э. И., Котовский А. Е. и соавт., 2003).

Механическая желтуха присутствует в большинстве случаев, утяжеляя состояние больных. Средний возраст пациентов превышает 65 лет в 70% случаев. Почти в 100% клинических случаев у пациентов выраженная сопутствующая патология, причем в 60% имеется сочетание заболеваний нескольких систем организма (Майстренко Н. А., Стукалов В. В., 2000).

Для улучшения результатов комплексного лечения больных острым холангитом в настоящее время широко применяют методы регионарного воздействия на желчевыводящие пути, направленные на внутрипротоковую санацию и их дозированной декомпрессию. Целью этих методов является восстановление физико-химических свойств желчи, уменьшение ее инфицирования и бактериохоллии, восстановление морфоструктурных изменений стенки желчного протока, уменьшение явлений печеночной недостаточности (Грубник В. В., Андреев В. О., 1998; Апсаров

Э. А., Выскубов В. И. и соавт., 1999; Сартаев Е. А., Ибадильдин А. С. и соавт., 1999).

Методика исследования: проанализированы сведения о 70 больных холангитом, проходивших лечение на базах кафедры общей хирургии СПб МАПО с 2002 по 2006 год.

Больные с онкологическими заболеваниями, осложнившимися холангитом, в данном исследовании не рассматривались.

Возраст больных холангитом составил от 43 до 96 лет.

Выделено 2 группы больных: основная (20 больных, которым помимо традиционного лечения производилось внутрипротоковое фотооблучение) и контрольная (50 пациентов, которые получали традиционное лечение, включающее антибактериальную, инфузионно-детоксикационную терапию, декомпрессию билиарного тракта). Большинство больных являлись пациентами старшей возрастной группы (70%) (таблица).

Среди пациентов сохранялось значительное преобладание лиц женского пола (в 1,7 раза), что обусловлено широкой распространенностью среди женщин заболеваний гепатобилиарной зоны.

Основной причиной холангита в обеих группах являлись холедохолитиаз и рубцовые стриктуры желчных протоков.

В 92% клинических наблюдений выявлена сопутствующая патология, преимущественно сердечно-сосудистой и дыхательной систем. У больных ХДЭ в возрасте старше 50 лет наличие сопутствующих заболеваний существенно влияет на прогноз течения

Распределение больных холангитом в основной и контрольной группах по возрасту

Возраст больных	Основная группа, %	Контрольная группа, %
До 50 лет	1 (5%)	5 (10%)
50–60 лет	1 (5%)	5 (10%)
60–70 лет	4 (20%)	6 (12%)
70–80 лет	12 (60%)	23 (46%)
Более 80 лет	2 (10%)	11 (22%)
Всего	20 (100%)	50 (100%)

раннего послеоперационного периода. Сочетание двух и более сопутствующих заболеваний отмечалось в 60% случаев.

У пациентов изучались биохимические, бактериологические изменения в желчи, ее вязкость, клеточный состав (наличие форменных элементов) до лечения (интраоперационно), на 3-и и 7-е сутки после комплексного лечения. Оценивались результаты комплексного лечения при использовании методов регионарного воздействия на желчевыводящие пути.

Внутрипротоковое фотооблучение (ВФО) проводилось больным основной группы с помощью аппарата ОВК-03 в режиме 2 (315–500 нм) – световой и ультрафиолетовый спектры излучения. Проведение данной методики возможно при наличии у больного наружного желчного дренажа, который устанавливается как в ходе традиционных операций, так и при декомпрессивных малоинвазивных вмешательствах (ЧЧХС). Проводилось от 4 до 10 сеансов ВФО, длительность процедуры 10–15 минут (фото).

Фотооблучение обладает бактерицидным воздействием на патогенные микроорганизмы, противовоспалительным действием на стенку протока. Также в подслизистом и слизистом слоях стенки желчных протоков располагается множество кровеносных сосудов, не только происходит местная санация, но и развиваются те же клинические эффекты, что и при внутрисосудистой фотомодификации крови.

Положение световода в желчных путях позволяет контролировать ультразвукография.

Для внутрипротокового облучения использовались режимы 1 и 2, так как третий режим дает излучение преимущественно в ультрафиолетовой части спектра, светопроводимость которого в желчи чрезвычайно мала. Для улучшения светопроводимости и усиления эффекта перед сеансом фотооблучения целесообразно проводить промывание желчных протоков через дренаж физиологическим раствором.

Длительность процедуры в среднем составляла 5–15 минут как одного режима, так и в комбинации. В этом случае наблюдается выраженный противовоспалительный, бактерицидный и детоксикационный эффект, нормализуется микроциркуляторный гомеостаз, устраняются микроциркуляторные нарушения, стимулируются репаративные процессы.

Результаты исследования

В 96% клинических наблюдений посевы желчи на микрофлору были положительными. Чаще всего высевались *E. coli*, *Ent. cloacae*, *Klebsiella*, *Proteus*. В 45% в посевах определялась ассоциация 2 и более микроорганизмов. Количественная оценка обсемененности желчи микроорганизмами в материалах, взятых на посев интраоперационно, составляла 105–108.

При изучении посевов желчи в динамике у больных контрольной группы на 5–7-е сутки отмечено изменение микрофлоры в сторону микробных антибиотикоустойчивых ассоциаций. У таких больных титр бактериохлолии сохранялся не менее 10^{4-5} на 7-е сутки после наружного дренирования холедоха. Снижения обсемененности желчи микроорганизмами в контрольной группе не отмечено.

В основной группе больных, которым проводилось ВФО, отмечено снижение титра бактериохлолии в сравнении с контрольной группой. На 7-е сутки послеоперационного периода в 4 случаях посевы желчи были отрицательными, в остальных случаях титр обсемененности составлял менее 10^3 . Клинически у больных этой группы отмечена более быстрая нормализация температурной кривой и показателей клинического анализа крови (в среднем на 3–4-е сутки в отличие от 7–8-х суток в контрольной группе).

Комплексное лечение таких больных приводило к быстрой нормализации клеточного состава желчи. На 3-и сутки число лейкоцитов не превышало 20 в поле зрения, эпителиальных клеток не более 10 в поле зрения, а на 5-е сутки обнаруживали только единичные клеточные элементы. В контрольной группе на 5-е сутки форменные элементы сохранялись (10–20 лейкоцитов, 5–15 эпителиальных клеток).

Вязкость желчи у больных с холангитом очень высокая (за счет наличия продуктов воспаления – лейкоциты, тканевой детрит). После декомпрессии высокая вязкость желчи способна ухудшить ее пассаж в двенадцатиперстную кишку. Наибольшая вязкость желчи определяется в 1-е сутки послеоперационного периода – 5,05 мПа.с. У больных основной группы на фоне проводимого комплексного лечения нормализация вязкости происходила быстрее (к 3-м суткам), в контрольной группе показатели вязкости приходили к обычному уровню на 5–7-е сутки.



Методика внутривнутри протокового облучения желчи через наружный дренаж холедоха

Частота летальных исходов в контрольной группе составила 16%, в основной группе клинических наблюдений – 5%. Осложнения в раннем послеоперационном периоде в контрольной группе выявлены у 9 больных (18%), преимущественно за счет нагноения послеоперационной раны. В основной группе частота осложнений в раннем послеоперационном периоде составила 10% (2 пациента).

Обсуждение

Таким образом, применение внутривнутри протокового фотооблучения в комплексном лечении холангита может быть использовано у больных с наружным дренированием желчных протоков в раннем послеоперационном периоде как после традиционных вмешательств, так и после декомпрессии малотравматичными методами. Применение ВФО у больных холангитом позволяет снизить частоту летальных исходов и осложнений в раннем послеоперационном периоде.

Поступила 16.02.07 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Апсаров Э. А., Выскубов В. И., Любинский В. Л. Вязкость желчи в зависимости от выраженности печеночной недостаточности при механической желтухе // Актуальные проблемы гепатологии: Межвузовский сборник стран СНГ. Клиническая медицина. Том 5. Новгород – Алматы. 1999. 180 с.
2. Ахаладзе Г. Г. Гнойный холангит: вопросы патофизиологии и лечения // Хирургия Consilium medicum. 2003. № 4. Том 5.
3. Грубник В. В., Андреев В. О., Осипенко О. В., Сидельникова Т. А., Барнак Е. М. Низкоинтенсивное лазерное излучение в комплексном лечении больных с гнойным холангитом // Ан. хир. гепатол. 1998. Т. 3. № 3. С. 51–52.
4. Гальперин Э. И., Котовский А. Е., Ахаладзе Г. Г., Чевочкин Л. Ю., Гращенко С. А., Рохвадзе К. Т. Лечение больных желчекаменной болезнью, осложненной механической желтухой и холангитом // Пленум правления Ассоциации эндоскопической хирургии: Материалы пленума. СПб, 2003. С. 55–60.

5. Дуткевич И. Г., Марченко А. В. Новые методы фототерапии. СПб, 1993. 42 с.

6. Кабанов Н. Я., Кедров Д. А. Критерии выбора метода декомпрессии при холангите доброкачественной этиологии // Новые технологии в хирургической гепатологии: Материалы третьей конф. хирургов-гепатологов. СПб, 1995. С. 376–378.

7. Майстренко Н. А., Стукалов В. В. Холедохолитиаз. СПб: ЭЛБИ-СПб, 2000. 288 с.

8. Сартаев Е. А., Ибадильдин А. С. Микробный пейзаж желчи при остром холангите // Ан. хир. гепатол. 1999. № 2. С. 129.

9. Толстокоров А. С., Кедров Д. А., Завалев В. И. Комплексное лечение холангитов // Ан. хир. гепатол. 1998. № 3. С. 107.

10. Huang C.-J., Pitt H. A., Lipsett P. A. Pyogenic hepatic abscess. Ann. Surg. 1996, № 223. P. 600–609.

11. Chang W., Lee K., Wong S., Chuang Ch., Kuo K., Sheen P. Bacteriology and Antimicrobial Susceptibility in Biliary Tract Dises. Jomal of HepatoBiliary Pancreatic Surgery-5th World Congress of the Internacional Hepato-Pancreato-Biliary Association. Tokyo, April 25–29, 2002. P. 253.

**GLUSHKOV N. I., MOSJAGIN M. B.,
SAFIN M. G., GINTOVT O. I., YELISEYEV L. V.**

METHOD INSIDE BILE-DUCT PHOTOIRRADIATIONS IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS CHOLANGITI

In spite of the achievements of the modern science and technique there are some problems in surgical treatment of cholangitis. Species of microorganisms in bile have been studied more then once. Spectrum of pathogenic germs correspond with spectrum of intestinal microbial population. The development and refinement of methods of intraductal sanitation of the bile tree is actual problem in complex treatment of patients with benign cholangitis. In study we analyzed the results of complex treatment of cholangitis with intraductal photoirradiation. It's usage in postoperative course improves the results of treatment.