

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА КАК ОСЛОЖНЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ НЕОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Барышева Е. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Кашаева Марина Дмитриевна
Кафедра морфологии человека
Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого

Контактная информация: Барышева Екатерина Сергеевна — студентка 3 курса, Лечебный факультет.
E-mail: esbarysheva2000@gmail.com

Ключевые слова: острый гнойный холангит; тактика лечения

Актуальность: невзирая на прогресс в области хирургии билиарного тракта, проблемы хирургического и антибактериального лечения острого гнойного холангита остаются открытыми, из чего следует необходимость дальнейшего исследования этого вопроса [1]. Прослеживается тенденция к увеличению количества случаев холангита с тяжелым клиническим течением, септическими проявлениями, неблагоприятным прогнозом. Послеоперационная летальность при гнойном холангите составляет от 16 до 60% [2,3].

Цель исследования: изучение оптимальной тактики лечения острого гнойного холангита в зависимости от длительности и тяжести течения механической желтухи неопухолевой этиологии.

Материалы и методы: 138 пациентов с механической желтухой неопухолевой этиологии, с осложнением в виде острого гнойного холангита, разделены на 3 группы: контрольная группа составила 38 пациентов. Им проводилась стандартная кратковременная предоперационная терапия, включающая внутривенное и внутримышечное введение антибиотиков. 1 основная группа включала 28 пациентов. Помимо антибиотикотерапии выполнялась блокада круглой связки печени с сочетанным лимфотропным введением антибиотиков и комплексная консервативная инфузионная терапия. Во 2 основную группу входило 72 пациента, которым вместе с комплексной консервативной терапией и антибиотикотерапией, проводилась миниинвазивная билиарная декомпрессия и санация, лимфодренирование и сочетанные вмешательства с последующими внутриабдоминальными лапароскопическими операциями на печени и желчевыводящих путях.

Результаты: в контрольной группе послеоперационная летальность составила 31,6% (12 из 38). В первой основной – 10,7% (3 из 28). Вторая основная группа по тактике лечения разделена на 3 подгруппы. В 1 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 первой подгруппы составила — 8,4% (умер 1 из 12). Во 2 подгруппе, где проводились только декомпрессия и санация желчных путей умерли 6 из 40. В 3 подгруппе санация желчных путей осуществлялась путем ЭПСТ с НБДХ. В результате чего острый гнойный холангит купирован, но сохранялась печеночная субкомпенсация. Как второй этап был наложен лимфовенозный анастомоз (ЛВА), что способствовало нормализации гомеостатических процессов и благоприятному прогнозу для последующего хирургического лечения. Всего летальность второй основной группы составила умерли 9,7% (7 из 72).

Выводы: наиболее положительный эффект принесло лечение острого гнойного холангита при сочетанном применении лимфодренирования и миниинвазивных методов декомпрессии и санации желчных путей, особенно в сочетании с лимфотропной антибиотикотерапией.

Литература

1. Гальперин Э. И., Котовский А. Е. Лечение больных желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой и холангитом. В кн.: Пленум эндоскопической хирургии. СПб.; 2003.
2. Рагчик В.М., Пролом Н.В., Орловский Д.В., Буренко А.Н. Тактика и хирургическое лечение механической желтухи различной этиологии // Гастроэнтерология. 2014. Т. 54, № 4. С. 81–87
3. Шуматов В.Б., Макаров В.И., Перерва О.В., Гончарук Р.А., Таранков А.С., Попова С.Г. и др. Минимально-инвазивные вмешательства в комплексном лечении механической желтухи // Тихоокеанский медицинский журн. 2011. № 4. С. 47–48