

Мусаев У.С.

**ВЫБОР ОБЪЕМА ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ
ПРИ ГНОЙНЫХ ХОЛАНГИТАХ**

C.U. Musaev

**CHOICE OF THE DETOXICAL TREATMENT VOLUME OF THE PATIENTS
WITH PURULENT CHOLANGITIS**

У больных желчнокаменной болезнью одним из основных осложнений является механическая желтуха и холангит, который может привести к формированию внутрипеченочных абсцессов или септикопиемии, а генерализация инфекции, в свою очередь, приводит к развитию полиорганной недостаточности, существенно ухудшает прогноз [1,2,3]. По данным многих авторов, при механической желтухе в 70-85% случаев возникает холангит [4,5]. Необходимо отметить, что одним из основных этапов лечения, не умоляя значимости дренирования холедоха и противовоспалительной терапии, являются детоксикационные меры, так как больные чаще всего погибают от развившейся полиорганной недостаточности. Многие хирурги начинают осуществлять детоксикационную терапию тогда, когда инфузионная не дала эффекта, а это оказывает существенное влияние на исход заболевания [6,7,8].

Целью данного исследования было определение объема детоксикационной терапии при гнойных холангитах.

Резюме: целью работы был выбор объема детоксикационной терапии при гнойных холангитах. Для оценки эффективности использовали лейкоцитарный индекс интоксикации, парамецийный тест, печеночные и почечные тесты и УЗИ. Установлено, что при холангитах необходим учет степени тяжести эндотоксикоза для определения объема лечения.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холангит, детоксикационная терапия.

The object of the work was the choice of the volume of the detoxical treatment in patients with purulent cholangitis. Leukocytic index of intoxication, paramecic test, hepatic and renal tests, and USE were used to evaluate the effectiveness of the treatment. It was found that the taking the endoxicosis difficulty rate into consideration to determine the volume of the treatment in patients with cholangitis was necessary.

Key words: cholelithiasis, cholangitis, detoxical therapy.

Материал и методики исследования

Под наблюдением находилось 47 больных, у которых была четко выражена картина механической желтухи и холангита. Мужчин было 20 и женщин - 27, возраст их колебался от 22 до 86 лет.

Основными жалобами при поступлении были желтуха, зуд кожи, боли в правом подреберье, высокая температура с ознобами. Со стороны анализов крови у большинства отмечался высокий лейкоцитоз, со значительными изменениями со стороны формулы (лейкоцитарный сдвиг влево с увеличением количества палочкоядерных), повышенный уровень билирубина,

который колебался от 50 мкмоль/л до 473 мкмоль/л. Из 47 больных наблюдались изменения и со стороны функции почек. Уже в первые дни после операции отмечен высокий уровень мочевины и креатинина, что указывало на вовлечение в патологический процесс и почек. С легкой степенью эндотоксикоза было 7, со средней - 27 и тяжелой - 13 больных. В оценке состояния степени тяжести эндотоксикоза мы пользовались критериями, разработанными Д.С.Рафибековым и соавт. [8]. Здесь учитывались клинические проявления, биохимические показатели, тесты эндотоксикоза и результаты ультразвукового исследования. Обращала на себя внимание и давность заболевания. Так, лишь 7 больных обратились в стационар с первых дней появления желтухи, еще 8 - с давностью 3-4 дня, а остальные поступили позже 4 суток, что имело значение в исходе операции.

Результаты и обсуждение

После проведенных исследований, которые выполнялись сразу в момент поступления больного в стационар, было установлено, что у 38 больных причиной механической желтухи и холангита явилась желчнокаменная болезнь с наличием вклинившегося камня в холедох, а у 5 - резидуальный холедохолитиаз, у двух причина холангита не была установлена до операции, а лишь в момент выполнения операции - это были замазкообразные камни, которые не были выявлены при УЗИ.

Все больные оперированы под эндотрахеальным обезболиванием. Доступ - в правом подреберье по Кохеру или по А.В.Вишневному. В момент операции причина холедохолитиаза у всех была устранена и холедох дренирован.

Особым этапом в лечении была детоксикационная терапия с учетом степени тяжести эндотоксикоза.

При первой степени эндотоксикоза выполняли инфузионную терапию, так как детоксикационные органы справляются с функцией детоксикации при второй степени тяжести эндотоксикоза инфузионная терапия не обеспечивает ликвидации эндотоксикоза, поэтому при второй степени включали УФО аутокрови, в единичных случаях осуществляли плазмаферез (7 больных). Самыми тяжелыми были больные с тяжелой степенью эндотоксикоза.

При тяжелой степени сразу же после операции начинали детоксикационную терапию - УФО аутокрови сочетали с фракционным плазмаферезом и введением солевых растворов и белковых препаратов внутривенно с комплексом витаминов в максимальной дозировке. В особо тяжелых случаях использовали введение медикаментозных средств в пупочную вену. Для этого, после завершения основного этапа операции осуществляли реканализацию пупочной вены и оставляли в ней катетр, который используется для катетеризации подключичной вены и через отдельный разрез выводили наружу. Ежедневно в пупочную вену вводили гепатотропные препараты (эссенциале или гептрал по 5 мл, гемодез, комплекс витаминов, а при септическом состоянии и антибиотики: цефазолин или кефзол, а также метрогил) на протяжении 4-5 дней. Это позволило быстро ликвидировать явления эндотоксемии, добиться нормализации температуры и предотвратить развитие полиорганной недостаточности. Перечень препаратов, вводимых в пупочную вену, дан в таблице.

Контроль эффективности данного подхода к выбору объема детоксикационной терапии показал, что, начиная с первых суток после операции, идет снижение лейкоцитарного индекса интоксикации, увеличивается время парамециинового теста, а с третьих суток снижается уровень билирубина, мочевины и креатинина.

В послеоперационном периоде у одного больного возникло осложнение -это плевропневмония, которая потребовала более длительного пребывания в стационаре, а у остальных послеоперационный период протекал без осложнений.

Таким образом, полученные нами данные показывают, что у больных желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой и холангитом, всегда имеется риск возникновения полиорганной

недостаточности. Выполнение детоксикационной терапии с учетом степени тяжести эндотоксикоза позволяет добиться выздоровления. Из наиболее эффективных методов экстракорпоральной детоксикации является фракционный плазмаферез, УФО аутокрови и введение медикаментозных средств через реканализованную пупочную вену.

Литература:

1. Ашрафов А.А., Алиев М.А. Хирургическая тактика при калькулезном холецистите, осложненном механической желтухой // Вестник хирургии. -1991.-№5.-С.32-34.
2. Богомолова Н.С., Цацаниди К.И., Шерванидзе Г.Г. Антибактериальная терапия острого гнойного холангита // Хирургия. - 1997. - № 2. - С.58-60.
3. Гуша А.Л., Подьяблонская И.А., Баулин С.С. Выбор метода операции при холангите // Матер. I Всесоюзной конф. по хирургии печени и жнлчных путей. - Ташкент. - 1991. - С.58-60.
4. Дарменов О.К. Тактические и технические ошибки в экстренной хирургии желчных путей // Материалы. - 1995. - С.77-78.
5. Ермолов А.С., Шулутко А.М., Прудков М.И. Хирургическое лечение острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста // Хирургия. - 1998. - № 2. - С.11-15.
6. Лохвицкий СВ., Абезов М.Е., Бысов Е.В. Гнойный холангит: этиология, патогенез, принципы дренирования желчных путей, антибактериальной и иммунотерапии // Материалы I Всесоюзного симпозиума по хирургии печени и желчных путей. - Ташкент. - 1991. - С.53-54.
7. Мыш Г.Д., Ладыгин В.И., Поздняков А.В. Холангит как хирургические проблемы // Материалы I Всесоюзного симпозиума по хирургии печени и желчных путей. - Ташкент. -1991.-С.14-15.
8. Рафибеков Д.С., Вишняков Д.В., Имашов У.Д. Хирургический эндотоксикоз // Материалы III конгресса хирургов Кыргызской Республики. - Бишкек. - 2000. - С.177-180.