

УДК 616.366-003.7+616.94:616.36-002.3

© Я. Г. КОЛКИН, В. В. ХАЦКО, А. Д. ШАТАЛОВ, В. А. ЕПИФАНЦЕВ, В. В. ПОТАПОВ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Билиарный сепсис при холедохолитиазе

YA. H. KOLKIN, V. V. KHATSKO, A. D. SHATALOV, V. A. EPIFANTSEV, V. V. POTAPOV

Donetsk National Medical University by M. Horkyi

BILIARY SEPSIS AT CHOLEDOLITHIASIS

С каждым годом увеличивается количество больных с желчнокаменной болезнью и ее осложнениями. Острый холангит (ОХ) возникает у 4,2–36,5 % пациентов с холедохолитиазом (ХДЛ) на фоне обструкции и стаза желчи. В настоящее время ОХ приобретает статус не осложнения, а самостоятельной проблемы. Он характеризуется не только местным гнойно-деструктивным процессом, но и системными расстройствами, быстро приводящими к тяжелой эндогенной интоксикации и выраженной органной дисфункции. Тяжесть морфологических и клинических проявлений холангита и билиарного сепсиса (БС) весьма разнообразна. Послеоперационная летальность у таких больных составляет 8–67 %. Не все вопросы этой патологии решены окончательно.

Цель работы: уточнить клинико-диагностические критерии билиарного сепсиса, обусловленного холедохолитиазом для разработки оптимальной тактики лечения и улучшения результатов.

За 12 лет в клинике оперированы 978 больных с холедохолитиазом. В 90 (9,2 %) случаях выявлен билиарный сепсис. Среди пациентов были 61 женщина и 29 мужчин в возрасте от 32 до 80 лет. Острый калькулезный холецистит был в 23 % случаев, хронический калькулезный холецистит – в 72,4 %, резидуальный холедохолитиаз – в 4,6 %.

Диагноз БС ставили на основании клинико-лабораторных данных, бактериологического исследования желчи и крови, УЗИ, компьютерной томографии, магнитно-резонансной холангиопанкреатографии, эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии, чрескожной чреспеченочной холангиографии, фиброхолангиоскопии. Для оценки тяжести состояния больных применяли модифицированную шкалу АРАСНЕ II.

В клинической картине билиарного сепсиса наблюдали симптомы общей интоксикации, печеночной недостаточности и энцефалопатии, которые при неадекватном или поздно начатом лечении привели к развитию полиорганной недостаточности у 8

(8,8 %) больных. В 33,4 % случаях лейкоцитоз превышал $15,2 \times 10^9/\text{л}$. Крайне тяжелое состояние соответствовало по модифицированной шкале АРАСНЕ II 20 и более баллам.

О холестатическом синдроме свидетельствовали повышение активности щелочной фосфатазы в 1,9 раза, прямого билирубина – в 9,6 раза, активности АсАТ и АлАТ (в 2,2 и 2,4 раза соответственно).

Для диагностики тяжелого БС и билиарного септического шока мы учитывали: наличие клинических признаков синдрома системной воспалительной реакции; развитие синдрома полиорганной недостаточности; значение по модифицированной шкале АРАСНЕ II более 10 баллов; ультразвуковые признаки билиарной гипертензии; воспалительные изменения в магистральных желчевыводящих протоках; гипербилирубинемия более 24 мкмоль/л; уровень прокальцитонина в плазме более 5,9 нг/мл.

Бактериологическое исследование протоковой желчи, полученной интраоперационно и эндоскопически, выявило наличие бактериохолитии у 94,6 % обследованных. Наиболее часто выявляли *E. Coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* в виде монокультуры, либо в виде смешанной инфекции (74,6 %), более всего в сочетании с золотистым стафилококком. Изученные штаммы были наиболее чувствительны к цефалоспорином III–IV поколений и карбапенемам.

У больных с БС и обтурационной желтухой основное значение придавали активной хирургической тактике, приоритетному применению миниинвазивных технологий в сочетании с интенсивной инфузионной и антибиотикотерапией. В клинике выполнены следующие операции: эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с литоэкстракцией, назобилиарным дренированием (НБД), с последующей ЛХЭ через 5–7 дней – у 37 (41,1 %) пациентов; ЭПСТ с литоэкстракцией и промыванием холедоха антисептическими растворами, с последующей ЛХЭ через 5–7 дней – у 18 (20 %); ЛХЭ, удаление конкрементов из холедоха через культю

пузырного протока, холедохостомия по Холстедту – у 13 (14,5 %); чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) при высоком риске – у 7 (7,8 %); ранняя лапаротомия, ХЭ, холедохотомия, наружное дренирование холедоха по Холстедту или Вишневскому – у 15 (16,6 %).

В 52 (57,7 %) случаях хороший эффект показал разработанный в клинике “Способ лечения острого обтурационного холангита” (патент № 30307 от 25.02.2008 г.), с применением общей и местной озонотерапии. Важное значение в лечении БС придавали также гемодинамической и респираторной поддержке, дезинтоксикации с применением эффективных методов (гемосорбция, плазмаферез), рациональной антибиотикотерапии, иммунокоррекции, антиоксидантам, витаминотерапии.

Умерли 8 (8,8 %) из 90 больных вследствие нарастания явлений сепсиса и полиорганной недо-

статочности, из них 4 (5,3 %) – после применения миниинвазивных и 4 (26,6 %) – после открытых оперативных вмешательств. За последние 12 лет летальность уменьшилась на 16,2 %.

Выводы. Холедохолитиаз является основным этиологическим фактором развития острого холангита и БС. Применение современных эндоскопических методов лечения острого холангита и БС, в сочетании с общей и местной озонотерапией, адекватной антибактериальной терапией является эффективным лечебно-диагностическим комплексом, позволяющим значительно улучшить результаты.

В перспективе необходимо определять более точные маркеры билиарного сепсиса на ранней стадии, совершенствовать способы эндоскопической хирургии и дезинтоксикационного лечения.

Получено 24.01.13