

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИИ ХОЛАНГИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ



Кадилов Рустам Надилович¹, Абдиқадилов Улуғбек Қахраманович¹, Курбаниязов Зафар Бабажанович²
1 – Самарқандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Самарканд;

2 - Самарқандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

КАМ ИНВАЗИВ АРАЛАШУВЛАРНИ ҚЎЛЛАШ БИЛАН ХОЛАНГИТ ХИРУРГИЯСИНИНГ ЗАМОНАВИЙ ЖИХАТЛАРИ

Кадилов Рустам Надилович¹, Абдиқадилов Улуғбек Қахраманович¹, Курбаниязов Зафар Бабажанович²
1 – Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд филиали, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

2 - Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

MODERN ASPECTS OF CHOLANGITIS SURGERY USING MINIMALLY INVASIVE INTERVENTIONS

Kadirov Rustam Nadirovich¹, Abdikadirov Ulugbek Kahramanovich¹, Kurbaniyazov Zafar Babajanovich²
1 - Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Холангитнинг кенг қамровли диагностикаси ва унинг ривожланишининг патогенетик механизмлари натижаларига кўра, асосий гуруҳдаги беморларнинг 74 та ҳолатида турли хил кўламли ва характердаги жарроҳлик аралашувлар ўтказилди. Ўртача ва оғир холангит учун биринчи босқичда назобилиар дренаж билан эндоскопик папилосфинктеротомия ёки ультратовуш назоратида пункцион – дренажлаш ёрдамида икки босқичда жарроҳлик аралашувни ўтказиш тавсия этилади, кейин эса бемор аҳволида қониқарли ўзгаришга эришгандан сўнг радикал жарроҳлик аралашувлар амалга оширилади. Ўтқир йирингли холангитнинг оғирлигини ҳисобга олган ҳолда кам инвазив декомпрессияли аралашувлардан устувор фойдаланишга асосланган даволаш тактикаси холестаз ва йирингли интоксикация ҳолатларини тўхтатишга, септик ва холемик асоратларнинг частотасини 23,4% дан 14,8% гача камайтиришга имкон берди, шунингдек ўлим даражаси 6,3% дан 4,1% гача камайди.

Калим сўзлар: Холангит, жарроҳлик даволаш, кам инвазив усуллар.

Abstract. Based on the results of a comprehensive diagnosis of cholangitis and the pathogenetic mechanisms of its development, surgical interventions of varying scope and nature were performed in 74 cases of patients in the main group. For moderate and severe cholangitis, it is advisable to perform surgical interventions in two stages using EPST with NBD or echo-controlled puncture-drainage interventions at the first stage, and subsequently, after achieving mild severity, perform radical surgical interventions. Treatment tactics based on the priority use of minimally invasive decompression interventions, taking into account the severity of acute purulent cholangitis, made it possible to stop the phenomena of cholestasis and purulent intoxication, reduce the frequency of septic and cholemic complications from 23.4% to 14.8% and mortality from 6.3% to 4.1%.

Keywords. Cholangitis, surgical treatment, minimally invasive methods.

Актуальность. Основными направлениями лечения больных с гнойным холангитом являются как можно более ранняя декомпрессия желчных протоков, назначение антибактериальной терапии

с учетом чувствительности микрофлоры желчи и проведение дезинтоксикационной терапии (1,3).

Как правило, хирургическое лечение больных с острым гнойным холангитом осуществляют в 2 этапа. Первым этапом выполняют декомпресс-

сию желчных протоков малоинвазивными методами: эндоскопической папиллосфинктеротомией с установкой назобилиарного дренажа или чрескожным чреспеченочным дренированием. В качестве второго этапа пациентам производят лапароскопические холецистэктомии или холецистэктомии через мини-доступ с наружным дренированием холедоха. Вместе с тем до 36,0-55,5% больных нуждаются в выполнении одномоментных, открытых операций в связи с наличием деструктивного холецистита с инфильтратом в правом подреберье или местного перитонита, холецистоудуоденального свища (2,5,7).

Однако результаты лечения не всегда удовлетворяют хирургов. Септические состояния диагностируются у 20,0% пациентов. Летальные исходы наблюдаются в 6,25-30,0% случаях (4,6).

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с холангитом доброкачественного генеза путём оптимизации хирургической коррекции с приоритетным использованием миниинвазивных декомпрессионных вмешательств.

Материал и методы. Основываясь на результатах комплексной диагностики холангита и патогенетических механизмов ее развития заболевания в 74 наблюдениях у пациентов основной группы были выполнены различные по объёму и характеру оперативные вмешательства.

В преобладающем большинстве случаев в 31 (41,9%) наблюдениях выполняли миниинвазивные вмешательства первично и радикально одноэтапно. В 14 (18,9%) наблюдениях производили двухэтапные миниинвазивные методы коррекции холангита.

В результате миниинвазивное лечение холангита осуществлено в 45 (60,8%) наблюдениях. В 12 (16,2%) случаях выполнялось комбинированные методы хирургического лечения холангита. При этом на первом этапе выполняли миниинвазивные декомпрессивные вмешательства, на втором – традиционные открытые лапаротомные вмешательства. В целом двухэтапные подходы в лечении холангита было проведено в 26 (35,1%) случаях. Традиционные первичные открытые ла-

паротомные вмешательства были выполнены в 17 (22,9%) случаях.

В 64 наблюдениях у пациентов контрольной группы придерживались традиционной общепринятой тактики без использования современных технологий (ретроспективный материал). Оперативные вмешательства тоже выполнялись традиционной методикой.

Оценка степени тяжести холангита, ее причины и уровня обструкции позволила определить оптимальный вид дифференцированного вмешательства и сроки выполнения этапов миниинвазивной коррекции у пациентов основной группы.

Так при легкой степени тяжести, проведение на начальном этапе радикальной эндоскопической папиллосфинктеротомии считали безопасным. По мере нормализации оттока желчи у больных с обтурацией желчных путей в сочетании с холедохолитиазом и калькулезным холециститом, в случае отсутствия осложнений первоначально выполнялась лапароскопическая холецистэктомия на 3-5 сутки. У больных со средней степенью тяжести холангита на первом этапе выполнялись миниинвазивные эхоконтролируемые вмешательства с назобилиарным дренированием (ЭПСТ или ЧЧХС). После снижения показателей билирубина в крови и исчезновения признаков печеночной недостаточности и холангита, по мере стабилизации больного и достижения оценки легкой степени тяжести на фоне сочетанной комплексной консервативной терапии вторым этапом производилось восстановление естественного пассажа желчи. Необходимый момент для проведения радикальных хирургических вмешательств определялся уменьшением уровня билирубина в крови и нормализацией основных лабораторных показателей.

Результаты и их обсуждение. С внедрением новых технологий в практическую хирургию появились различные варианты миниинвазивных хирургических вмешательств, которые у 57 (77,1%) пациентов основной группы были применены.

Таблица 1. Тактика этапных миниинвазивных вмешательств в зависимости от тяжести синдрома острого холангита

Класс тяжести холангита (Tokyo Guidelines, 2013)	Этапные миниинвазивные вмешательства
Легкая степень	Предварительный и окончательный этап: ЭПСТ, ЭПСТ с ЛХЭ, ЛХЭ с дренированием холедоха
Средняя степень тяжести	Предварительный этап: ЭПСТ или ЧЧХС с НБД и наружным дренированием, достижение показателей легкой степени. Второй этап: радикальное устранение причины холангита.
Тяжелая степень	Предварительный этап: ЭПСТ или ЧЧХС, НБД или антеградное дренирование. Достижение показателей средней степени тяжести или легкой степени. Второй этап: радикальное лечение этиологии холангита

Таблица 2. Характер миниинвазивных декомпрессивных вмешательств при холангите у больных основной группы (n=57)

Вид вмешательства	Число наблюдений	
	Абс	%
Эндоскопические траспапиллярные вмешательства в моноварианте (n=31)		
ЭПСТ	14	24,6
ЭПСТ с литоэкстракцией	10	17,5
ЭПСТ + НБД	4	7,1
ЛХЭ + дренирование холедоха	3	5,3
Двухэтапные вмешательства (n=25)		
ЭПСТ + ЛХЭ	11	19,3
ЭПСТ с НБД + ЛХЭ	10	3,5
ЧЧХС + ЭПСТ с литоэкстракцией	1	1,7
ЧЧХС + ХЭ + ХДА	1	1,7
ЭПСТ с литоэкстракцией + ХЭ	3	5,3
ЭПСТ. Экстракция элементов эхинококковой кисты с НБД + традиционная эхинококкэктомия	3	5,3
ЭПСТ с экстракцией элементов эхинококковой кисты. НБД + атипичная резекция печени	1	1,7
ЭПСТ + удаление элементов эхинококковой кисты НБД + эхинококкэктомия	3	5,3
ЧЧХС с антеградным дренированием зоны сужения + ГЕА	1	1,7
Всего	57	100

Необходимо отметить, что у 17 (22,9%) больных по различным причинам не удалось выполнить миниинвазивные декомпрессивные вмешательства.

Миниинвазивные оперативные вмешательства в моноварианте были выполнены 31 (41,9%) больным. При этом в 10 (13,5%) наблюдениях выполнялось ЭПСТ с литоэкстракцией, в – 14 (18,9%) ЭПСТ и в 4 (5,4%) – ЭПСТ с НБД. В (4,1%) наблюдениях для коррекции холангита выполнялось ЛХЭ с дренированием холедоха.

Двухэтапные методы хирургического лечения холангита выполняли в 25 (33,8%) случаях. При этом двухэтапные миниинвазивные вмешательства были выполнены 25 (33,8%). Так ЭПСТ + ЛХЭ в 10 (14,8%) наблюдениях, ЧЧХС + ЭПСТ в 1 (1,3%), ЭПСТ с НБД + ЛХЭ – 2 (2,7%). Двухэтапные комбинированные оперативные вмешательства с применением миниинвазивных методик на первом этапе, а на втором традиционные открытые вмешательства были выполнены в 12 (16,2%) наблюдениях.

Особое значение для выбора дальнейшей тактики лечения больных холангитом имеет, динамика изменений показателей биохимии крови в различные сроки после миниинвазивных вмешательств. Наиболее эффективным являлось декомпрессия желчных протоков при миниинвазивных вмешательствах – ЭПСТ с НБД.

Для дренирования желчевыводящих протоков применялись катетеры длиной в 2,0 м и с наружным диаметром 2,4 мм. Статистически значи-

мое уменьшение концентрации общего и непрямой фракции билирубина по отношению к исходным значениям наблюдалось спустя 4-6-е суток после проведения декомпрессии, а прямой фракции бидлирубина – спустя 7-9 суток.

Уменьшение показателей всех фракций билирубина при сравнении с первоначальными значениями отмечалось спустя 10-12 суток. Уменьшение показателей АсАт и ЩФ отмечалось к 4-6 суткам после проведения декомпрессии, а показатели АлАт и ГГТП снижались к 7-9 суткам. Вместе с тем, спустя 7-9 суток после декомпрессии наблюдалось уменьшение количества всех печеночных ферментов при сравнении с первоначальными значениями.

После выполнения ЧЧХС выделялось более 2 л желчи за сутки. Было обнаружено, что показатели всех фракции билирубина, также ферментов печени достоверно уменьшались спустя 1-3 суток после выполнения дренирующих вмешательств. Последующее уменьшение показателей общего и прямого билирубина отмечалось к 4-6 суткам, а показателей непрямого билирубина только к 10-12 суткам. При этом не наблюдалось последующее уменьшение показателей активности печеночных ферментов в течение всего периода исследования.

Необходимо отметить, что ЧЧХС уровень АсАт соответствовал таковому в группе с НБД, а уровень ААт был достоверно ниже, чем после НБД.

Таблица 3. Характер радикальных традиционных открытых оперативных вмешательств при холангите у больных основной группы (n=17)

Характер операции	Количество	%
Холецистэктомия. Холедохолитотомия. Дренирование холедоха	11	64,7
Холецистэктомия. Холедохолитотомия с ХДА	2	11,7
Гепатикоеюноанастомоз по Ру	4	23,5
Всего	17	100,0

Таблица 4. Характер оперативных вмешательств при холангите у больных контрольной группы (n=64)

Характер операций	Количество	%
Лапаротомия. Холецистэктомия. Холедохолитотомия. Дренирование холедоха по Керу	41	64,1
Лапаротомия. Холецистэктомия. ХДА	5	7,8
Лапаротомия. Трансдуоденальная папиллосфинктеропластика	5	7,8
Лапаротомия. Гепатикоеюноанастомоз по Ру	2	3,1
Лапаротомия. Гепатикоеюноанастомоз с ТПКД	2	3,1
Лапаротомия. Холедохотомия с удалением элементов хитиновой оболочки. Дренирование холедоха. Холецистэктомия. Открытая эхинококкэктомия	9	14,1
Всего	64	100,0

В своих наблюдениях нами также анализированы 17 (22,9%) больных с холангитом, которым выполнялось традиционные лапаротомные открытые вмешательства.

Выполнение лапаротомных операций было обусловлено следующими причинами: - неудачи и осложнения, возникшие в процессе проведения ЭПСТ; - отсутствие технических возможностей проведения ЭПСТ; - патология желчных путей и печени требующей сложного хирургического пособия.

При лечении холангита, обусловленной желчнокаменной болезнью и её осложнениями, рубцовыми стриктурами желчных протоков, а также доброкачественными заболеваниями поджелудочной железы, выполняли сложные разнообразные по характеру и объёму оперативные вмешательства.

В этой группе пациентов наблюдалось достоверное уменьшение показателей общего билирубина и его фракций на протяжении 3 суток после хирургического вмешательства, непрямой фракции билирубина – спустя 6 суток после операции. К 9-м суткам отмечалось снижение всех фракций билирубина при сравнении с первоначальными показателями. Показатели печеночных проб и ГГТП уменьшались на 4-е сутки после проведения хирургического вмешательства, уровень ЩФ снижался только на 10-12 сутки при сравнении с первоначальными показателями. В последующие дни в течение 12 суток уменьшение показателей печеночных ферментов не отмечалось. Во время всего срока наблюдения интенсивность декомпрессии была быстрой, при этом между 4-и и 6-и сутками отмечалось некоторое замедление уменьшения гипербилирубинемии.

Для лечения пациентов контрольной группы применялись различные общеизвестные оперативные вмешательства из лапаротомного доступа.

В послеоперационном периоде у больных контрольной группы изучали динамику биохимических показателей крови.

Снижение уровня общего и прямого билирубина отмечалось спустя 4-6 сутки после хирургического вмешательства, а непрямой фракции билирубина - спустя 7-9 суток. Несколько позже, к 10-12 суткам наблюдалось снижение всех фракций билирубина при сравнении с таковыми до проведения хирургического вмешательства. Показатели трансаминазы и ГГТП уменьшались к 7-9 суток после выполнения хирургического вмешательства, уровень ЩФ снижался только на 10-12 сутки послеоперационного периода.

При анализе послеоперационных осложнений у 74 пациентов основной группы, различные по характеру послеоперационные осложнения наблюдались в 3 (4,1%) случаях после выполнения мини-инвазивного, в 1 (1,3%) случае применения моновариантного вмешательства, в 2 (2,7%) случаях после двухэтапного вмешательства. Летальность после мини-инвазивных вмешательств составила 1 (1,3%). Больным основной группы, которым в 17 (22,9%) случаях вынужденно были выполнены первично – радикальные традиционные вмешательства, различные по характеру и тяжести осложнения наблюдались в 3 (4,1%) случаях с 2 (2,7%) летальными исходами.

Среди 12 (16,2%) больных, у которых применялся второй этап традиционных оперативных вмешательств, послеоперационные осложнения отмечались в 2 (2,7%) случаях, летальных исходов не было.

Таким образом, оптимизация хирургического подхода, основанного на принципах приоритетного применения миниинвазивных вмешательств и одновременного комплексного включения пред- и послеоперационной патогенетически обоснованной терапии, у больных основной группы различные по характеру послеоперационные осложнения были у 11 (14,9%) больных, с 3 (4,1%) летальными исходами.

У пациентов контрольной группы (n=64), у которых выполнялись общеизвестные традиционные открытые вмешательства, послеоперационные осложнения различного характера были у 17 (26,56%) больных с 4 (6,25%) летальными исходами.

Выводы:

1. Тактика лечения основанная на приоритетном применении миниинвазивных декомпрессионных вмешательств с учетом степени тяжести острого гнойного холангита позволило купировать явления холестаза и гнойной интоксикации, снизить частоту септических и холемических осложнений с 23,4% до 14,8% и летальности с 6,3% до 4,1%.

2. При холангите средней и тяжелой степени целесообразно хирургические вмешательства выполнять в два этапа с применением на первом этапе ЭПСТ с НБД или эхоконтролируемых пункционно-дренирующих вмешательств, и в последующем, после достижения показателей легкой степени тяжести выполнять радикальные оперативные вмешательства.

Литература:

1. Багненко С.Ф. Воспалительные заболевания внепеченочных желчных путей. Взгляд с современных позиций / С.Ф. Багненко, С.А Шляпников, А.Ю. Корольков // Инфекции в хирургии. – 2021. – N 1(6). – С. 13 -17.
2. Гальперин Э.И. Патогенез и лечение острого гнойного холангита / Э.И. Гальперин // Анналы хирургической гепатологии. – 2020. – N 4. – С. 13-21.
3. Кадыров Р. и др. Эндоскопические методы гемостаза при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2017. – №. 4 (97). – С. 44-47.
4. Ахмедов Ю.М, Кадыров Р.Н. Сочетанный эндоскопический гемостаз при язвенных кровотечениях //Журнал вестник врача. – 2017. – Т. 1. – №. 1. – С. 11-14.
5. Афендулов С. А., Журавлев Г. Ю., Кадыров К. М. Качество жизни больных с агрессивным течением язвенной болезни //Вестник российских университетов. Математика. – 2011. – Т. 16. – №. 3. – С. 889-892.
6. Турсунов Б. С., Ахтамов Ж. А., Кадыров Р. Н. Клинико-эндоскопическая диагностика пораже-

ний желудка и двенадцатиперстной кишки у обожженных //Скорая медицинская помощь. – 2006. – Т. 7. – №. 3. – С. 91-92.

7. Кадыров Р. Н. и др. Эффективность эндоскопических методов гемостаза при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода //Скорая медицинская помощь. – 2020. – Т. 21. – №. 3. – С. 58-63.

8. Кадыров Р. Н., Хаджибаев Ф. А. Отдаленные результаты эндоскопического и хирургического лечения портальной гипертензии, осложненной кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода //Вестник экстренной медицины. – 2020. – Т. 13. – №. 4. – С. 20-32.

9. Кадыров Р. Н., Хаджибаев Ф. А. Эндоскопические методы гемостаза при кровотечениях портального генеза //The Scientific Heritage. – 2020. – №. 48-2. – С. 10-13.

10. Nadirovich K. R., Abdukhakimovich K. F. Immediate results after endoscopic arrest of bleeding from varicose veins of the esophagus //European science. – 2020. – №. 2-1 (51). – С. 85-86.

11. Желудков А. А., Кадыров Р. Н. Сезонные, водяные системы антиобледенения кровель и удаления снега //Электроэнергетика глазами молодежи-2018. – 2018. – С. 259-260.

12. Кадыров Р. Н. Особенности липидного обмена у больных с прямокишечно-влагалищными свищами //Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2006. – №. 2. – С. 217-218.

13. Кадыров Р. Н. Морфологическая картина слизистой оболочки желудка при ожоговой болезни //Скорая медицинская помощь. – 2006. – Т. 7. – №. 3. – С. 56-56.

14. Kadirov R.N., Jamshidovich N. H., Shukurullaevich A. D. aspects of surgical correction of intraoperative bile ducts injuries //Journal of Survey in Fisheries Sciences. – 2023. – Т. 10. – №. 2S. – С. 3921-3931.

15. Kadirov R.N., Salokhiddinovich Y. S., Shukurullaevich A. D. modern principles of surgical management in acute cholecystitis complicated with choledocholithiasis (literature review) //Journal of Survey in Fisheries Sciences. – 2023. – Т. 10. – №. 2S. – С. 3913-3920.

16. Кадыров Р.Н. Клиническая эффективность миниинвазивных вмешательств в хирургическом лечении осложнений желчнокаменной болезни //journal of biomedicine and practice. – 2022. – т. 7. – №. 5.

17. Кадыров, Р. Н. Эндоскопический гемостаз при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода / Р. Н. Кадыров // Скорая медицинская помощь - 2022 : Материалы 21-го Всероссийского конгресса (Всероссийской научно-практической конференции с международным участием), посвященного 125-летию Первого Санкт-

Петербургского Государственного медицинского университета имени Академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург, 09–10 июня 2022 года. – Санкт-Петербург: Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова, 2022. – С. 56. – EDN AQCLMW.

18.Кади́ров, Р. Н. Эндоскопический гемостаз в экстренной медицине / Р. Н. Кади́ров // Скорая медицинская помощь - 2022 : Материалы 21-го Всероссийского конгресса (Всероссийской научно-практической конференции с международным участием), посвященного 125-летию Первого Санкт-Петербургского Государственного медицинского университета имени Академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург, 09–10 июня 2022 года. – Санкт-Петербург: Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова, 2022. – С. 57-59. – EDN JSLQW.

19.Kadirov R.N., Comparative Analysis Of Endoscopic Methods Of Hemostasis In Bleeding From Esophageal Varicose Veins //The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. – 2020. – Т. 2. – №. 08. – С. 1-10.

20.Kadirov R.N., Abdukhakimovich k. f., makhmudovich a. y. The effectiveness of endoscopic methods of hemostasis for bleeding from varicose veins of the esophagus //International Journal of Pharmaceutical Research (09752366). – 2020. – Т. 12. – №. 3.

21.Кади́ров Р. Н. Отдаленные результаты хирургического и эндоскопического лечения больных с кровотечением портального генеза //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 1.

22.Кади́ров Р. Н., Хаджибаев Ф. А. Уровень жизни больных после остановки кровотечения портального генеза в ближайшем периоде //Вестник экстренной медицины. – 2020. – Т. 13. – №. 4. – С. 13-19.

23.Кади́ров Р. Н., Хаджибаев Ф. А. эндоскопические методы гемостаза при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и оценка их эффективности в отдаленном периоде //Annali d'Italia. – 2020. – №. 8-1. – С. 29-33.

24.Nadirovich K. R., Abdukhakimovich K. F., Sobirjon M. life quality of patients with hemorrhagic complications of portal hypertension in the remote period after endoscopic and surgical treatment //Journal of Critical Reviews. – 2020. – Т. 7. – №. 4. – С. 1933-1940.

25.Кади́ров Р. Н. и др. качество жизни пациентов в ближайшем периоде после купирования гастроэзофагеальных кровотечений в зависимости от применяемых методов гемостаза //Скорая медицинская помощь. – 2020. – Т. 21. – №. 2. – С. 63-70.

26.Kadyrov R. N. Results after endoscopic arrest of bleeding from varicose veins of the esophagus //european research: innovation in science, education and technology. – 2020. – с. 96-98.

27.Кады́ров, Р. Н. Эндоскопическое лигирование варикозных вен пищевода и желудка в лечении и профилактике кровотечений и их рецидивов / Р. Н. Кады́ров, Ф. А. Хаджибаев // Роль больниц скорой помощи и научно исследовательских институтов в снижении предотвратимой смертности среди населения : Материалы 4-го съезда врачей неотложной медицины с международным участием, Москва, 19–20 октября 2018 года. – Москва: Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, 2018. – С. 128-129. – EDN MKGHNT.

28.Kadirov R., Khadjibaev F. Endoscopic methods of gemostasis for bleeding of portal genesis //medical sciences. – с. 10.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИИ ХОЛАНГИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Кады́ров Р.Н., Абдикади́ров У.К., Курбаниязов З.Б.

Резюме. Основываясь на результатах комплексной диагностики холангита и патогенетических механизмов ее развития заболевания в 74 наблюдениях у пациентов основной группы были выполнены различные по объёму и характеру оперативные вмешательства. При холангите средней и тяжелой степени целесообразно хирургические вмешательства выполнять в два этапа с применением на первом этапе ЭПСТ с НБД или эхоконтролируемых пунктирно-дренирующих вмешательств, и в последующем, после достижения показателей легкой степени тяжести выполнять радикальные оперативные вмешательства. Тактика лечения основанная на приоритетном применении миниинвазивных декомпрессионных вмешательств с учетом степени тяжести острогнойного холангита позволило купировать явления холестаза и гнойной интоксикации, снизить частоту септических и холемических осложнений с 23,4% до 14,8% и летальности с 6,3% до 4,1%.

Ключевые слова. Холангит, хирургическое лечение, миниинвазивные методы.