

*Алыбаев Э.У., Сыргаев Д.Т., Мамакеев Ж.Б., Турсуналиев А.К.*

**АЗЫРКЫ ШАРТТАРДА БООРДУН СЕПСИСИ ЖАНА  
КУРЧ ЖООН ӨТ ТҮТҮКЧӨСҮНҮН СЕЗГЕНИШИНИ ДАРЫЛОО  
МЕТОДДОРУН ОПТИМАЛДАШТЫРУУ**

*Алыбаев Э.У., Сыргаев Д.Т., Мамакеев Ж.Б., Турсуналиев А.К.*

**ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БИЛИАРНОГО СЕПСИСА  
И ОСТРОГО ХОЛАНГИТА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

*E.U. Alybaev, D.T. Syrgaev, J.B. Mamakeev, A.K. Tursunaliyev*

**OPTIMIZATION OF TREATMENT OF BILIARY SEPSIS AND ACUTE  
CHOLANGITIS IN MODERN CONDITIONS**

УДК: 616.351/352-616.361-616-366-003.7

Макалада Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо Министрлигинин Улуттук Хирургиялык Борборунда 2017-жылдан 2018-жылга чейинки мезгилде стационардык дарыланууда курч жоон өт түтүкчөсүнүн сезгенишинин жана боордун сепсисинин ар кандай оордугундагы жана этиологиясындагы дарыланган 23 бейтаптын медициналык документтери изилденди. Иликтенишкен 23 бейтаптын ичинен, 10 бейтапта курч жоон өт түтүкчөсүнүн сезгенишинин тез, башкача айтканда, бир нече күнгө чейин септикалык абалы өнүккөн, бул жалпы санынын 43% түздү, ал эми калган 13 (57%) бейтаптын септикалык абалы бир нече күндөн кийин өнүккөн, бул бейтаптарда курч жоон өт түтүкчөсүнүн сезгенишинин кечигүү агымында жүрүшү байкалган, бул жалпы санынын 57% түздү. Болуп калган эки топтун клиникалык симптоматикасы ар кандай байкалган жана сепсисин курч жана өнөкөт агымын таап көрсөтүү өзгөчө эмгек деле талап кылган эмес. Көпчүлүк бейтаптарга тандап алуу методу болуп эндоскопиялык папиллосфинктеротомия болуп калды, ал аларга эндоскопиялык ретрограддык холангиопанкреатография (ЭРХПГ) убагында аткарылды жатты. Көп учурда оорудууларга жүргүзүлгөн мөөнөттүү папиллосфинктеротомиядан кийин ошондой эле оперативдүү кийлигишүү жүргүзүлдү, ал: холецистэктомия же холецистостомия, холедоходуоденостомия, холецистодуоденостомия. Кээ бир учурларда операция убагында эле өттүн жолдоруна (холедохко) сырттан дренаждоо азинвазивдик операциялардан кийин өткөрүлчү. Изилдөө мезгилинде алынган маалыматтар хирург-дарыгерлердин ишин жакшыртуу үчүн дарылоо-диагностикалык оптималдуу алгоритми иштеп чыгууга жана курч жоон өт түтүкчөсүнүн сезгенишинин жана боордун сепсиси менен ооругандардын оорусунун өтүшүп кетүүсүнүн жана өлүмдүүлүгүнүн пайызын төмөндөтүүгө мүмкүндүк берди.

**Негизги сөздөр:** курч жоон өт түтүкчөсүнүн сезгениши, холецистит, сепсис, боордун сепсиси, папиллосфинктеротомия.

В статье изучена медицинская документация пролеченных 23-х пациентов, в стационарном лечении в период с 2017 по 2018 года в Национальном Хирургическом Центре Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики с острым холангитом и билиарным сепсисом различной тяжести и этиологии. Из числа 23-х пациентов, которые были исследованы, у 10-ти пациентов с острым холанги-

том быстро, то есть до нескольких дней развилось септическое состояние, что составило - 43% от общего числа, у остальных 13-ти (57%) пациентов септическое состояние развилось после нескольких дней, у данных пациентов наблюдалось затяжное течение холангита, что составило - 57% от общего числа. У получившихся двух групп клиническая симптоматика проявлялась по разному и можно было без особых трудов выявить течение острого и хронического сепсиса. Методом выбора для большинства пациентов явилась эндоскопическая папиллосфинктеротомия, которая выполнялась им во время процедуры эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ). Зачастую больным после проведенной срочной папиллосфинктеротомии проводилась также оперативное вмешательство, такое как: холецистэктомия или холецистостомия, холедоходуоденостомия, холецистодуоденостомия. В некоторых случаях во время операции также проводили наружное дренирование холедоха после применения малоинвазивных операций. Нами при наличии структуры билиодигестивного анастомоза выполнялась процедура реканализации анастомоза. При остальных случаях видах структуры желчевыводящих путей выполнялась операция наложения билиодигестивного анастомоза с последующим транспеченочным дренированием. Данные полученные во время исследования позволили выработать лечебно-диагностический оптимальный алгоритм для улучшения работы врачей хирургов и снизить процент осложнений и летальности у больных страдающих острым билиарным сепсисом и острым холангитом.

**Ключевые слова:** острый холангит, холецистит, сепсис, билиарный сепсис, папиллосфинктеротомия.

The article examines the medical records of 23 patients in hospital treatment in the period from 2017 to 2018 at the National Surgical Center of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic with acute cholangitis and biliary sepsis of various severity and etiology. Among the 23 patients who were studied, 10 patients with acute cholangitis-Tom quickly, they have to days developed septic as the state, which amounted to 43% of the total number, the remaining 13 (57%) patients in septic condition had developed after a few days in these patients prolonged duration of cholangitis, which accounted for 57 percent of the total. The resulting two groups of clinical symptoms manifested in different ways and it was possible to identify the course of acute and chronic sepsis without much difficulty. The method of choice for the majority of patients was endoscopic papillosphincterotomy, which was performed by him during the procedure of endoscopic retrograde cholangiopancreatography

(ERCP). Often, patients after an urgent papillosphincterotomy was also performed surgery, such as cholecystectomy or cholecystoyunostomy, choledochoduodenostomy, cholecystoduodenostomy. In some cases, during the operation, external drainage of choledochus was also performed after the application of minimally invasive operations. We performed the procedure of recanalization of anastomosis in the presence of the structure of bilio-digestive anastomosis. In other cases, the types of biliary tract structures were subjected to the operation of biliodigestive anastomosis followed by transhepatic drainage. The data obtained during the study made it possible to develop a therapeutic and diagnostic optimal algorithm for improving the work of surgeons and to reduce the percentage of complications and mortality in patients with acute biliary sepsis and acute cholangitis.

**Key words:** acute cholangitis, cholecystitis, sepsis, biliary sepsis, papillosphincterotomy.

**Введение:** Острый гнойный холангит, гнойные воспалительные заболевания внутрипеченочных и внепеченочных желчных протоков, без сомнения являются тяжелым состоянием желчевыводящих путей при внутренних желчных свищах, при наличии камней в просвете холедоха, при различных стенозах большого дуоденального сосочка и других патологиях.

Холангит был впервые выделен ученым J.M. Charkot в 1877 г. который описывал симптоматику заболевания в виде трех клинических симптомов: озноб, лихорадка и желтуха. По мере дальнейшего изучения заболевания другими авторами, была отмечена связь между абсцессами печени, обструкцией желчных протоков и самим гнойным холангитом у больных, которые скончались во время терапии застоя желчи [2].

Существуют два фактора, которые являются предрасполагающими в основе инфекций желчных или так называемых билиарных путей. Первым является застой желчи в желчевыводящих путях с дальнейшей возможностью инфицирования патогенными микроорганизмами. Желчь в данном случае начинает сгущаться и подвергается инфицированию ретроградным путем из кишечника. Вследствие чего нами выделено два механизма развития холангита, первый – это механизм резкого стаза желчи в желчевыводящих путях вследствие обструкции желчевыводящих путей на различном уровне билиарной системы, вследствие чего развивается холангит из-за обструкции путей. Не трудно догадаться что наиболее частой причиной является ЖКБ, а именно ее осложнение, как холедохолитиаз, далее по распространенности идет доброкачественные новообразования, приводящие к сужениям желчевыводящих путей. [13,16]. Второй механизм – это фактор, который приводит к развитию восходящего холангита, в патогенезе лежит рефлюкс содержимого кишечника в просвет холедоха, т.е. рефлюкс холангит. [11, 13]. Симптоматика холангита при этом проявляется вследствие токсемии, развивающейся после рефлюкса патогенной флоры кишечника в просвет холедоха где присутствует

желчь с последующим размножением флоры в желчевыводящей системе.

На сегодняшний день подавляющее число ученых считают, что смертность при остром гнойном холангите достигает более 95-97% случаев, если не проводить своевременное оперативное лечение. Несмотря на это смертность после проведенной операции также является высокой и по мнению многих ученых колеблется в пределах 15-62% [1, 4, 6, 8, 10].

**Цель исследования.** Нами поставлена цель разработать лечебно-диагностический алгоритм, который будет являться наиболее оптимальным для работы врачей хирургов на различных уровнях медицинских учреждений и который будет позволять снизить процент осложнений и летальности у больных страдающих острым билиарным сепсисом и острым холангитом.

**Материал и методы исследования.** Изучена медицинская документация пролеченных 23-х пациентов, находящихся на стационарном лечении в период с 2017 по 2018 годам в Национальном Хирургическом Центре МЗ КР с острым билиарным сепсисом и острым холангитом разной этиологии и степени тяжести.

Нами также проводилось изучение патогенной флоры взятой из желчных путей больных холангитом пациентов, при этом чаще всего высевались микроорганизмы из кишечной флоры.

Гнойный холангит вследствие высокой доли смертности и развития осложнений является грозным патологическим процессом который следует рассматривать как самостоятельную большую проблему для врачей хирургов, от решения которой зависит успешность выздоровления больных пациентов с патологиями гепатопанкреатобилиарной зоны. Рост количества больных с желчнокаменной болезнью только увеличивает актуальность изучения данной патологии и поиска наиболее оптимального её решения.

Было 23 пациента находящихся на стационарном лечении в период с 2017 по 2018 годам в НХЦ МЗ КР. Согласно клиническому течению и другим признакам гнойный холангит разделен на три формы: острый, хронический и третий - острый рецидивирующий [5, 7].

В развитии хронического холангита большое место занимает неполная, постоянная обтурация просвета желчевыводящих путей. В развитии острого и острого рецидивирующего холангита главную роль играет резкая, полная обтурация желчевыводящих путей которая приводит к резкой желчной гипертензии. После развития желчной гипертензии появляется холангионозный и холангиолимфатический рефлюкс – что обеспечивает попадание в системный кровоток токсинов и самих патогенных бактерий, который в дальнейшем дает развитие билиарному септическому шоку. Билиарный сепсис, как синдром плотно связан с гнойным холангитом, потому что, билиарный

сепсис является исходом острого гнойного или острого обтурационного гнойного холангита у пациентов с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы. Для билиарного сепсиса характерны свои особенности. От других видов септических состояний билиарный сепсис отличается тем, что гнойный очаг находится в печеночной ткани, также имеются и другие особенности. Из числа 23-х пациентов которые были исследованы, у 10-ти пациентов с острым холангитом быстро, т.е. до нескольких дней развилось септическое состояние, что составило - 43% от общего числа, у остальных 13-ти (57%) пациентов септическое состояние развилось после нескольких дней, у данных пациентов наблюдалась затяжное течение холангита, что составило – 57% от общего числа. У получившихся двух групп клиническая симптоматика проявлялась по разному и можно было без особых трудов выявить течение острого и хронического сепсиса. Острый билиарный сепсис развивался быстро, иногда проявлялся молниеносным течением септического процесса, у пациентов были диагностированы абсцессы печени, клинически так же быстро развивались симптомы полиорганной недостаточности, у таких пациентов точное прогнозирование выздоровления не представлялось возможным и требовалось длительное комплексное лечение. У больных с хроническим течением сепсиса были диагностированы единичные абсцессы не во всех случаях. Согласно с вышеуказанным данным, связь между острым гнойным холангитом и соответственно билиарным сепсисом не может быть подвергнута сомнениям, но несмотря на все вышеуказанные данные имеются также и отличия. Острый гнойный холангит является результатом изменений в протоках желчевыводящей системы, т.е. желчных протоков как внутри печени, так и вне печени. Билиарный сепсис является результатом ответной реакции всего человеческого организма на инфекцию в виде синдрома системного воспалительного ответа (ССВО). Другими словами, острый гнойный холангит и билиарный сепсис являются различными проявлениями патологического процесса, который протекает как в гепатопанкреатобилиарной системе, так и во всем организме в целом.

В нашей клинике терапия пациентов с острым гнойным холангитом начиналось незамедлительно после их регистрации в приемном отделении. В учет бралось так то, что при развитии желчной гипертензии консервативное лечение являлось не достаточным и нами проводились оперативные вмешательства. Оперативное лечение обуславливала нарушение взаиморасположения органов человека, что конечно же в полной мере не являлось физиологичным, и приводило к органическим и функциональным изменениям в гепатопанкреатобилиарной системе. Оперативное лечение как и все другие манипуляции имеют осложнения, так же высоким остается процент летальности, у полиморбидных или коморбидных пациентов, у больных старших возрастных групп осложнения

проявляются чаще. В связи с этим в Национальном Хирургическом Центре МЗ КР все большую популярность завоевывает использование малоинвазивных методов оперативных лечений, таких как эндоскопическая папиллосфинктеротомия, литоэкстракция и механическая литотрипсия, назобилиарное дренирование. Методом выбора для большинства пациентов явилась эндоскопическая папиллосфинктеротомия которая выполнялась им во время процедуры эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ). Эндоскопическая папиллосфинктеротомия отлично подходит для декомпрессии желчевыводящих путей при различных видах обструкции и также при остром гнойном холангите.

Показания к процедуре ЭРХПГ нами устанавливались индивидуально для каждого больного, в учет брался каждый отдельный клинический случай, также учитывался уровень обструкции, или протяженности препятствия обуславливающей помеху для нормального оттока желчи по желчевыводящим путям и другие данные. Зачастую больным после проведенной срочной папиллосфинктеротомии проводилась также оперативное вмешательство, такое как: холецистэктомия или холецистостомия, холедоходуоденостомия, холецистодуоденостомия. В некоторых случаях во время операции также проводили наружное дренирование холедоха после применения малоинвазивных операций.

Также были случаи поступления тяжелых пациентов уже перенесших ряд оперативных вмешательств. При обследовании пациентов выявлялись высоко расположенные рубцовые стриктуры желчных протоков, которые появлялись после травматического (ятрогенного) повреждения желчных путей во время первичных операций или при повторных операциях и при патологиях уже наложенного билиодигестивного анастомоза, в последнем случае были случаи стриктуры анастомоза. Нами при наличии стриктуры билиодигестивного анастомоза выполнялась процедура реканализации анастомоза. При остальных случаях видах стриктуры желчевыводящих путей выполнялась операция наложения билиодигестивного анастомоза с последующим транспеченочным дренированием.

В связи с тем, что в этиологии острых гнойных холангитов осложненных сепсисом главную роль играют патогенные микроорганизмы, важно в первую очередь подобрать эффективную антибиотикотерапию. Антибиотикотерапия имеет основное значение в лечении больных после проведения декомпрессии желчевыводящих путей. Многими авторами указано, что без применения антибиотиков количество микроорганизмов в желчи после декомпрессии не уменьшается [11,12].

При развитии билиарного септического шока лечение носит более сложный характер. Только после полноценного проведения хирургической санации очага инфекции и эффективной антибиотикотерапии

можно проводить интенсивную терапию с положительными результатами. Неполная начальная антибиотикотерапия – дополнительный фактор летального исхода у пациентов с билиарным сепсисом. Основной целью терапии пациентов при лечении септического шока является облегчение транспорта кислорода в условиях его повышенного потребления. Для этой цели необходима адекватная гемодинамическая и респираторная поддержка. Проведение декомпрессии желчевыводящих путей и эффективная антибиотикотерапия не позволят добиться выздоровления больных у кого уже развился септический шок, крайне важным является также проведение других частей лечения данных больных: проведение профилактики тромбоэмболических осложнений, проведение коррекции нарушений гемокоагуляции, проведение нутритивной поддержки.

**Выводы.** Учитывая вышеизложенные данные, нами сделаны выводы, что основными задачами лежащими перед врачами хирургами во время лечения больных, страдающих острым холангитом и билиарным сепсисом являются: сочетание экстренной декомпрессии желчевыводящих путей, хирургическая санация устраняющая источник инфекции, эффективная антибиотикотерапия, коррекция гемодинамических нарушений, респираторная поддержка, иммунокоррекция и нутритивная поддержка.

#### Литература:

1. Благовидов Д.Ф. и другие. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия. / Хирургия. - 1980. - №6.
2. Буянов В.М., Родоман Г.В., Ордуян С.Л. Бактериохимия и антибиотикопрофилактика послеоперационных гнойно-септических осложнений у больных с воспалительными заболеваниями желчевыводящих путей / Клиническая хирургия. - 1990. - №1.
3. Гальперин Э.И. Заболевания желчных путей после холецистэктомии. - М.: Медицина, 1988.
4. Гельфанд Б.Р., Руднов Д.Н., Проценко Е.Б. и другие. Сепсис в начале XXI века: определение, диагностические концепции, патогенез и интенсивная терапия. Методические рекомендации. - Калуга, 2004.
5. Даценко Б.М., Захарченко Ю.Б., Тамм Т.И. Лечение гнойного холангита / Материалы III Конференции хирургов-гепатологов «Новые технологии в хирургической гепатологии». - СПб., 1995.
6. Журавлев В.А. Транспеченочное дренирование при высоких рубцовых стриктурах и травматических повреждениях внепеченочных желчных путей / Вестник хирургии им. Грекова. - 1979. - №6.
7. Королев Б.А., Пиковский Д.Л. Экстренная хирургия желчных путей. - М.: Медицина, 1990.
8. Луцевич Э.В., Мешков В.М., Семенов М.В., Уханов А.П. Эндохирургические вмешательства у больных холедохолитиазом / Анналы хирургической гепатологии. - 1998. - Т.3. - №3.
9. Рябухин И.А. и другие. Соотношение микрофлоры желчного пузыря и общего желчного протока при хронических воспалениях билиарной системы // Медицинский журнал Узбекистана. - 1980. - №5.
10. Смирнов Е.В. Хирургические операции на желчных путях. - Л.: Медицина, 1974.
11. Саенко В.Ф., Ничитайло М.В., Тодуров И.М. Гнойный холангит. Патогенез и принципы лечения / Мат. 2-го Конгресса Ассоциации хирургов имени Н.И. Пирогова. - СПб., 1998.
12. Токин А.Н., Чистяков А.А., Никитин В.А. и другие. Холедохолитиаз. Диагностика и лечение / Материалы 4-го Московского Международного конгресса по эндоскопической хирургии. - М., 2000.
13. Christensen E. Primary biliary cirrhosis and primary sclerosing cholangitis: which treatments are of a postgraduate course. - Madrid, 2002.
14. Deleve L.D. Dacarbazin toxicity in murine liver cells: a model of hepatic endothelial injury and glutathione defense / J. Pharmacol. Exp. Ther. 1994. V. 268.
15. Decker K. Biologically active products of simulated liver macrophages (Kupffer cells) // Eur. J. Biochem. 1990. V. 192. №1.
16. Ludwig J. Histopathology of primary sclerosing cholangitis. 2000.

Рецензент: д.м.н., профессор Ниязов Б.С.