

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА НА ФОНЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА



Давлатов Салим Сулаймонович¹, Нормаматов Бахриддин Пирмаматович², Рахманов Косим Эрданович²

1 - Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара;

2 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ ФОНИДАГИ ЎТКИР ЙИРИНГЛИ ХОЛАНГИТНИ ХИРУРГИК ДАВОСИ ОПТИМИЗАЦИЯСИ

Давлатов Салим Сулаймонович¹, Нормаматов Бахриддин Пирмаматович², Рахманов Косим Эрданович²

1 - Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.;

2 - Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT FOR ACUTE SUPPURATIVE CHOLANGITIS IN THE CONTEXT OF CHOLELITHIASIS

Davlatov Salim Sulaimonovich¹, Normamatov Bakhriddin Pirmamatovich², Rakhmanov Kosim Erdanovich²

1 - Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara;

2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Мақолада холедохолитиаз фонида ривожланадиган ўткир йирингли холангитни жарроҳлик йўли билан даволашни оптималлаштиришнинг замонавий ёндашувлари кўриб чиқилган. Ўт йўллари декомпрессия қилишнинг турли усуллари, шу жумладан эндоскопик, лапароскопик ва очиқ жарроҳлик аралашувлари таҳлил қилинган. Яллигланиш ўзгаришларининг даражаси, интоксикациянинг оғирлиги ва жигарнинг функционал ҳолатига қараб даволаш тактикасини танлашга алоҳида эътибор қаратилди. Операциядан кейинги асоратлар хавфини камайтириш ва беморларда прогнозни яхшилаш имконини берувчи жарроҳлик аралашувининг оптимал усулини аниқлаш мезонлари тақдим этилган.

Калим сўзлар: ўткир йирингли холангит, холедохолитиаз, жарроҳлик даволаш, эндоскопик декомпрессия.

Abstract. The article discusses modern approaches to optimizing surgical treatment of acute purulent cholangitis that develops against the background of choledocholithiasis. The analysis of various methods of decompression of the biliary tract, including endoscopic, laparoscopic and open surgical procedures, was carried out. Special attention is paid to the choice of treatment tactics depending on the degree of inflammatory changes, the severity of intoxication and the functional state of the liver. The criteria for determining the optimal method of surgical intervention are presented, which can reduce the risk of postoperative complications and improve the prognosis in patients.

Keywords: acute purulent cholangitis, choledocholithiasis, surgical treatment, endoscopic decompression.

Острый гнойный холангит, возникающий на фоне холедохолитиаза, представляет собой серьезное воспалительное заболевание желчных протоков, сопровождающееся высокой летальностью, достигающей до 60% по данным различных авторов. В последние 15 лет наблюдается рост частоты выявления этого заболевания, что связано с увеличением числа воспалительных и опухолевых заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны.

Основной целью лечения острого гнойного холангита является быстрая декомпрессия желч-

ных протоков для предотвращения септического шока и тяжелого сепсиса. Совершенствование методов диагностики и лечения, включая малоинвазивные вмешательства и этапную хирургическую тактику, способствовало улучшению результатов терапии. Однако, несмотря на достижения, летальность остается значительной, что подчеркивает необходимость дальнейшей оптимизации хирургических подходов.

Исследования, проведенные в разных странах, подтверждают актуальность данной проблемы. Так, работы российских ученых, таких как

Багненко С.Ф. и соавторов, указывают на рост частоты острого гнойного холангита. Украинские исследователи, включая Сипливого В.А. и коллег, акцентируют внимание на необходимости совершенствования хирургических методов лечения. Таким образом, оптимизация хирургического лечения острого гнойного холангита на фоне холедохолитиаза остается актуальной задачей современной медицины, требующей дальнейших исследований и внедрения эффективных терапевтических стратегий.

Целью исследования является оптимизация хирургического лечения острого гнойного холангита на фоне холедохолитиаза путем совершенствования диагностических критериев, выбора рациональной хирургической тактики и применения малоинвазивных методик для снижения частоты послеоперационных осложнений и летальности.

Материалы и методы исследования. Анализу подвергались случаи лечения пациентов с острым холангитом, поступивших в хирургическое отделение Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи Самаркандского филиала (РНЦЭМП СФ) в период с 2018 по 2024 года включительно. В соответствии с целью и задачами исследования было сформировано 2 группы исследуемых:

I – больные, находившиеся на лечении с 2018 по 2020 гг. включительно – ретроспективная часть работы (группа сравнения). Это больные, которые оперированы по поводу острого гнойного холангита, различной этиологии.

II – больные, находившиеся на лечении с 2021 по 2024 гг. – проспективная часть работы (основная группа). Это больные, которые оперированы на основе разработанного нами алгоритма лечения больных острым холангитом.

Острый гнойный холангит как осложнение ЖКБ развился вследствие холедохолитиаза и хронического калькулёзного холецистита у 91 (31,6%), острого калькулёзного холецистита и холедохолитиаза у 197 (68,4%) больных, причем острый деструктивный холецистит осложнился

различными формами перитонита у 54 пациентов (разлитой 7, местный 47) (табл. 1).

В качестве инструментальных методов исследования в данном исследовании использовались лучевые и эндоскопические методы, которые играют ключевую роль в диагностике и оценке состояния пациентов с острым гнойным холангитом.

Для устранения билиарной гипертензии у больных использовался широкий арсенал хирургических методов: от малоинвазивных до традиционных открытых операций.

Оперативные вмешательства выполнялись как в одноэтапном, так и в двухэтапном формате. В группе сравнения преобладали одноэтапные операции, составляя 93,5% случаев. В основной группе также доминировали одноэтапные вмешательства (64,8%), однако их значительная часть была представлена гибридными операциями (58,7%). Среди них наиболее часто выполнялись эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с литэкстракцией из общего желчного протока (холедоха) и холецистэктомия, как лапароскопическим (59,1%), так и открытым способом (40,9%).

Ведение пациентов с гнойным холангитом в группе сравнения по Токойской классификации (2013, 2018) предполагало индивидуализированный подход, основанный на степени тяжести заболевания. Хирургическое вмешательство откладывали до стабилизации состояния пациентов, особенно при тяжёлой степени (Grade III).

Включение плазмафереза в сочетании с непрямой электрохимической оксигенацией и озонированием (ПФ с НЭХО+О₃) в программу периоперационного ведения пациентов в основной группе с гнойным холангитом и холецистическим эндотоксикозом позволило значительно улучшить клинические результаты лечения. Проведенные исследования подтвердили высокую эффективность данной методики в устранении эндогенной интоксикации, снижении риска развития полиорганной недостаточности и улучшении показателей гомеостаза.

Таблица 1. Клиническое течение острого гнойного холангита при осложнении ЖКБ

Осложнение ЖКБ		Основная группа (n=196)	Группа сравнения (n=92)	Всего (n=288)
хронический калькулёзный холецистит + холедохолитиаз		59 (30,1%)	32 (34,8%)	91 (31,6%)
острый деструктивный холецистит + холедохолитиаз		137 (69,9%)	60 (65,2%)	197 (68,4%)
в т.ч. перитонит	разлитой	12	3	15
	местный	21	18	39
Всего		196	92	288

Результаты исследования. Расширение показаний к гибридным операциям и операциям Rendezvous отрицательно не сказались на продолжительности хирургического вмешательства. Напротив, этот показатель уменьшился. В 2 раза по сравнению с контролем сократилась длительность стационарного лечения после операции – с $7,2 \pm 1,2$ до $5,9 \pm 0,3$ дня.

Уменьшение травматичности хирургического доступа с ранней активацией оперированных больных, способствовали двукратному сокращению длительности послеоперационной реабилитации.

По сравнению с предыдущими годами работы больным с острым холангитом мы заметно сократили показания к операциям из традиционного широкого доступа. Это обстоятельство в совокупности со снижением частоты ранних послеоперационных осложнений положительно сказалось и на частоте случаев выписки больных из стационара – этот показатель снизился в 5 раз.

По сравнению с 2018–2020 гг. частота послеоперационных осложнений снизилась с 26,8% до 6,1%, то есть почти в 4,5 раза, а летальность уменьшилась в 3 раза. Существенно снизились гнойно – септические осложнения с 15,2% до 2,4%, реже стали встречаться такие осложнения, как желчеистечение (в 3,5 раза) и желчный перитонит.

В 4 (4,3%) случаях в группе сравнения причиной летального исхода стала полиорганная недостаточность у пациентов с тяжелой степенью холангита и холемиического эндотоксикоза и в 1 (1,1%) случае причина летального исхода было перфорация стенки двенадцатиперстной кишки, далее забрюшинная флегмона и гнойно – септическое осложнение. В 4 (2,0%) случаях в основной группе причиной летального исхода также был тяжелый холемический эндотоксикоз. Из них в одном случае летальный исход наступил после открытой холецистэктомии с наружным дренированием холедоха, ещё в одном случае причина летального исхода был тотальный панкреонекроз после ЭПСТ, а в двух случаях — на первом этапе лечения после антеградной холангиографии у пациентов с рубцовой стриктурой гепатикохоледоха и тяжелым холангитом (GIII). Следует отметить, что в этих трёх случаях пациенты не проходили сеансы плазмафереза в сочетании с НЭХО.

У 9 пациентов с гнойно-септическими осложнениями, такими как поддиафрагмальный и подпечёчный абсцессы, в 4 случаях удалось выполнить пункцию и дренирование гнойной полости под ультразвуковым контролем. В 5 случаях абсцесс был вскрыт хирургическим методом: по Мельникову – в 1 случае при поддиафрагмальном абсцессе и через правый подреберный доступ – при подпечёчном абсцессе.

В 1 случае холемическое кровотечение удалось купировать консервативной терапией. Также консервативное лечение проводилось пациентам с нагноением остаточной полости (1 больному) и послеоперационной раны (3 больным).

В основной группе пациентов при развитии местных осложнений после оперативных вмешательств повторные операции потребовались лишь двум больным.

У одного пациента после гибридной операции (ЭПСТ + ЛХЭ) из-за соскальзывания клипсы с культы пузырного протока была выполнена лапаротомия с перевязкой пузырного протока. Другому пациенту с нагноением остаточной полости после эхинококкэктомии потребовалась черезкожная пункция и дренирование остаточной полости под контролем УЗИ.

У 3 пациентов с гнойно-септическими осложнениями санация гнойного очага выполнена под ультразвуковой навигацией.

В остальных 6 случаях осложнения удалось купировать консервативной терапией и динамическим наблюдением при наличии наружного желчеистечения.

Выводы: Анализ результатов лечения пациентов с острым гнойным холангитом показал, что ведущим фактором летальности является выраженная билиарная эндотоксемия, обусловленная системной воспалительной реакцией на фоне обструкции желчных путей и инфицирования желчи. Наибольшая частота летальных исходов (4,5%) и местных осложнений (18,7%) отмечена после выполнения экстренных одноэтапных радикальных вмешательств, что связано с высокой операционной травматичностью, значительной интраоперационной бактериальной контаминацией и неспособностью организма пациента адекватно компенсировать последствия эндотоксемии в условиях тяжелого септического процесса.

Гибридные вмешательства при остром холангите лёгкой и средней степени тяжести на фоне холедохолитиаза и прорыва эхинококковых кист в желчные протоки являются приемлемой и безопасной альтернативой традиционному двухэтапному лечению. Этапное хирургическое лечение при тяжёлой степени гнойного холангита и билиарной эндотоксемии с применением предварительных декомпрессивных вмешательств на желчевыводящих путях позволило купировать холестаз и гнойную интоксикацию, а также улучшить результаты радикальных операций. Применение дифференцированного хирургического подхода в данных группах способствовало снижению частоты осложнений с 26,8% до 6,1%, сокращению сроков

госпитализации и повышению качества жизни пациентов.

Литература:

1. Гальперин Э. И. Механическая желтуха: состояние "мнимой стабильности", последствия "второго удара", принципы лечения // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2011. – Т. 16. – №. 3. – С. 16-25.
2. Давлатов С. С. Новый метод детоксикации организма в лечении больных гнойным холангитом // *Журнал МедиАль*. – 2013. – №. 3 (8). – С. 62-65.
3. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Дифференцированный подход в лечении миниинвазивных вмешательств при остром панкреатите алиментарного генеза // *Журнал гуманитарных и естественных наук*. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 272-279.
4. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Аспекты хирургического лечения острого билиарного панкреатита // *Журнал гуманитарных и естественных наук*. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 280-284.
5. Ризаев Э. А. и др. Дифференцированный хирургический подход к лечению острого панкреатита на основе визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости: анализ исходов // *Scientific approach to the modern education system*. – 2024. – Т. 3. – №. 29. – С. 138-139.
6. Ризаев Э. А. и др. Применение визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости для выбора хирургической стратегии при остром панкреатите: анализ эффективности и летальности // *Scientific approach to the modern education system*. – 2024. – Т. 3. – №. 29. – С. 140-141.
7. Ризаев Э. А. и др. Оптимизация хирургических стратегий при остром панкреатите на основе визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости: анализ эффективности и летальности // *Zamonaviy ta'lim tizimini rivojlantirish va unga qaratilgan kreativ g'oyalar, takliflar va yechimlar*. – 2024. – Т. 7. – №. 71. – С. 189-189.
8. Ризаев Э. А. и др. Роль визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости и влияние на клинические исходы // *Zamonaviy ta'lim tizimini rivojlantirish va unga qaratilgan kreativ g'oyalar, takliflar va yechimlar*. – 2024. – Т. 7. – №. 71. – С. 120-120.
9. Costanzo M. L. et al. Acute cholecystitis from biliary lithiasis: diagnosis, management and treatment // *Antibiotics*. – 2023. – Т. 12. – №. 3. – С. 482.
10. Davlatov S. S. et al. A New method of detoxification plasma by plasmapheresis in the treatment of endotoxemia with purulent cholangitis // *Академический журнал западной Сибири*. – 2013. – Т. 9. – №. 2. – С. 19-20.
11. Ely R., Long B., Koyfman A. The emergency medicine— focused review of cholangitis // *The Journal of Emergency Medicine*. – 2018. – Т. 54. – №. 1. – С. 64-72.
12. Gafurovich N. F., Babajanovich K. Z., Salim D. Modified method of plasmapheresis in the treatment of patients with purulent cholangitis // *European science review*. – 2018. – №. 7-8. – С. 142-147.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА НА ФОНЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Давлатов С.С., Нормаматов Б.П., Рахманов К.Э.

Резюме. В статье рассматриваются современные подходы к оптимизации хирургического лечения острого гнойного холангита, развивающегося на фоне холедохолитиаза. Проведен анализ различных методов декомпрессии желчевыводящих путей, включая эндоскопические, лапароскопические и открытые хирургические вмешательства. Особое внимание уделено выбору тактики лечения в зависимости от степени воспалительных изменений, выраженности интоксикации и функционального состояния печени. Представлены критерии для определения оптимального метода хирургического вмешательства, позволяющие снизить риск послеоперационных осложнений и улучшить прогноз у пациентов.

Ключевые слова: острый гнойный холангит, холедохолитиаз, хирургическое лечение, эндоскопическая декомпрессия.