

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХОЛАНГИТА У ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

*Алексеев С.А., Кошевский П.П., Бовтюк Н.Я.*

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
г. Минск, Республика Беларусь

Гнойный холангит развивается у 11–60% пациентов с механической желтухой и сопровождается летальностью от 4,7 до 28,5% [1, 2]. В диагностике холангита используются клинические симптомы, лабораторные показатели, данные лучевой, эндоскопической и интраоперационной диагностики (гной или мутная желчь с хлопьями фибрина в желчных протоках) [2]. Диагностические критерии холангита – это триада Шарко, пентада Рейнолдса, критерии синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) и критерии диагностики холангита Токийского руководства по диагностике и лечению острого холецистита и холангита от 2007 года (TG07) [3, 4].

С 2001 по 2011 год в клинике кафедры общей хирургии БГМУ было прооперировано 211 пациентов с механической желтухой и холангитом. Возраст пациентов составил от 24 до 87 лет с медианой 69 лет. У 69,9% пациентов возраст был 60 лет и старше. Мужчины составили 34% от общего числа пациентов, женщины – 67%. Причиной механической желтухи в 115 (54,5%) случаях был холедохолитиаз, в 33 (15,6%) случаях – сочетание холедохолитиаза и стриктур желчных протоков, в 16 (7,6%) случаях – стриктуры терминального отдела холедоха и большого дуоденального сосочка (БДС), в 27 (12,8%) случаях – хронический панкреатит со сдавлением терминального отдела холедоха. В остальных 20 (9,5%) случаях выявлены редкие причины механической желтухи: склерозирующий холангит, синдром Мирizzi, острый холецистит со сдавлением холедоха инфильтратом или абсцессом, перихоледохеальный лимфаденит, аденома БДС, ятрогенные повреждения желчных протоков. У 35 (16,6%) пациентов был диагностирован острый холангит. Из этих 35 пациентов по классификации TG07 холангит легкой степени тяжести был диагностирован у 19 (54%), холангит средней степени тяжести – у 12 (34%), тяжелый острый

холангит – у 4 (12%).

Из 211 пациентов 19 (9%) произведена эндоскопическая папилосфинктеротомия (ЭПСТ), 4 (1,9%) – чрескожная чреспеченочная холангиостомия под УЗ-контролем (ЧЧХС), 188 (89,1%) – оперативное лечение лапаротомным доступом под общей анестезией. Из 188 пациентов, оперированных лапаротомным доступом: чаще всего производилось наложение холедоходуоденоанастомоза (46,8%) и наружное дренирование общего желчного протока по Керу, Пиковскому или Вишневскому (30,2%), также выполнялась трансдуоденальная папилосфинктеропластика (13,3%), двойное внутреннее дренирование холедоха (4,3%), реже наложение холедохоэнтероанастомоза (2,1%) и холецистогастроанастомоза (2,7%). Пациентам с тяжелым острым холангитом выполнялись: ЧЧХС – 2 (50%), ЭПСТ – 1 (25%), холедохолитотомия с наружным дренированием холедоха – 1 (25%). Пациентам с холангитом средней степени тяжести выполнялись: ЧЧХС – 1 (8,3%), ЭПСТ – 2 (16,7%), холедохолитотомия с наружным дренированием холедоха или наложением ХДА – 9 (75%). После чрескожной чреспеченочной холангиостомии было 1 осложнение – кровотечение по дренажу, частота осложнений составила 25%. После эндоскопических вмешательств отмечено 2 осложнения (панкреатит и кровотечение) – частота осложнений составила 10,5%. После лапаротомных операций осложнения развились у 33 пациентов, что составило 17,5%. Умерли 13 пациентов, летальность составила 6,1%. Причиной летального исхода у 7 пациентов был гнойный холангит с нарастающей интоксикацией и полиорганной недостаточностью. Из 12 пациентов с холангитом средней степени тяжести умерли 4 (летальность – 33,3%), из 4 пациентов с тяжелым холангитом умерли 3 (летальность – 75%).

### **Заключение**

1. Развитие острого гнойного холангита у пациентов с механической желтухой ведет к росту частоты осложнений и летальности.
2. Применение эндоскопического транспапиллярного и чрескожного чреспеченочного доступов при дренировании желчных путей улучшает результаты лечения пациентов с механической желтухой, осложненной гнойным холангитом.

### Литературные ссылки

1. Оценка изменений слизистой оболочки желчных протоков и состава желчи при остром холангите / А.П. Седов [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2009. – Т. 14. № 2. – С. 22–27.

2. Рыбачков, В.В. Причины эндогенной интоксикации при гнойном холангите / В.В. Рыбачков, И.Г. Дряженков, Е.Н. Кабанов // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2009. – Т. 14. № 2. – С. 28–32.

3. Столин, А.В. Значение признаков системного воспалительного ответа в диагностике и лечении гнойного холангита / А.В. Столин, Е.В. Нишневич, М.И. Прудков // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2009. – Т. 14. № 2. – С. 16–21.

4. Diagnostic criteria and severity assessment of acute cholangitis: Tokyo Guidelines / K. Wada et al. // *Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2007. – Vol. 14. № 1. – P. 52–58.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ТРАДИЦИОННОЙ АППЕНДЕКТОМИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

*Амельченя О.А., Рычагов Г.П.*

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
г. Минск, Республика Беларусь

**Актуальность.** На сегодняшний день лапароскопическая аппендэктомия (ЛАЭ) является хорошей альтернативой традиционной операции (ТАЭ). Однако продолжается дискуссия о целесообразности применения лапароскопии во время беременности.

**Цель исследования.** Сравнить результаты ЛАЭ и ТАЭ у беременных.

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов 64 ТАЭ и 27 ЛАЭ у беременных, госпитализированных в 3 ГКБ им. Е.В. Клумова г. Минска. В таблице представлен выбор способа аппендэктомии в зависимости от триместра беременности.

Вид операции	Триместр беременности			Итого
	I	II	III	
ТАЭ	17	39	8	64
ЛАЭ	10	17	не было	27