

*Оморов Р.А., Конурбаева Ж.Т., Мусаев У.С., Бейшенбаев Р.К.*

**ТРЕБОВАНИЯ К ЛЕЧЕНИЮ ГНОЙНЫХ ХОЛАНГИТОВ**

*R.A. Omorov, Zh.T. Konurbaeva, U.S. Musaev, R.K. Beishenbaev*

**MODERN REQUIREMENTS IN PURULENT CHOLANGITIS TREATMENT**

*Цель работы – представить основные принципы лечения гнойных холангитов и их лечение. В оценке эффективности использованы тесты эндотоксемии, иммунологические, биохимические исследования. Наблюдение – 97 больных, основные этапы лечения – дренирование желчных путей и детоксикационная терапия.*

**Ключевые слова:** холангит, дренирование, детоксикационная терапия.

*The object of the work was to present the main principles of purulent cholangitis treatment. Endotoxemia tests, immunologic and biochemical examinations were used in the evaluation of the effectiveness. Ninety-two patients were followed. Drainage of biliary tract and detoxical therapy were the main treatment stages.*

**Keywords:** cholangitis, drainage, detoxical therapy.

Лечение гнойного холангита представляет сложную задачу и оно должно быть направлено на все звенья патогенеза данного осложнения многих заболеваний. Несмотря на разработанную технику операций, использование антибиотиков нового поколения, массивность детоксикационной терапии процент осложнений и летальности изменился незначительно [1,2]. Это положение требует разработок более совершенных методов лечения [3,4].

В клинике факультетской хирургии на протяжении многих лет ведутся исследования по диагностике и лечению различных осложнений желчнокаменной болезни, в частности, холангитов и накопленный опыт и новые разработки позволили использовать их в лечении больных холангитами и представить современные требования, которые должны осуществляться на этапах лечения, чтобы добиться клинического выздоровления.

Цель работы - представить разработанные подходы к лечению холангитов, основываясь на современных достижениях хирургии.

**Материал и методики исследования**

Под наблюдением находилось 97 больных желчнокаменной болезнью, осложненной холангитом. Состояние больных мы оценивали по критериям эндотоксикоза, разработанным в нашей клинике и выделили больных с легкой степенью эндотоксикоза - 14, средней степени тяжести - 62 и 21 - тяжелая степень эндотоксикоза.

При поступлении в стационар пытались обследовать в кратчайшие сроки и оперировать как можно быстрее, так как затягивание срока с операцией ведет к

усугублению нарушений функционального состояния печени.

Предоперационная подготовка была кратковременной и включала в основном дезинтоксикационную терапию и лечение сопутствующих заболеваний. Большинство больных оперированы на 2-3-4 сутки с момента поступления. Особенностью операции является тщательный гемостаз, бережное отношение к тканям и создание адекватного оттока для желчи.

При холангитах, после ликвидации его причины, наиболее часто осуществляем наружное дренирование, наиболее адекватным является применение двухпросветного дренажа, один конец которого короче, через него осуществляем промывание холедоха противотечной жидкостью, а второй длиннее и конец его направлен к воротам печени, через который идет постоянный отток желчи. Противотечная смесь состоит из 0,25% раствора новокаина 200 мл с добавлением 1 мл норадреналина или адреналина, 2,0 пирамидона и в теплом виде эта смесь вводится 2-3 раза в сутки. Введение смеси способствует более быстрой ликвидации воспалительного процесса в протоках.

Следующим требованием мы считаем обязательную декомпрессию холедоха при наложении билиодигестивного анастомоза, который мы наложили у 27 больных в связи с наличием множества мелких камней в холедохе или замазкообразных масс. При гнойных холангитах, когда имеются показания к наложению билиодигестивного анастомоза, всегда существует риск возникновения несостоятельности, поэтому декомпрессия обязательна, ее мы осуществляем дренированием микроиригатором, но через него также выполняем введение противовоспалительной жидкости, что обеспечивает ликвидацию воспаления.

Наряду с дренированием холедоха считаем необходимым назначение антибиотиков, таких как цефазолин, кефзол, мандол, роцефин. Как показали наши исследования, микрофлора желчи более чувствительна к этим препаратам, поэтому мы их чаще использовали.

Непременным условием для успешного исхода операции является выполнение детоксикационной терапии, которая осуществлялась нами с учетом степени тяжести эндотоксикоза. Объем детоксикационной терапии зависел от состояния больных. Здесь мы использовали гемосорбцию, плазмаферез, УФО аутокрови, которые позволяют более быстро снять интоксикацию. Но в последние годы в связи со скуд-

ным финансированием больниц, возможности использования плазмафереза и гемосорбции резко снизились и поэтому мы вновь вернулись к введению медикаментозных средств в реканализованную пупочную вену. Этот путь обеспечивает максимальную концентрацию медикаментозных средств в очаге воспаления. Кроме этого, назначали больным и иммунокорректоры (тактивин, левамизол и др.), так как при холангите всегда возникает вторичный иммунодефицит. После удаления катетра из пупочной вены продолжали инфузионную терапию.

Выполняя все перечисленные выше требования, позволили добиться хороших результатов у 95 больных, а 2 умерли от нарастающей полиорганной недостаточности, но они поступили в тяжелом состоянии уже с явлениями полиорганной недостаточности, которая после операции нарастала.

Как показали наши исследования, добиться хороших результатов в оперативном лечении холангита можно при тщательном выполнении правил: ранние

сроки операции, выбор адекватного дренирования и осуществление в достаточном объеме детоксикационной терапии.

#### Литература

1. *Арипов У.А., Алиджанов Ф.Б., Мурадов Н.Н.* Холедоходуоденостомия с использованием сшивающего аппарата СПП-2с // Хирургия. - 1994. - № 12. - С.42-46.
2. *Мыш Г.Д., Ладыгин В.И., Поздильков А.В.* Холангит как хирургическая проблема // Материалы I Всесоюзного симпозиума по хирургии печени и желчных путей. - Ташкент, 1981. - С. 14-15.
3. *Шаповальянц С.Г., Цкаев А.Ю., Грушко Г.В.* Выбор метода декомпрессии желчных путей при механической желтухе и холангите // Анналы хир. гепатологии. - 1997. - № 2. - С.117-122.
4. *Черкасов В.А., Попов С.Д., Гушенский А.Б.* Оценка эффективности наружного дренирования холедоха // Хирургия. — 2004. - № 6. – С. 12-16.