

Ушаков Алексей Александрович

**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У
БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ,
ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ, ОСЛОЖНЕННОЙ ОСТРЫМ
ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ**

14.01.17 – хирургия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Екатеринбург – 2012

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Научный руководитель

доктор медицинских наук, доцент **Чернядьев Сергей Александрович**

Официальные оппоненты:

Совцов Сергей Александрович доктор медицинских наук, профессор, ГБОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, кафедра хирургии факультета П и ДПО, профессор кафедры

Столин Алексей Владимирович кандидат медицинских наук, доцент, ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, кафедра хирургических болезней стоматологического факультета, заведующий кафедрой

Ведущая организация: Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Первый Московский Государственный Медицинский Университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Защита состоится «30» октября 2012 г. в 14-00 часов на заседании совета по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук Д 208.102.01, созданном на базе Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по адресу: 620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке имени В.Н.Климова ГБОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития России, по адресу: 620028 г. Екатеринбург, ул. Ключевская, д. 17, а с авторефератом на сайте ВАК Министерства образования и науки РФ: vak.ed.gov.ru и сайте академии www.usma.ru.

Автореферат разослан « » сентября 2012 года.

Ученый секретарь
Диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор


Руднов
Владимир
Александрович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

В последние годы отмечается неуклонный рост заболеваемости желчнокаменной болезнью (ЖКБ). По данным Э.И. Гальперина (2005), В.С. Савельева и соавт. (2006), А.С. Ермолова (2010) ЖКБ страдают от 10 до 40% взрослого населения. Как свидетельствует National Institutes of Health (1992) желчнокаменная болезнь встречается у 10,0 - 15,0 % взрослого населения промышленно развитых стран.

Благодаря внедрению в клиническую практику новых современных методов диагностики (УЗИ, КТ, МРТ, ЭРПХГ) и миниинвазивных методов лечения (Ю.И. Галлингер, 1991; А.А. Гуляев, 2000; М.И. Прудков, 2001; С.И. Емельянов, 2005; О.Э. Луцевич, 2006. А.М. Шулутко, 2005;) удалось значительно улучшить результаты лечения ЖКБ и её осложнений. Ежегодно в мире выполняется более 3 млн. операций на желчевыводящих путях. Число операций на желчевыводящих путях продолжает неуклонно расти с каждым годом, что связано с увеличением частоты развития желчнокаменной болезни и улучшением диагностики холедохолитиаза. (Н.А. Майстренко, В.В. Струкалов, 2000).

Гнойный холангит, как грозное осложнение желчнокаменной болезни, представляет собой комплекс органических и функциональных, общих и местных патологических изменений в организме, возникающих в результате развития инфекционного процесса в желчных протоках, на фоне обтурационного холестаза. Осложнение наблюдается у 17–83% больных холедохолитиазом (В.К. Гостищев, 2005). Гнойный холангит, рассматриваемый ранее, как спутник механической желтухи, на сегодняшний день приобретает статус самостоятельной проблемы. Связано это с его ключевой ролью в развитии холангиогенного сепсиса (А.В. Столин, Е.В. Нишневич, М.И. Прудков, 2009), и, как следствие, с высокой летальностью (15-60%).

Необходимо признать, что в последние десятилетия успехи в лечении данной патологии очевидны, летальность при гнойном холангите снижается. В основном это связано с развитием малоинвазивных оперативных вмешательств и внедрением этапной хирургической тактики, эффективность которой признана большинством клиницистов (А.М. Шулутко, В.Г. Агаджанов, 2008.,

А.А. Чумаков, В.Н. Малашенко, С.В. Козлов, 2008., О.В. Бабкин, А.Ю. Платонов с соавт., 2009., К. Uchiyama, . Onishi et al., 2003).

За последние 5 лет в России и странах СНГ было проведено большое количество съездов, конгрессов и конференций посвященных проблемам диагностики и лечения больных с ЖКБ и гнойным холангитом. (XVI Международный конгресс ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии», Екатеринбург, 2009 г., XI Съезд хирургов России, г. Волгоград, 2011 г., XVIII международный конгресс ассоциации хирургов-гепатологов России и стран СНГ, 2011 г., XIX международный конгресс ассоциации хирургов-гепатологов России и стран СНГ, 2012 г.)

Тем не менее, многие вопросы лечения этой патологии до настоящего времени остаются нерешенными. Обсуждаются сроки выполнения дренирующих и радикальных операций, вопросы этапности лечения.

На сегодняшний день не существует единого протокола по диагностике и лечению острого гнойного холангита. Да и существующие алгоритмы определяют деятельность клиник федерального и областного подчинения. Нас заинтересовал вопрос о возможности выполнения предложенных многочисленных алгоритмов лечения холангита. В частности, 13 октября 2006 года приняты (пересмотрены в 2009 году) «Рекомендуемые протоколы оказания неотложной хирургической помощи населению». Данные протоколы не противоречат установочным положениям, принятым МЗ и СР РФ, являются рекомендацией для осуществления и экспертизы диагностики и лечения, наиболее часто встречающихся неотложных хирургических заболеваний в лечебных учреждениях Уральского федерального округа. В доступной литературе отсутствуют работы, отражающие выполнение предложенных алгоритмов лечения гнойного холангита, как в клинических больницах, так и больницах III уровня (центральные городские больницы и центральные районные больницы (ЦРБ, ЦГБ). Основная масса медицинских учреждений, осуществляющих оказание неотложной хирургической помощи населению, как на территории РФ, так и в Свердловской области соответствуют III и IV уровню (ЦРБ и ЦГБ). Они не располагают современным диагностическим оборудованием и техническим оснащением для выполнения высокотехнологичных операций, которыми являются операции при

остром гнойном холангите. Изложенные моменты явились отправной точкой для проведения настоящего исследования.

Цель работы

Улучшить результаты лечения пациентов желчнокаменной болезнью, холедохолитиазом, осложненной острым гнойным холангитом.

Задачи исследования

1. Провести анализ результатов оказания хирургической помощи больным желчнокаменной болезнью, холедохолитиазом, осложненной острым гнойным холангитом в МБУ ЦГКБ №1 Октябрьского района г. Екатеринбурга в период с 2007 по 2010гг и в хирургических отделениях центральных городских и центральных районных больниц Свердловской области за 2008 - 2009гг.

2. Усовершенствовать методику интраоперационной холангиографии у больных с острым гнойным холангитом.

3. Разработать и внедрить в клиническую практику инструмент для установки T-образного дренажа в гепатикохоледах.

4. Улучшить результаты первичной (интраоперационной) санации гепатикохоледаха путем применения интраоперационной холангиографии по разработанной методике в сочетании с фиброхоледохоскопией.

Научная новизна

Впервые проанализированы результаты лечения больных с острым гнойным холангитом в хирургических отделениях III и IV уровня с позиций их соответствия стандартам Уральского федерального округа.

Разработана методика определения параметров интраоперационной холеграфии, путем инвазивного измерения внутрипротокового давления, позволяющая обеспечить безопасное и информативное проведение исследования в условиях острого гнойного холангита.

Создан инструмент для установки T-образного дренажа в общий желчный проток при операциях из минидоступа, позволяющий сократить время оперативного вмешательства и избежать развития нежелательных осложнений, таких как «расползание», разрыв стенок холедаха в момент установки T-образного дренажа.

Обоснованы особенности лечебно-диагностических интраоперационных мероприятий, позволяющих обеспечить

полноценную санацию гепатикохоледоха при остром гнойном холангите в условиях общехирургического стационара.

Практическая значимость

Комплексная оценка больных желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, острым гнойным холангитом позволила уменьшить сроки дооперационного наблюдения, снизить количество осложнений и летальность с 10,2% до 6,2%, сократить сроки пребывания пациентов в стационаре на 6 койко-дней.

Установленный оптимальный объем контрастного вещества, необходимый для проведения исследования в условиях острого гнойного холангита, не вызывает «критического» повышения давления в общем желчном протоке.

Разработанный в клинике инструмент для безопасной установки Т-образного дренажа в общий желчный проток может применяться в хирургических отделениях всех уровней.

Усовершенствованная методика интраоперационной холангиографии в сочетании с фиброхоледохоскопией позволяет повысить уровень первичной санации гепатикохоледоха в 2,1 раза.

Положения, выносимые на защиту

1. Оптимизация хирургической тактики у больных желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, острым гнойным холангитом подразумевает комплексную оценку тяжести состояния больного, клинических, лабораторных и инструментальных данных, требует выполнения ранних дренирующих операций, что приводит к сокращению сроков госпитализации больных и снижению летальности.

2. Выполнение интраоперационной холангиографии у больных с острым гнойным холангитом по предложенной методике, не вызывает повышения давления в желчных протоках выше 250 мм вод. ст. Сочетание интраоперационной холангиографии и интраоперационной фиброхоледохоскопии позволяет достичь уровня первичной санации гепатикохоледоха у 75,6% пациентов.

3. Инструмент для установки Т-образного дренажа в гепатикохоледох при хирургических вмешательствах из минилапаротомного доступа позволяет сократить время операции, надежно, малотравматично и контролируемо вводить Т-образный дренаж в общий желчный проток.

Публикации и внедрение результатов исследования

По теме диссертации опубликовано 6 научных работ, из них в

журналах, рекомендуемых ВАК РФ, - две. Получен патент на полезную модель: полезная модель №115669, заявка № 2011124016/14(035468), дата приоритета 14.06.2011г., решение о выдаче патента от 16.08.2011г., под названием "Инструмент для установки Т-образного дренажа в общий желчный проток", МПК А61М25/00, А61М20/00, А61В17/00, авторы Чернядьев Сергей Александрович, Ушаков Алексей Александрович.

Результаты диссертации внедрены в лечебную практику клинических баз кафедры хирургических болезней лечебно-профилактического факультета ГБОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития РФ (МБУ «ЦГКБ №1 Октябрьского района», Негосударственное учреждение здравоохранения «Дорожная больница на станции Свердловск-Пассажирский ОАО «РЖД»).

Материалы диссертации используются в учебном процессе на кафедре хирургических болезней лечебно-профилактического факультета ГБОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития РФ.

Апробация результатов исследования

Материалы работы доложены на клинической конференции в МБУ ЦГКБ №1 05 апреля 2012 года.

Объём и структура диссертации

Диссертация изложена на 110 страницах, состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, включающего работы 115 отечественных и 64 зарубежных авторов, приложений. Иллюстрированный материал представлен 25 таблицами и 9 графиками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Работа выполнена в клинике кафедры хирургических болезней лечебно-профилактического факультета ГБОУ ВПО УГМА Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Дизайн: ретропроспективное, продольное исследование.

В исследование включено 259 пациентов с желчнокаменной болезнью, холедохолитиазом, осложненных острым гнойным холангитом.

Критерии включения в исследование: пациенты с желчнокаменной болезнью, холедохолитиазом, как причиной обструкции желчного дерева и наличием интраоперационных

признаков гнойного холангита (выделение гнойной желчи при холедохотомии).

Критерии исключения из исследования: пациенты с клиникой холангита, обусловленной:

- Опухолевой обструкцией гепатикохоледоха;
- стриктурами гепатикохоледоха и Фатерова сосочка;
- наружными/внутренними дренажами гепатикохоледоха.

Все пациенты были разделены на основную и контрольную группы. Контрольную группу составили пациенты, оперированные в клинике кафедры в 2007-2008гг, основную группу – 109 человек, находившиеся на лечении в клинике в период с 2009 по 2010 гг. Была сформирована третья группа, 82 пациента, получивших лечение в хирургических стационарах Свердловской области. Отсутствие сравнительного анализа с группой пациентов, получавших лечение по поводу ЖКБ, осложненной холедохолитиазом, острым гнойным холангитом, оперированных в ЛПУ МО Свердловской области, связано с невозможностью достоверно сравнить летальность и осложнения в данной группе с двумя другими исследуемыми группами.

Основная и контрольная группы сравнимы по основным антропометрическим параметрам, данным лабораторных исследований, сопутствующей патологии и времени от заболевания до поступления в стационар.

Для измерения давления в желчных протоках использовали аппарат измеритель инвазивный низких давлений ИиНД 500/75 «Тритон», фирма-производитель «Тритон электроникс».

Методика измерения давления в желчных протоках заключается в следующем: во время операции катетеризируется пузырный проток катетером диаметром 1,5 мм. Далее пересекается пузырный проток и перевязывается, вокруг катетера, для создания герметичной системы. Выполняли измерение исходного давления в желчном дереве (P_1). После измерения P_1 вводится контрастное вещество (урографин 12,5%). Контраст вводили шприцем объемом 10 мм³. Контроль за прохождением контрастного вещества и выполнением им желчных протоков осуществляется при помощи ЭОП в режиме реального времени. После введения урографина 12,5% фиксируется максимальное давление прохождения контрастного вещества (P_2), параллельно осуществляется контроль за степенью наполнения желчного дерева. При выполнении общего

печеночного, собственного печеночного и правого и левого долевого протоков введение контрастного вещества прекращается, после чего фиксируется давление в желчных протоках (P_3). Одновременно оценивается наличие/отсутствие сброса контрастного вещества в просвет ДПК.

Данный метод позволяет осуществить интраоперационную диагностику причин обструкции общего желчного протока в условиях гнойного воспаления и предотвратить развитие эндотоксического шока и панкреонекроза.

Описание инструмента для установки T-образного дренажа в гепатикохоледох.

Данная модель была доведена до промышленного образца и изготовлена совместно с ООО «Лига 7».

Предлагаемый инструмент для установки T-образного дренажа в общий желчный проток обеспечивает простоту установки T-образного дренажа, снижает вероятность дополнительной травматизации общего желчного протока в месте установки дренажа, в предупреждении послеоперационных осложнений при использовании T-образного дренажа, в сокращении времени продолжительности операции и сроков лечения.

Процедура установки T-образного дренажа, вместе с подготовкой последнего, занимает от 30 секунд до 1 минуты.

Подготовка T-образного дренажа к установке в общий желчный проток осуществляется следующим образом.

Мы определили оптимальную форму T-образного дренажа для установки его при помощи разработанного нами инструмента. Необходимо было установить размеры и конфигурацию проксимального и дистального концов горизонтальной части дренажа. Это исходило из требований к надежной фиксации в устройстве, свободной подачи дренажа в просвет общего желчного протока, максимальной герметичности дренажа внутри желчного протока и безопасного удаления. Размер проксимального конца дренажа 10 мм, дистального - 6 мм. Срезается нижняя полуокружность горизонтального колена дренажа в форме полуэллипса и вырезается 2 выреза по бокам, что позволяет свободно заправлять дренаж в устройство и безопасно извлекать дренаж (рисунок 1).

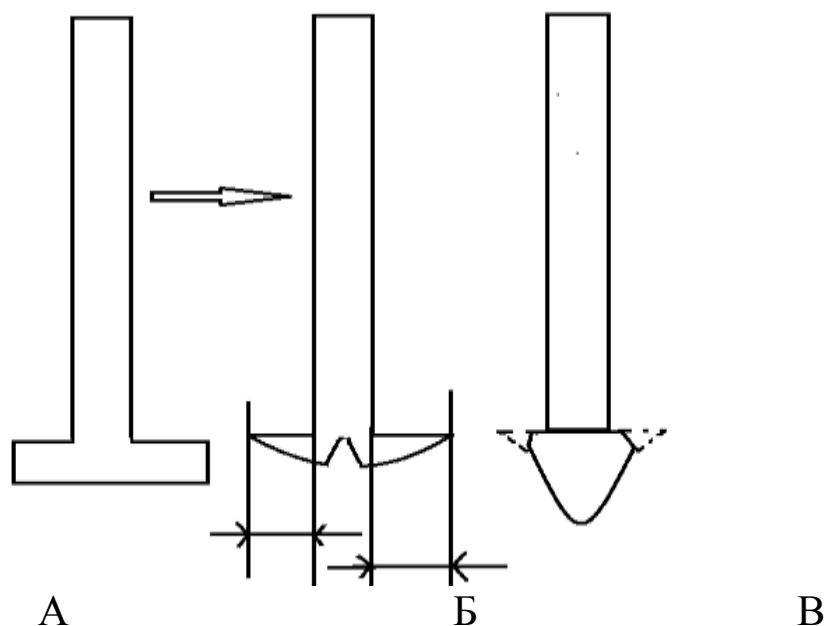


Рисунок 1. Вид Т – образного дренажа (Кера): А – исходный вид дренажа, Б и В – подготовленный дренаж в прямой и боковой проекциях

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета компьютерных прикладных статистических программ «SPSS 17.0» и «Microsoft Office Excel 2007».

Для оценки нормальности распределения количественных признаков применялась визуальная оценка частотного распределения (по гистограмме и графику нормальности) с последующим использованием критериев Шапиро-Уилка и Д'Агостино. Параметрические количественные признаки описаны в виде среднего значения и стандартного отклонения (в скобках).

Сравнительный анализ связанных (принадлежащих одному и тому же наблюдению) количественных признаков выполнен с помощью парного критерия Стьюдента (при нормальном распределении признака), либо критерием Уилкоксона (при ненормальном распределении признака).

Для всех статистических критериев ошибка первого рода устанавливалась равной 0,05. Нулевая гипотеза (отсутствие различий) отвергалась, если вероятность (р) не превышала ошибку первого рода.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Согласно задачам исследования, мы проанализировали результаты лечения пациентов контрольной группы, обратив внимание на длительные сроки наблюдения пациентов ($35,8 \pm 5,2$ часа), что, несомненно, сказалось на результатах лечения и качестве оказания медицинской помощи. Если принять во внимание, что септическое состояние при остром гнойном холангите развивается за первые шесть часов от заболевания, то сроки дооперационного наблюдения необоснованно удлинены. В отдельных случаях такая задержка была связана с необоснованным ожиданием инструментального подтверждения диагноза, не смотря на уже развернувшуюся клинику острого гнойного холангита, что подтверждалось клиническими и лабораторными данными. 61,8% пациентов, при поступлении в стационар, не были расценены, как пациенты с гнойным холангитом, что так же явилось причиной длительного дооперационного наблюдения. Двум пациентам, в связи с тяжестью состояния и недооценкой клинических проявлений гнойного холангита, была выполнена холецистостомия, которая может быть эффективна только при воспалении на уровне желчного пузыря и при синдроме механической желтухи без признаков холангита, так как не обеспечивает адекватного дренирования желчного дерева при воспалении желчных протоков.

В этой группе обращает на себя внимание длительность пребывания пациентов в стационаре (средний койко-день $-23,7 \pm 1,2$ суток), что связано с ожиданием пациентами чресфистульной санации желчных протоков (выполнена в 65% наблюдений), так как на тот момент проводилась только декомпрессия желчных протоков без первичной санации гепатикохоледоха. Таким образом, отсутствовала комплексная оценка состояния больных, показателей клинико-лабораторных тестов и инструментальных исследований.

Проанализировав состояние проблемы в клинике, мы заинтересовались результатами лечения желчнокаменной болезни, холедохолитиаза, осложненной острым гнойным холангитом в хирургических стационарах III - IV уровня. Также мы решили оценить возможности выполнения предложенных многочисленных алгоритмов и протокола Уральского Федерального округа лечения пациентов с желчнокаменной болезнью в хирургических стационарах Центральные районных и Центральные городских больниц Свердловской области. Согласно критериям включения

«слепым» методом были отобраны 82 истории болезни пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, острым гнойным холангитом (провели оценку, согласно протоколу УрФО).

В результате исследования были выявлены следующие ошибки в соблюдении рекомендуемого протокола.

Во-первых, перечень выполненных клинико-лабораторных тестов не позволяет объективно оценить тяжесть состояния пациентов по общепринятым шкалам (SOFA, APACHE II, SAPS, Екатеринбург – 2000).

Во-вторых, пересмотрев определение степени тяжести состояния пациентов с учетом объективного статуса, клинико-лабораторных исследований, было выявлено, что имеет место ее недооценка. В этой связи было произведено перераспределение пациентов с учетом выраженности синдрома системного воспалительного ответа. Было доказано, что применение интегральных шкал клинико-лабораторных параметров системного воспаления вместе с формализацией последнего (сепсис, тяжелый сепсис, септический шок) способствует объективной оценке тяжести состояния и может быть использовано для диагностики ОГХ, выбора хирургической тактики и оценки прогноза предпринимаемого лечения.

В-третьих, выполненная 10 пациентам (12,2%) холецистостомия не может быть операцией выбора при остром гнойном холангите, т.к. не обеспечивает адекватной разгрузки желчевыводящего дерева. Дренирования холедоха по Пиковскому и Вишневскому также не должны выполняться, так как при этом невозможно выполнить адекватной антеградной санации желчевыводящих протоков в послеоперационном периоде.

В-четвертых, выбор схемы антибактериальной терапии, проводимой в ОРИТ и хирургических отделениях, при наличии у пациентов ССВР и билиарного сепсиса, только в 42% наблюдений соответствовали национальным Рекомендациям 2004 года и междисциплинарным Рекомендациям Surviving Sepsis Campaign.

В-пятых, в 75% случаев в историях болезни отсутствовали результаты гистологических исследований операционного материала, в более чем 90% - бактериологических исследований отделяемого из брюшной полости (при наличии местного или распространенного перитонита) и желчи для идентификации микрофлоры.

В-шестых, в ряде случаев имела место неправильная и/или неполная формулировка диагноза при госпитализации пациента в стационар, что повлекло за собой тактические ошибки в выполнении лечебного алгоритма.

Таким образом, в результате анализа выявлено несоблюдение «рекомендуемого протокола оказания неотложной хирургической помощи населению при остром холецистите» (утвержден на хирургическом совете УрФО 13 октября 2006, 2009 г.) при выполнении необходимых лабораторных и инструментальных исследований, сроков предоперационной подготовки и полноты оперативных вмешательств, адекватного ведения больных в послеоперационном периоде.

Отсутствие среди представленных историй болезни случаев с летальным исходом и осложнениями, не позволило произвести полноценный сравнительный анализ с двумя другими исследуемыми группами.

За период с 2009 – 2010 гг. в клинике прооперировано 109 пациентов с обтурационным гнойным холангитом, обусловленным холедохолитиазом.

Всем больным при поступлении выполнен стандартный набор клиничко-лабораторных исследований. Большое внимание уделяли клиническим проявлениям острого гнойного холангита, таким как триада Шарко, пентада Рейнолдса, наличию критериев ССВР.

Средние сроки от заболевания до поступления больных в стационар составили $67,9 \pm 7,45$ часа. Время пребывания пациентов в приемном отделении составило, в среднем, $1,85 \pm 0,45$ часа.

В состоянии средней тяжести госпитализировано 90 пациентов (82,6%), тяжелом – 12 (11%), крайне тяжелом – 7 (6,4%).

Механическая желтуха явилась дебютом желчнокаменной болезни у 92 пациентов (84,4%). Различные виды операций по поводу желчнокаменной болезни и её осложнений в анамнезе перенесли – 19 больных (17,4%), в том числе операций на внепеченочных желчных протоках – 7 пациентов (6,4%).

Всем больным были выполнены общеклинические исследования, комплекс лабораторных исследований (ОАК, ОАМ, билирубин, амилаза, сахар, мочевины, креатинин, по показаниям электролиты крови, АСТ, АЛТ), инструментальные методы исследования: рентгенография легких, ЭКГ.

Данные лабораторных методов исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты лабораторных исследований

Лабораторные показатели	Основная группа n=109, (%)
Лейкоцитоз $\geq 12 \times 10^9/\text{л}$ $\leq 4 \times 10^9/\text{л}$	78 (71,9%)
Гипербилирубинемия > 20,5 мкмоль/л	107 (98,7%)
Гиперамилаземия > 32 г/л×ч	20 (18,2%)
АСТ ≥ 1 ммоль/л×ч	63 (57,9%)
АЛТ ≥ 1 ммоль/л×ч	88 (81,6%)

Распределение пациентов с учетом степени тяжести синдрома системной воспалительной реакции представлено в таблице 2.

Таблица 2

Распределение пациентов с учетом степени тяжести синдрома системной воспалительной реакции¹

Патологический процесс	Количество пациентов, n=109, %
Без ССВР	25 (22,9%)
Сепсис	70 (64,2)
Тяжелый сепсис	9 (8,3)
Септический шок	5 (4,6)

¹ – критерии соответствуют классификации ACC/SCCM 1992 г.

Применение интегральных шкал оценки клинико-лабораторных параметров системного воспаления вместе с формализацией последнего (сепсис, тяжелый сепсис, септический шок) способствует объективной оценке тяжести состояния и может быть использовано для диагностики острого гнойного холангита, выбора хирургической тактики и оценки прогноза предпринимаемого лечения.

Данные абдоминального УЗИ представлены следующим образом. Холедохозктазия выявлена в 69,4% наблюдений, УЗИ признаки холангита выявлены у 15 пациентов (17,2%), острого панкреатита у 24 пациентов (27,3%). Деструкция стенки желчного пузыря выявлена в 19 случаях (22,7%), холецистэктомия, в анамнезе, была выполнена у 16 человек (18,1%).

84,4% (92 пациента) были оперированы после предоперационной подготовки.

Сроки наблюдения пациентов в исследуемой группе от поступления до оперативного вмешательства представлены в таблице 3.

Таблица 3

Сроки наблюдения пациентов исследуемых групп от поступления до оперативного вмешательства

Сроки наблюдения (часы)	Основная группа n=109,%	Контрольная группа n=68,%	P
До 2	9 (8,3)	1 (1,5)	0,028
2-6	45 (41,5)	16 (23,5)	0,007
7-12	13 (11,7)	8 (11,8)	0,487
13-24	31 (28,6)	18 (26,5)	0,388
Свыше 24	11 (10,4)	25 (36,8)	0,425
Средние сроки наблюдения (M±m)	10,2±1,39	35,8±5,2	0,328

Анализ сроков наблюдения пациентов от момента поступления до операции показал, что применив принятый алгоритм в основной группе, удалось сократить сроки дооперационного наблюдения более чем в три раза, с 35,8 часа до 10,2 часа; и подвергнуть оперативному пособию первые шесть часов более 50% пациентов, что в 2 раза больше, чем в контрольной.

Структура хирургических вмешательств на желчных путях выглядит следующим образом. Холецистэктомия из минилапаротомного доступа, холедохолитотомия, дренирование холедоха по Керу была выполнена в 71,6% (78 клинических наблюдений). Холедохолитотомия из минилапаротомного доступа,

дренирование холедоха по Керу было произведено 8 пациентам (7,3%). В 11 случаях (10,1%) была выполнена трансректальная лапаротомия, которая стала результатом конверсии минилапаротомного доступа, в связи с техническими интраоперационными трудностями (в основном, осложненными формами острого холецистита). У 8 больных (7,3%) была выполнена РПХГ с последующей ЭПСТ и литоэкстракцией. У данных пациентов не было признаков деструкции стенки желчного пузыря. ЭПСТ была эффективна у 7 пациентов, после чего были купированы явления ССВР, механической желтухи; 1 пациент был оперирован, в связи с неэффективностью ЭПСТ, была выполнена минилапаротомия, холецистэктомия, Т-образное дренирование холедоха. В 4 случаях, в связи с крайней тяжестью состояния пациентов была выполнена М-холецистостомия и дренирование холедоха по Керу во избежание интраоперационных осложнений, ведущих к удлинению времени операции и, как следствие, еще большему утяжелению состояния больного.

Интраоперационная картина состояния желчного пузыря свидетельствует о том, что процент деструктивных форм острого холецистита составил 40,8 (38 пациентов), что, несомненно, утяжеляет состояние больного.

Наибольшие трудности выявления патологии гепатикохоледоха во время операции и решения тактических вопросов вызывали пациенты, у которых мы находили нормальные или узкие протоки (менее 10 мм). И выполненная им интраоперационная холангиография, по разработанной нами методике, явилась первоопределяющей в постановке диагноза и решении тактических вопросов. Эта группа пациентов составила 32 наблюдения (29,4%). Мы определили средний объем контрастного вещества равный 5 мл 12,5 % раствора урографина, необходимый для информативного контрастирования желчных протоков шириной менее 10 мм, с одной стороны, и не вызывающий повышения внутрипротокового давления выше 250 мм вод. ст., с другой стороны, что соответствует безопасному уровню давления для пациентов с гнойным воспалением желчных протоков и не вызывает заброса контрастного вещества (и желчи) в Вирсунгов проток. Данные интраоперационного мониторинга давления в общем желчном протоке представлены в таблице 4.

Таблица 4

Данные мониторинга давления в общем желчном протоке при проведении интраоперационной холангиографии под контролем электронного оптического преобразователя

Давление	Давление в пределах (min - max), мм. вод. ст.	Среднее давление, мм. вод. ст.
Исходное	[90 – 137]	124,6±4,2
Прохождения	[385 – 498]	452,4±5,8
Конечное	[186 – 248]	229,1±3,6

Всем больным интраоперационно проводилось исследование желчи на амилазу, бактериологический посев отделяемого из гепатикохоледоха с целью определения наличия микрофлоры и проведения микробиологического мониторинга. Так же производилось гистологическое исследование удаленного материала (желчный пузырь).

Интраоперационная фиброхоледохоскопия выполнялась в 84 наблюдениях (77,1%). При фиброхоледохоскопии выполняли санацию желчного дерева при помощи усовершенствованных петель для санации гепатикохоледоха из минидоступа, помимо этого производили «отмывания» наложений фибрина и гноя из протоков. Применение фиброхоледохоскопии как лечебно-диагностической процедуры позволило достичь уровня первичной санации гепатикохоледоха равной 75,6% (82 пациента).

Установку дренажа Кера в 26 случаях (25,7%) выполняли при помощи разработанного нами инструмента. Процесс установки дренажа (вместе с его подготовкой) в общий желчный проток, в среднем, занимает около 30 - 40 секунд. При этом снижается вероятность дополнительной травматизации общего желчного протока в месте установки дренажа, предупреждаются послеоперационные осложнения при использовании Т-образного дренажа, сокращается время операции.

Все пациенты после операции были переведены в отделении реанимации и интенсивной терапии клиники, где получали комплексное лечение, включающее в себя продленную вентиляцию легких (по показаниям), инфузионно-трансфузионную терапию, антибактериальную терапию (препаратами выбора для лечения билиарного сепсиса считали Цефалоспорины III поколения +

метронидазол), нутритивную поддержку, профилактику тромбоэмболических осложнений и стресс язв.

После перевода из палаты реанимации в хирургическое отделение все пациенты получали стандартную терапию.

В послеоперационном периоде на 5 – 7 сутки всем пациентам, при условии нормальных показателей амилазы желчи (за норму считали уровень амилазы желчи равный до 64 г/л-ч), выполняли фистулографию.

В 75,6% наблюдений, после проведенной фистулографии, доказан факт полной санация гепатикохоледоха, удовлетворительный сброс контраста в ДПК. Таким пациентам на следующие сутки проводилась «тренировка» дренажа, и уже к 3 – 5 суткам, в зависимости от дебита желчи, дренаж перекрывался. Остальным 24,4% пациентов, выдерживались сроки, необходимые для формирования свищевого хода вокруг Т-образного дренажа (21 – 30 дней), после чего выполняли чресфистульную санацию гепатикохоледоха.

Таким образом, уровень первичной (интраоперационной) санации гепатикохоледоха в данной группе составил 75,6%. Безусловно, это связано с применяемой при обтурационном гнойном холангите ИОХГ под контролем ЭОП, позволившей не только диагностировать факт терминальной обструкции гепатикохоледоха, но и определится в количестве и размерах конкрементов, а так же их локализации в гепатикохоледохе и необходимости применения фиброхоледохоскопии, как лечебно-диагностической процедуры.

Послеоперационные осложнения выявлены в 6,4% наблюдений и выглядят следующим образом: желчеистечение из ложа -1,8%, несостоятельность швов холедоха и выпадение Т-образного дренажа – 0,9%, нагноение послеоперационной раны - 1,8%, нозокомиальная пневмония – 1,8%.

Несостоятельность швов холедоха и желчеистечение из ложа явились показанием к релапаротомии.

Эффективность проводимой терапии оценивалась по клинической картине, данным лабораторных методов исследования, длительности пребывания пациентов в стационаре и летальности в группе. Данные представлены в таблице 5.

Таблица 5

Оценка эффективности лечения пациентов в основной и контрольной группах

Признак	Основная группа n=109	Контрольная группа n=68	P
Нормализация уровня лейкоцитов, сутки	5,08±0,9	9,12±0,7	≤ 0,05
Нормализация уровня билирубина, сутки	7,02±0,62	10,04±1,42	≤ 0,05
Койко-день	17,6± 0,96.	23,7± 1,2	≤ 0,05
Летальность	7,0 (6,4%)	7,0 (10,2%)	≥ 0,05

Нормализация уровня лейкоцитов достигается в достоверно более ранние сроки в основной группе и отмечается уже к 5,08±0,9 суткам, тогда как в контрольной - только к 9,12±0,7 (P≤ 0,05). Показатель билирубина приходит в норму к 7,02±0,62 суткам в основной группе, в контрольной – к 10,04±1,42. (P≤ 0,05). Средний койко-день в основной группе составил 17,6±0,96 суток, что достоверно почти в полтора раза ниже, чем в контрольной (P≤ 0,05).

Таким образом, всесторонняя оценка методов оказания неотложной помощи пациентам с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, острым гнойным холангитом в комплексе многообразия проявлений: клинических, лабораторных, инструментальных данных, позволила нам улучшить результаты лечения. Улучшения показателей удалось достичь путем снижения времени наблюдения пациентов до операции, выполнения ранней декомпрессии желчных протоков, благодаря чему удалось добиться регресса ССВР, гипербилирубинемии в течение более короткого времени, а также уменьшению койко-дня и тенденции к снижению летальности. Улучшение техники оперативного пособия путем применения разработанного инструмента для установки Т-образного дренажа, интраоперационной холангиографии и интраоперационной фиброхоледоскопии позволило достичь уровня первичной санации гепатикохоледоха равной 75,6%.

ВЫВОДЫ

1. Выполнение протокола лечения больных желчнокаменной болезнью, холедохолитиазом, осложненной острым гнойным холангитом, комплексная оценка полученных клинических, лабораторных, инструментально – диагностических исследований, выполнении ранних дренирующих операций приводит к снижению летальности и сокращению сроков госпитализации больных.

2. Введение 5 мл контрастного вещества позволяет выполнить интраоперационную холангиографию в условиях острого гнойного холангита не повышая внутрипротокового давления выше допустимых значений.

3. Использование интраоперационной холангиографии и интраоперационной фиброхоледохоскопии позволяет достичь первичной санации гепатикохоледоха у 75,6% пациентов.

4. Разработанный в клинике инструмент для установки T-образного дренажа в гепатикохоледох при хирургических вмешательствах из минилапаротомного доступа позволяет безопасно установить T-образный дренаж в общий желчный проток и может применяться в хирургических стационарах III, IV и V уровней.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для улучшения результатов лечения больных желчнокаменной болезнью, холедохолитиазом, осложненной острым гнойным холангитом необходимо соблюдение рекомендуемого протокола.

2. Для установки T-образного дренажа в общий желчный проток целесообразно применять разработанный в клинике инструмент (особенно при узких протоках).

3. Интраоперационная холангиография выполнима у всех больных с острым гнойным холангитом. Для проведения исследования достаточно 5 мл 12,5% раствора контрастного вещества (Урографин).

4. Для повышения эффективности интраоперационной санации желчных протоков показано использовать интраоперационную холангиографию, по разработанной методике и фиброхоледохоскопию.

СПИСОК РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Ушаков А.А. Соблюдение протокола Уральского Федерального округа оказания неотложной хирургической помощи больным с осложненной желчнокаменной болезнью в ЛПУ МО Свердловской области. / А.А. Ушаков, С.А. Чернядьев // Уральский медицинский журнал. - 2010. - №13.- С.91-94.
2. Ушаков А.А. Оптимизация хирургической тактики у больных желчнокаменной болезнью, холедохолитиазом, осложненной острым гнойным холангитом. / А.А. Ушаков // Уральский медицинский журнал. - 2012. - №9(101).- С.128-134.
3. Ушаков А.А. Соблюдение протокола Уральского Федерального округа оказания неотложной хирургической помощи больным с острым гнойным холангитом в ЛПУ МО Свердловской области. / А.А. Ушаков, Ж.В. Перевалова, А.М. Мыльникова // Материалы 65 Всероссийской научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием.- Екатеринбург. -2010. - С.115.
4. Хирургическая тактика при холедохолитиазе, осложненным острым гнойным холангитом. / С.А. Чернядьев, А.А. Ушаков, Ж.В. Перевалова [и др.] // Тезисы XI съезда хирургов России.-Волгоград. -2011. - С.256.
5. Чернядьев С.А. Лечение больных с обтурационным гнойным холангитом. / С.А. Чернядьев, А.А. Ушаков // Альманах Института хирургии имени А.В. Вишневского. - 2011. - Т.9№2.- С.339-340.
6. Чернядьев С.А. Хирургическая тактика при холедохолитиазе, осложненном острым гнойным холангитом. / С.А. Чернядьев, А.А. Ушаков // МатериалыXIX Международного конгресса ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии». - Иркутск.-2012.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ЖКБ	желчнокаменная болезнь
ЖП	желчевыводящие пути
ИОХГ	интраоперационная холангиография
ИОФХС	интраоперационная фиброхоледохоскопия
КТ	компьютерная томография
МРТ	магнитно-резонансная томография
МРПХГ	магнитно-резонансная панкреатохолангиография
ОГХ	острый гнойный холангит
РПХГ	ретроградная панкреатохолангиография
ССВР	синдром системной воспалительной реакции
ЦГБ	центральная городская больница
ЦРБ	центральная районная больница
ЧЧХС	чрескожно-чреспеченочная холангиостомия
ЧЧХГ	чрескожная-чреспеченочная холангиография
ЭПСТ	эндоскопическая папиллосфинктеротомия

Ушаков Алексей Александрович

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ
ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ,
ОСЛОЖНЕННОЙ ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ

14.01.17 – хирургия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Автореферат напечатан по решению профильной комиссии
ГБОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития России 14.09.2012 г.