

По степени утраты здоровья (СУЗ) инвалидность за 2019 год менее выражена, т.к. больше на инвалидность впервые вышли дети со второй СУЗ – 39,3% – 22 детей. На втором месте дети со 1 СУЗ – по 32,1% – 18 человек. Третья СУЗ – на 3 месте 17,9% – 10 случаев. Четвертая СУЗ – на 4 месте 10,7% – 6 случаев.

По сравнению с предыдущим периодом, увеличилось количество детей вышедших на инвалидность с 2 СУЗ на 31,8% (на 7 случаев) и с 4 степенью утраты здоровья на 33,3% (на 2 случая). Снижение количества детей по СУЗ наблюдается среди детей с 1 степенью утраты здоровья на 40,0% (на 12 случаев), с 3 степенью утраты здоровья на 33,3 % (на 5 случаев).

Реабилитировано за 2019 год 12 детей (1 ребенок с 4 СУЗ и 11 детей с 1 СУЗ), за 2018 год 12 детей (4 ребенка со 2 СУЗ и 8 детей с 1 СУЗ).

Первичный выход на инвалидность по сравнению с 2018 годом ниже. В структуре первичной инвалидности за 2019 год лидируют психические расстройства и расстройства поведения, нервной системы, врожденные аномалии и хромосомные нарушения, болезни эндокринной системы. Тяжесть первичной инвалидности за 2019 год менее выражена, чем в 2018 году.

Необходимо обеспечить максимальный охват восстановительным лечением согласно индивидуальной программы реабилитации с целью профилактики инвалидности. Шире проводить пропаганду здорового образа жизни среди населения. Постоянно внедрять заимствованные методики, рацпредложения по реабилитации детей на амбулаторном этапе. Использовать современные методы лечения, реабилитационные методики, компенсации техническими средствами. Своевременно направлять больных детей в центры реабилитации. Продолжить работу по профилактике травматизма в целях снижения детской инвалидности. Эффективно использовать для реабилитации детей до 3 лет с патологией нервной системы центр раннего вмешательства.

ЛЕЧЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛАНГИТОМ

Русин И. В.¹, Шило Р. С.¹, Карпович В. Е.², Русина А. В.³

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь¹

Гродненская университетская клиника, г. Гродно, Республика Беларусь²

Гродненский областной клинический перинатальный центр, г. Гродно, Республика Беларусь³

Резюме. Число пациентов с желчнокаменной болезнью увеличивается вдвое каждое десятилетие, одновременно увеличивается количество лиц с осложненными формами данной патологии (холедохолитиаз, холангит, механическая желтуха). Летальность при осложненной форме желчнокаменной

болезни достигает 4,7-28,5%, при этом отсутствует возможность прогноза прогрессирования заболевания до билиарного сепсиса и летального исхода.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холангит, механическая желтуха, острый холецистит, сепсис.

TREATMENT OF MECHANICAL JAUNDICE COMPLICATED BY CHOLANGITIS

Rusin I. V.¹, Shilo R. S.¹, Karpovich V. E.², Rusina A. V.³

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus¹

Grodno University Clinic, Grodno, Belarus²

Grodno Regional Clinical Perinatal Center, Grodno, Belarus³

Summary. The number of patients with gallstone disease doubles every decade, at the same time the number of people with complicated forms of this pathology (choledocholithiasis, cholangitis, obstructive jaundice) increases. Mortality in the complicated form of gallstone disease reaches 4.7-28.5%. Till now there is no possibility of predicting the progression of the disease to biliary sepsis and death.

Key words: gallstone disease, cholangitis, obstructive jaundice, acute cholecystitis, sepsis.

Цель: проанализировать опыт лечения пациентов с острым холангитом и выработать оптимальные подходы к лечению данной патологии.

Материал и методы. Основными причинами развития острого холангита являются: инфицирование желчи, при этом для развития инфекции необходимо наличие органического субстрата в желчи (слизь, фибрин, слущенные клетки или содержимое желудочно-кишечного тракта при рефлюкс-холангите), поверхностью для колонизации микробной флоры служат камни, лигатуры, стенты, фрагменты пищи, паразиты и пр.; затруднение оттока желчи из билиарного дерева из-за внезапной полной блокады (холедохеальная колика) либо хроническое нарушение билиарной проходимости с рецидивирующими полными нарушениями оттока.

Диагностическими критериями острого холангита являются (TG, 2018):

А. Системное воспаление (А-1 – гипертермия $>38^{\circ}\text{C}$ с ознобом, А-2 – признаки воспалительного ответа (CRP >1 мг/дл, количество лейкоцитов >10 или <4),

В. Холестаз (В-1 – желтуха, В-2 – лабораторные данные: гипербилирубинемия при уровне общего билирубина >35 мкмоль/л, отклонение от нормы печеночных проб больше, чем в 1,5 раза),

С. Данные визуализационных исследований (С-1 – дилатация желчных протоков, С-2 – визуализация причины холангита: камни, стриктура, стент и пр.

В УЗ «Гродненская университетская клиника» в 2014-2018 годах по поводу механической желтухи доброкачественного генеза пролечено 306

пациентов, из них женщин 195, мужчин 111, средний возраст – 66 ± 16 лет. Средняя длительность желтухи до поступления в стационар составила 14,9 дней, средний срок пребывания в стационаре – $18 \pm 8,6$ койко-дней, а средний предоперационный койко-день $4,5 \pm 3,8$.

Причиной механической желтухи явились: ЖКБ с хроническим калькулезным холециститом и холедохолитиазом – 156 пациентов, ЖКБ с хроническим калькулезным холециститом, холедохолитиазом в сочетании со стриктурой терминального отдела холедоха – 75, ЖКБ с хроническим калькулезным холециститом и стриктурой терминального отдела холедоха – 8, ПХЭС (холедохолитиаз и стриктура терминального отдела холедоха) – 59 пациентов, синдром Миризи – 5, состояние после наложения билиодигестивного анастомоза – 3 пациента.

Клиническая картина сопровождалась триадой Шарко либо пентадой Рейнольдса. Из инструментальных методов диагностики скрининговым методом являлось УЗИ обследование, использовалась дуоденоскопия с осмотром большого дуоденального сосочка (оттока желчи не было в 143 случаях, в 163 отток желчи визуализировался, в 8-диагностирован дивертикул 12-перстной кишки в области БДС, затрудняющий отток желчи), МРТ-холангиопанкреатография либо КТ, чрескожная чрепеченочная холангиография (высокие рубцовые стриктуры, долевые и сегментарные окклюзии, а также в ситуациях, требующих выполнения лечебных антеградных эндобилиарных процедур). Из 306 пациентов с механической желтухой количество лейкоцитов крови превышало $12 \cdot 10^9/\text{л}$ в 89 случаях, уровень билирубина превышал 35 мкмоль/л у 176 пациентов, дилатация желчных протоков методами визуализации отмечалась у 286 пациентов. При этом диагноз острого холангита выставлен лишь в 72 случаях, из них в 27 случаях этот диагноз выставлялся после выполненной операции, на которой визуализировалась гнойная желчь, отек стенок гепатикохоледоха, а также после результатов посева желчи на питательные среды. Стартовая консервативная терапия при остром холангите включала адекватную антибактериальную терапию с 1-го часа поступления пациента (с учетом чувствительности выделенной микрофлоры или эмпирически согласно клиническим протоколам), при этом рекомендовано внутривенное введение антибиотиков широкого спектра действия, дозировку препаратов с холангиогенным сепсисом необходимо корректировать ежедневно; спазмолитические, М-холинолитические и противовоспалительные средства для снятия спазма и снижения интенсивности секреторных процессов, уменьшения воспалительного отека стенок протоков и увеличения их просвета; инфузионная терапия, коррекция гиповолемии, нарушений водно-электролитного баланса, свертывающей системы крови, уровня гликемии, других органных дисфункций. Отсутствие положительного ответа на стартовую терапию – показание для декомпрессии желчных протоков одним из методов: эндоскопическое ретроградное дренирование желчных протоков (назобилиарный дренаж, стентирование, папиллодилатация, папиллотомия);

чрезкожное чрезпеченочное пункционное дренирование желчных протоков; трансабдоминальное наружное или внутреннее дренирование желчных протоков (видеолапароскопия, минидоступ, лапаротомия). К трансабдоминальным дренирующим операциям при остром холангите относятся: холецистостомия (пункционная под УЗИ-наведением, лапароскопическая, из минидоступа или при традиционной лапаротомии); холецистэктомия с холедохолитотомией с наружным или внутренним дренированием желчных протоков.

Результаты и обсуждение. При поступлении в стационар пациентов с острым холангитом назначалась интенсивная комплексная консервативная терапия в соответствии с вышеописанными принципами. При наличии у пациентов гнойного холангита декомпрессия выполнялась в срочном порядке в течение первых 6-8 часов с момента поступления. В остальных случаях решение о декомпрессии желчных протоков при механической желтухе принималось в течение 24 часов после поступления в стационар для профилактики развития холангита. Окончательными вариантами оперативных вмешательств у пациентов стали: трансдуоденальная папиллосфинктеротомия с папиллосфинктеропластикой, дренирование гепатикохоледоха (по Вишневскому, Керте, по Пиковскому или другими методами) выполнена 121 пациенту, в 91 случае – эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией, 79 пациентам наложен билиодигестивный анастомоз (в 38 случаях ХДА по Финстереру, в 23 – по Флеркену, в 18 случаях наложен ХДА по Юрашу-Виноградову), в 8-гепатикоюноанастомоз на выключенной по Ру петле тощей кишки), в 4 случаях выполнено двойное внутреннее дренирование желчевыводящих путей, в 1 случае – пластика гепатикохоледоха на скрытом дренаже. Летальных исходов не было.

Выводы. Острый холангит – тяжелое воспаление желчных протоков, которое может привести к развитию билиарного сепсиса, септического шока и летального исхода.

Результаты лечения зависят от адекватности как консервативного лечения, так и своевременности выполнения декомпрессии желчевыводящих протоков либо с использованием малоинвазивных технологий либо путем выполнения традиционных оперативных вмешательств.

Литература

1. Ахаладзе, Г. Г. Патогенетические аспекты гнойного холангита, почему нет системной воспалительной реакции при механической желтухе? // Г. Г. Ахаладзе / Анналы хирургической гепатологии, 2009. – Т.14. – №4. – С.9-15.
2. Хаджибаев, Ф. А. Осложнения эндоскопических транспапиллярных вмешательств при механической желтухе неопухолевой этиологии // Ф. А. Хаджибаев / Скорая медицинская помощь, 2014. – №2. – С. 26-30.