

ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ХОЛАНГИТА С ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ  
ДЕКОМПРЕССИЕЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7568608>



ELSEVIER



Шоназаров Искандар Шоназарович

к.м.н., доцент;

Курбаниязов Зафар Бабажанович

д.м.н., профессор;

Нурмурзаев Зафар Нарбай угли

соискатель.

Самаркандский Государственный Медицинский Университет, Узбекистан



**Abstract:** Проанализированы результаты хирургического лечения 144 больных острым гнойным холангитом. Этапное хирургическое лечение с учетом степени тяжести острого гнойного холангита и применением предварительных декомпрессионных вмешательств на желчевыводящих протоках позволило купировать явления холестаза и гнойной интоксикации, улучшить результаты радикальных операций. При этом необходимость в применении диапевтических и эндоскопических трансдуоденальных вмешательств было у 81,8% больных с тяжелой степенью, 61,6% средней степени тяжести и 24,1% с легкой степени тяжести острого гнойного холангита. Оптимизация тактико - технических аспектов комплексного хирургического лечения острого гнойного холангита как осложнения ЖКБ способствовало улучшению результатов лечения за счет раннего купирования холангита, предупреждения образования абсцессов печени и развития билиарного сепсиса. При этом достигнуто уменьшение послеоперационных гнойно - септических и холемических осложнений с 24,5% до 12,1%, летальности с 8,2% до 2,4%.

**Keywords:** Желчнокаменная болезнь, острый гнойный холангит, хирургическая тактика.

**About:** FARS Publishers has been established with the aim of spreading quality scientific information to the research community throughout the universe. Open Access process eliminates the barriers associated with the older publication models, thus matching up with the rapidity of the twenty-first century.

Received: 22-01-2023

Accepted: 22-01-2023

Published: 22-01-2023

STAGED TREATMENT OF ACUTE CHOLANGITIS WITH PRELIMINARY  
DECOMPRESSION OF THE BILE DUCTS

Shonazarov Iskandar Shonazarovich

PhD, associate professor;

Kurbaniyazov Zafar Babazhanovich

DSc, Professor;

Nurmurzaev Zafar Narbay ugli

applicant.

Samarkand State Medical University, Uzbekistan



**Abstract:** The results of surgical treatment of 144 patients with acute purulent cholangitis were analyzed. Staged surgical treatment, taking into account the severity of acute purulent cholangitis and the use of preliminary decompressive interventions on the bile ducts, made it possible to stop the phenomena of cholestasis and purulent intoxication, and improve the results of radical operations. At the same time, 81.8% of patients with severe, 61.6% of moderate severity and 24.1% with mild severity of acute purulent cholangitis needed to use diapeutic and endoscopic transduodenal interventions. Optimization of tactical and technical aspects of complex surgical treatment of acute purulent cholangitis as a complication of cholelithiasis contributed to the improvement of treatment results due to early relief of cholangitis, prevention of liver abscess formation and development of biliary sepsis. At the same time, a decrease in postoperative purulent-septic and cholemic complications was achieved from 24.5% to 12.1%, mortality from 8.2% to 2.4%.

**Keywords:** Cholelithiasis, acute purulent cholangitis, surgical tactics.

**About:** FARS Publishers has been established with the aim of spreading quality scientific information to the research community throughout the universe. Open Access process eliminates the barriers associated with the older publication models, thus matching up with the rapidity of the twenty-first century.

Received: 22-01-2023

Accepted: 22-01-2023

Published: 22-01-2023

Гнойный холангит – одно из наиболее тяжелых и жизнеугрожающих осложнений заболеваний желчных путей, представляющее собой острое воспаление желчных протоков, возникающее на фоне устойчивого нарушения оттока желчи. Ведущей причиной нарушения оттока желчи является желчнокаменная болезнь. Каждый десятый житель планеты страдает ЖКБ, а холедохолитиаз, как её осложнение, встречается в 20-30% случаев [1,3,8].

Гнойный холангит, рассматриваемый ранее, как спутник механической желтухи, на сегодняшний день приобретает статус самостоятельной проблемы [4,7,12]. Связано это с его ключевой ролью в развитии холангиогенного сепсиса, и как следствие, с высокой летальностью (15-60%) [9,10,11]. Неудовлетворенность результатами лечения гнойного холангита доброкачественного генеза, диктует необходимость оптимизации тактико-технических аспектов комплексного хирургического лечения этой патологии [2,5,6].

**Целью исследования является** улучшение результатов комплексного хирургического лечения больных острым гнойным холангитом доброкачественного генеза путем оптимизации тактических и технических аспектов.

#### **Материал и методы исследования.**

Представлены результаты лечения 144 больных с гнойным холангитом, развившемся как осложнение желчнокаменной болезни (ЖКБ), находившихся на лечении в период с 2000 по 2021 гг. Из них 91 женщины (63,2%) и 53 мужчины (36,8%) в возрасте от 33 до 81 лет. Средний возраст больных составил  $53,2 \pm 6,2$  лет.

Длительность заболевания органов желчевыводящей системы у 112 (78%) больных составила более 5 лет. 73,6% т.е. 3/4 больных были госпитализированы в сроки свыше трех суток от начала заболевания. Продолжительность холангита до 3-х суток имела место у 38 больных (26,4%), от 3 до 7 суток – у 78 (54,2%), и более 7 суток – в 38 (26,4%) наблюдениях.

Для первых дней приступа острого холангита были характерны боли в правом подреберье и эпигастрии (89,9%), в то время как по истечении от начала приступа 4-х дней и более число больных, жалующихся на болевой синдром, было гораздо меньше (67,3%), но при этом возрастало число больных с гнойно – воспалительными осложнениями холангита (83,6%).

Острый гнойный холангит как осложнение желчнокаменной болезни развился вследствие холедохолитиаза и хронического калькулёзного холецистита у 82 (56,9%), острого калькулёзного холецистита и холедохолитиаза у 62 (43,1%) больных, причем острый деструктивный

холецистит осложнился различными формами перитонита у 29 пациентов (разлитой 7, местный 22).

Диагностика ОГХ осуществлялась на основании клинической картины (триада Шарко, пентада Рейнольдса), лабораторных и инструментальных методов исследования (сонография, РПХГ, МР-холангиография). Окончательный диагноз констатировался по характерным изменениям стенок желчных протоков и желчи с определением микрофлоры.

#### **Результаты и их обсуждение.**

Группу сравнения составили 61 (42,4%) больных, которые в период 2000-2009 гг. оперированы по поводу острого гнойного холангита, как осложнение желчнокаменной болезни. Основную группу исследования составили 83 (57,6%) больных, получавших разработанное в клинике хирургическое лечение в период с 2010 по 2021 гг. В исследовании обе группы больных были идентичны как по возрасту, так и по выраженности клинических проявлений и тяжести заболевания.

Факторный анализ показал, что основной причиной неудовлетворительных результатов хирургического лечения больных с ОГХ в период 2000-2009 г.г. явились холангиогенные абсцессы печени и билиарный сепсис. Летальность составила 8,2% (умерло 5 больных). Различные гнойно-септические осложнения в послеоперационном периоде наблюдали у 15 больных (24,6%). У всех оперированных 61 больных хирургическое вмешательство заключалось в выполнении ХЭ с холедохолитотомией с наружным дренированием холедоха, причем оперативное вмешательство выполнено из широкого лапаротомного доступа у 48 (79%), из минидоступа – 13 (21%)

При этом ХЭ с холедохолитотомией по экстренным показаниям (в течении 2-3 часов от поступления в стационар) произведено у 29 (47,5%) больных вследствие острого деструктивного холецистита, причем у 12 при осложнении деструктивного холецистита перитонитом. Также 6 больным операции по экстренным показаниям проведены при наличии клиники острой обструкции магистральных желчных протоков.

По срочным показаниям (в течении ближайших 2-3 суток) оперированы 32 (56%) пациента у которых превалировала клиника обструкции общего желчного протока при отсутствии клиники деструктивного холецистита.

При этом наибольший процент летальных исходов и гнойно – септических осложнений дали экстренные операции (12,1% и 33,3%) при сочетании ОГХ с острым деструктивным холециститом и перитонитом (14,8% и 44,4% соответственно).

В основной группе из 83 больных, оперированных в 2010-2019 г.г. по

поводу ОГХ как осложнения ЖКБ, лечение осуществлялось с учетом степени тяжести ОГХ, предложенной на согласительной конференции в Токио (2006). В соответствии с этими критериями легкая степень тяжести ОГХ констатирована у 54 (65%), средняя у 18 (21,6%), тяжелая у 11 (13,2%) больных.

Больные ОГХ были подвергнуты различным малоинвазивным и открытым хирургическим вмешательствам с учетом предложенных критериев тяжести, а также наличия клиники острого деструктивного холецистита и перитонита.

В основной группе у пациентов со средней степенью тяжести (n=18) и тяжелой степенью ОГХ (n=11) первым этапом лечения у 20 больных применяли миниинвазивные декомпрессивные вмешательства.

При этом у 9 пациентов с острым деструктивным холециститом произведена декомпрессия желчного пузыря посредством чрескожно-чреспеченочной микрохолецистостомии (ЧЧМХС) под контролем УЗИ. Затем у 5 из них выполнили эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) и назобилиарное дренирование (НБД). У остальных 4 больных ЧЧМХС значительно купировало клинические проявления ОГХ. У 11 пациентов с ОГХ без клиники острого холецистита первым этапом произведено эндоскопическое трансдуоденальное вмешательство- ЭПСТ с литоэкстракцией и НБД холедоха. Вторым этапом у этих 20 пациентов на 7-12 сутки произведена холецистэктомия-ЛХЭ-13, МЛХЭ-7, при этом у 4 МЛХЭ дополнена холедохолитотомией.

У 4 больных с клиникой перитонита по экстренным показаниям произведена лапаротомия, ХЭ, холедохолитотомия и санация брюшной полости. Еще 5 больным с прогрессирующей клиникой ОГХ при безуспешной попытке ЭПСТ произведена ХЭ с холедохолитотомией из открытого минидоступа.

Таким образом, двухэтапное хирургическое лечение проведено 11 (61,1%) больным со средней степенью тяжести и 9 (81,8%) с тяжелой степенью ОГХ.

При ОГХ легкой степени тяжести двухэтапное хирургическое лечение проведено 13 (24,1%), одноэтапная радикальная хирургическая операция выполнена 41 пациенту.

Всего ЧЧМХС в хирургическом лечении больных с ОГХ произвели 18 (21,7%) больным основной исследуемой группы. Дренирование желчного пузыря под контролем УЗИ проводили через участок паренхимы печени с целью герметизации канала и профилактики подтекания желчи в брюшную полость.

Дренирование во всех случаях проводили «зонтичным» стилет - катетером с «корзинкой» на конце, диаметром катетера 4F и 9F.

После выполнения микрохолецистостомии содержимое желчного пузыря полностью эвакуировали, полость его промывали физиологическим раствором до чистого отделяемого и дренаж удлиняли. Отделяемое по дренажу оценивали визуально и направляли на бактериологическое исследование. Полноту опорожнения полости желчного пузыря контролировали эхографически.

В основной исследуемой группе при ОГХ ЭПСТ выполнено всего 27 больных. При этом 15 patients с ОГХ без клиники деструктивного холецистита первым этапом произведено ЭПСТ и НБД, 12 patients с превалированием клиники острого деструктивного холецистита данное вмешательство произведено после ЧМХС. Вместе с тем следует отметить что у 9 больных с ОГХ попытки ЭПСТ и установки НБД были безуспешны, а в одном случае у patientки развился острый панкреатит с летальным исходом.

Таким образом, 2-х этапное хирургическое лечение проведено 33 больным основной группы, что составило 39,7%. Этим больным после предварительной миниинвазивной декомпрессии желчных путей вторым этапом на 7-12 сутки произведено ХЭ, причем 22 -ЛХЭ, 11 - МЛХЭ и из них у 6 МЛХЭ дополнено холедохолитотомией.

50 (60,3%) больным основной исследуемой группы радикальная операция - ХЭ и холедохолитотомия произведено как из широкого лапаротомного доступа у 17 больных при сочетании ОГХ с острым деструктивным холециститом и перитонитом, так и из минилапаротомного доступа у 33 больных.

ЛХЭ проводилось с использованием инструментов фирмы «Karl Storz», ХЭ из минидоступа инструментами фирмы «САН». Таким образом, ЛХЭ проведено 22 (26,5%) больным, ХЭ из минидоступа 44 (53%), ХЭ из широкого лапаротомного доступа 17 (20,5%).

Наиболее грозными осложнениями в контрольной исследуемой группе больных были холангиогенные абсцессы печени и билиарный сепсис, что явилось причиной летальных исходов у 4 больных. Продолжающейся перитонит еще в 1 наблюдений также привело к неблагоприятному исходу. Всего в группе сравнения умерло 5 из 61 оперированных больных, летальность составило 8,2%.

При этом, в основной группе умерло 2 из оперированных 83 больных, летальность составило 2,4%. Причиной неблагоприятного исхода явились острый панкреатит как осложнение трансдуоденального эндоскопического вмешательства у 1 patientки и продолжающийся перитонит в 1 наблюдении.

Различные холемические и гнойно-септические осложнения наблюдались у 15 больных группы сравнения, что составило 24,6%. При этом

у 2 (3,2%) образовались биломы в подпеченочной области, которые дренированы реканализацией контрапептур. У 5 (11,4%) больных наблюдалось желчеистечение из дренажных трубок установленных в подпеченочном пространстве, 5 (8,2%) пациентам проведены повторные операции по вскрытию и дренированию подпеченочных или поддиафрагмальных абсцессов. Также, 2 (3,2%) пациентки повторно оперированы по поводу холемического внутрибрюшного кровотечения. У 12 (19,6%) больных наблюдалось нагноение послеоперационной раны.

В основной исследуемой группе послеоперационные осложнения развились у 10 больных, что составило 12,1%. При этом, биломы подпеченочной области сформировались у 3 (3,6%) пациентов, которые успешно санированы пункциями под контролем УЗИ. У 2 (2,4%) пациентов наблюдалось холемическое кровотечение из печени с области чрезпеченочной пункции желчного пузыря. Наружное желчеистечение наблюдалось у 2 пациентов, при релапароскопии в 1 случае выявлено несостоятельность культи пузырного протока которая повторно клипирована, еще в 1 наблюдении произведена коагуляция ложа желчного пузыря как источника желчеистечения в брюшной полости. Дуоденальное кровотечение отмечено у 1 больной после ЭПСТ, кровотечение остановлено. У 1 больного сформировался поддиафрагмальный абсцесс санированный повторными пункциями под контролем УЗИ. У 3 больных наблюдалось нагноение послеоперационной раны (рис. 8).

Таким образом оптимизация тактики – технических аспектов комплексного хирургического лечения ОГХ как осложнения ЖКБ с применением миниинвазивных декомпрессивных вмешательств и внедрение санации билиарного тракта способствовало раннему купированию холангита, предупреждению образования абсцесса печени и развитию билиарного сепсиса. Достигнуто уменьшение гнойно – септических осложнений с 24,5% до 12,1%, летальности с 8,2% до 2,4%.

### **Выводы**

Факторный анализ при остром гнойном холангите показал, что основной причиной летальности являются холангиогенные абсцессы печени и билиарный сепсис. Наибольший процент летальных исходов (14,8%) и гнойно – септических осложнений (44,4%) наблюдались после экстренных операций при сочетании острого гнойного холангита с острым деструктивным холециститом и перитонитом.

Этапное хирургическое лечение с учетом степени тяжести острого гнойного холангита и применением предварительных декомпрессивных вмешательств на желчевыводящих протоках позволило купировать явления

холестаза и гнойной интоксикации, улучшить результаты радикальных операций. При этом необходимость в применении лапароскопических и эндоскопических трансдуоденальных вмешательств было у 81,8% больных с тяжелой степенью, 61,6% средней степени тяжести и 24,1% с легкой степени тяжести острого гнойного холангита.

Оптимизация тактики – технических аспектов комплексного хирургического лечения острого гнойного холангита как осложнения ЖКБ способствовало улучшению результатов лечения за счет раннего купирования холангита, предупреждения образования абсцессов печени и развития билиарного сепсиса. При этом достигнуто уменьшение послеоперационных гнойно – септических и холемических осложнений с 24,5% до 12,1%, летальности с 8,2% до 2,4%.

### ЛИТЕРАТУРА:

13. Abdurakhmanov D. S. et al. Analysis of surgical treatment options for different types of mirizzi syndrome // Bulletin of science and education. – 2021. – №. 5-1 (108). – С. 71-76.

14. Abdurakhmanov D. S. et al. Modern views on the pathogenetic relationship between systemic inflammation and the immune system with a bile peritonitis, complicated abdominal sepsis // Bulletin of science and education. – 2021. – №. 5-1 (108). – С. 81-86.

15. Abdurakhmanov D. S., Rakhmanov Q. E. Analysis of surgical treatment options for different types of mirizzi syndrome // Electronic innovation bulletin. – 2021. – №. 2. – С. 25-28.

16. Abdurakhmanov D. S., Rakhmanov Q. E., Davlatov S. S. Clinical questions extreme currents syndrome mirizzi // Electronic innovation bulletin. – 2021. – №. 6. – С. 37-40.

17. Kurbaniyazov Z. B. et al. Results Of Surgical Treatment of Patients with Mirizzi Syndrome // Periodica Journal of Modern Philosophy, Social Sciences and Humanities. – 2022. – Т. 3. – С. 12-17.

18. Rakhmanov K. E., Davlatov S. S., Abdurakhmanov D. S. Diagnosis and treatment of mirizzi syndrome // Questions of science and education. – 2020. – №. 13. – С. 97.

19. Rosing D.K. Cholangitis: analysis of admission prognostic indicators and outcomes / D.K. Rosing, C. De Virgilio, A.T. Nguyen [ et al.] // Am. Surg. – 2017. – Vol. 73, № 10. – P. 949-954.

20. А.Г. Бебуришвили [и др.] Сочетание интервенционных методов в лечении холангиогенных абсцессов печени у пациентов с механической

желтухой. Актуальные вопросы гепатобилиарной хирургии: материалы XXI Международного конгресса ассоциации гепатобилиарных хирургов стран СНГ. - Пермь, 2014. - С. 82

21. Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И., Хаджибаев Ф.А., Хашимов М.А. Стандартизация ретроградных эндоскопических вмешательств у больных с парафатеральными дивертикулами. // Матер. XX конгресса «Актуальные проблемы хирургической гепатологии». - Донецк, 2013.- С. 105.

22. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Касымов Ш.З. и соавт. Конверсия и её причины при лапароскопических холецистэктомиях у больных острым холециститом // Анналы хирургической гепатологии - 2017. - Т.12. - №3. - С.91-92.

23. Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О., Мирзакулов А.Г. Роль и место миниинвазивных эндобилиарных вмешательств при механической желтухе доброкачественного генеза // Вестник экстренной медицины. 2018. № 3. С. 19-22.

24. Хацко В.В. и др. Острый холангит и билиарный сепсис (научный обзор) // Український журнал хірургії. - 2018, № 2. - С. 152-157.