

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ХОЛАНГИТЕ И БИЛИАРНОМ СЕПСИСЕ: ВЗГЛЯД С СОВРЕМЕННЫХ ПОЗИЦИЙ

А.Ю. Корольков¹, Д.Н. Попов¹, М. А. Китаева¹, А.О. Танцев¹

¹ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ, 197022, ул. Льва Толстого д.6/8, Санкт-Петербург, Россия

Резюме. Проблема острого холангита и билиарного сепсиса приобретает все большую актуальность. Разработка критериев диагностики для пациентов с воспалительными заболеваниями желчных путей является одним из нерешенных вопросов гепатопанкреатобилиарной хирургии. Согласно принятой классификации генерализованных форм инфекций Sepsis-3 пациентов с обструкцией желчевыводящих путей целесообразно разделять на группы: механическая желтуха, острый холангит и билиарный сепсис с определением соответствующих диагностических критериев для каждой из них. Целью работы явилось улучшить результаты лечения пациентов с гипербилирубинемией, билиарной гипертензией и синдромом системной воспалительной реакции (ССВР) путём стратификации их на группы и формированием критериев диагностики для каждой из них.

В период с 2014 по 2018 год было пролечено 208 пациентов с билиарной обструкцией. Соответственно разработанным критериям пациенты были разделены на группы: механическая желтуха, острый холангит и билиарный сепсис. По результатам проведенного лечения в каждой группе больных были проанализированы следующие показатели: время от момента поступления до начала операции, длительность оперативного вмешательства, частота послеоперационных осложнений, летальность, длительность койко-дня и экономические затраты. Для оценки эффективности предложенных критериев диагностики и лечебного алгоритма проведен сравнительный анализ результатов лечения с ретроспективной группой, в которую вошли 182 пациента с гипербилирубинемией, билиарной гипертензией и ССВР, госпитализированные в период с 2010 по 2014 годы.

На основании анализа полученных данных можно заключить, что стратификация больных с гипербилирубинемией, билиарной гипертензией и ССВР на группы, а также предложенные критерии диагностики, маршрутизация и лечебная тактика позволяют улучшить результаты лечения этой категории пациентов, о чём свидетельствуют такие показатели как: время от момента поступления до начала операции, частота послеоперационных осложнений, летальность, длительность койко-дня и экономические затраты.

Ключевые слова: механическая желтуха, холангит, билиарный сепсис, билиарная гипертензия, сепсис, желчевыводящие пути, критерии диагностики, хирургическая тактика.

DIAGNOSTIC CRITERIA AND MANAGEMENT OF ACUTE CHOLANGITIS AND BILIARY SEPSIS: THE MODERN VIEW ON THE PROBLEM

¹A. Yu. Korolkov, ¹D. N. Popov, ¹M. A. Kitaeva, ¹A. O. Tantsev,

¹Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, 197022, L'va Tolstogo str. 6-8, Saint-Petersburg, Russia

Summary.

The problem of cholangitis and biliary sepsis becomes more and more actual. Developing diagnostic criteria for patients with inflammation of biliary tract is one of unsolved questions of biliary surgery.

According to new classification of generalized form of infections (Sepsis 3) it is advisable to classify patients with biliary obstruction to three groups: mechanical jaundice, acute cholangitis and biliary sepsis with defining appropriate diagnostic criteria for each of them. The aim of our work is to improve treatment results for patients with hyperbilirubinemia, biliary hypertension and system inflammation response syndrome (SIRS) by dividing them on groups and determining diagnostic criteria for each of them.

In the period from 2014 to 2018 we have treated 208 patients with biliary obstruction. According to developed diagnostic criteria all patients was divided on three groups: mechanical jaundice, acute cholangitis and biliary sepsis. After the treatment the next values were analyzed: time from admission to hospital to operation, the time of operation, the frequency of postoperative complications, mortality, the duration of hospital stay, economic efficiency. To assess the effectiveness of developed criteria comparative analysis with retrospective group, which contained 182 patients with hyperbilirubinemia, biliary hypertension and SIRS treated in a period from 2010 to 2014, was performed.

According to obtained results we can conclude that dividing patients with hyperbilirubinemia, biliary hypertension and SIRS on groups and developed diagnostic criteria, routing and manage tactics let us to improve treatment results in this category of patients, about what we can judge by such figures as time from admission to hospital to operation, the frequency of postoperative complications, mortality, the duration of hospital stay, economic efficiency.

Key words: mechanical jaundice, cholangitis, biliary sepsis, biliary stases, sepsis, biliary tract, diagnostic criteria, surgery management

Введение. Несмотря на развитые медицинские технологии и разработанные методы ранней профилактики и диагностики, частота воспалительных заболеваний

желчевыводящих путей в мире неуклонно растет [1,2,3]. Проблема острого холангита и билиарного сепсиса за последние годы не только не утратила своей актуальности, но и стала беспокоить все большее число врачей-клиницистов. Следует отметить, что несмотря на значительный прогресс в диагностике и лечении пациентов с воспалительными заболеваниями желчевыводящих путей, показатели летальности за последние несколько лет остаются на достаточно высоком уровне и по некоторым данным могут достигать от 16% до 80% [2,4,5,6]. Такой разброс статистических показателей может быть обусловлен лишь тем, что до сих пор не достигнуто единое мнение о применении конкретных диагностических критериев у пациентов с холангитом и билиарным сепсисом. Современная концепция формирования критериев диагностики острого холангита и билиарного сепсиса основывается на разделении морфологических и системных проявлений воспалительных процессов в билиарном тракте [7]. Данную идеологию подтверждает принятая в 2015 году ассоциацией врачей критической медицины (SCCS) совместно с европейским обществом анестезиологов и реаниматологов (ESA) классификация генерализованных форм инфекций (ГФИ) - Sepsis-3, где определяются основные понятия инфекции, сепсиса и септического шока [8]. Следовательно, учитывая данную классификацию ГФИ целесообразно стратифицировать пациентов с обструкцией желчных протоков на следующие группы: механическая желтуха, острый холангит и билиарный сепсис с формированием критериев диагностики для каждой из них (Табл.1).

Табл.1 Критерии диагностики

	Механическая желтуха	Острый холангит	Билиарный сепсис
Критерии	-УЗ-признаки билиарной гипертензии -Гипербилирубинемия> 22 ммоль/л - ССВР отсутствует	-УЗ-признаки билиарной гипертензии -Гипербилирубинемия> 22 ммоль/л - Наличие ССВР -Полиорганная недостаточность отсутствует (SOFA=0)	-УЗ-признаки билиарной гипертензии - Гипербилирубинемия> 22 ммоль/л -Наличие ССВР -Наличие полиорганной недостаточности (SOFA≥2)

Такое деление позволит унифицировать принципы маршрутизации и лечебно-диагностической тактики для пациентов с гипербилирубинемией, билиарной гипертензией и ССВР.

Цель: улучшить результаты лечения пациентов с гипербилирубинемией, билиарной гипертензией и ССВР путём стратификации их на группы и формированием критериев диагностики для каждой из них.

Материалы и методы. В период с 2014 по 2018 годы в клинике НИИ Хирургии и неотложной медицины было пролечено 208 пациентов с гипербилирубинемией, билиарной гипертензией и ССВР. Учитывая предлагаемые ранее критерии диагностики, по результатам обследования пациенты были разделены на группы: механическая желтуха, острый холангит и билиарный сепсис. Это позволило уже на этапе поступления определить алгоритм лечебной тактики: пациенты с механической желтухой госпитализировались на хирургическое отделение и оперативное вмешательство выполнялось в последующие 24 часа; пациенты с острым холангитом после проведения комплексного дообследования находились в зоне динамического наблюдения приемного покоя, где им в течение 6 часов проводилась инфузионно-детоксикационная и антибактериальная терапия, после чего выполнялось оперативное лечение. Пациенты с билиарным сепсисом наблюдались в условиях палаты реанимации и интенсивной терапии, где им проводилась предоперационная подготовка в течение 2-х часов и затем выполнялось оперативное лечение. Для декомпрессии билиарного тракта использовались различные малоинвазивные хирургические вмешательства (эндоскопическая папиллосфинктеротомия, стентирование желчных протоков, чрескожное чреспеченочное дренирование).

Для оценки эффективности предложенных критериев диагностики и лечебного алгоритма проведен сравнительный анализ результатов лечения с ретроспективной группой, в которую вошли 182 пациента с гипербилирубинемией, билиарной гипертензией и ССВР, госпитализированные в хирургические клиники ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова в период с 2010 по 2014 годы. Сравнивались следующие показатели: время от момента поступления до начала операции, длительность оперативного вмешательства, частота послеоперационных осложнений, летальность, длительность койко-дня и экономические затраты.

Статистический анализ полученных данных проводился в программе Microsoft Excel 2018, для определения статистической значимости различия использовался t-критерий Стьюдента ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение. В проспективной группе больных у 74 (35,6%) пациентов был определен острый холангит, у 20 (9,6%) – билиарный сепсис, у остальных 114 (54,8%) пациентов имелась механическая желтуха.

При проведении ретроспективного анализа историй болезней также было произведено подразделение пациентов, у которых имелась гипербилирубинемия, билиарная

гипертензия и ССВР на 3 группы (механическая желтуха, острый холангит и билиарный сепсис) на основании имевшихся данных лабораторных и инструментальных исследований, а также описанной клинической картины. 109 (59,9%) больных было отнесено в группумеханическая желтуха, 61 (33,5%) – острый холангит, 12 (6,6%) – билиарный сепсис.

Все пациенты были прооперированы. Следует отметить, что как в проспективной группе больных, так и в ретроспективной декомпрессия билиарного тракта осуществлялась с использованием указанных ранее минимально инвазивных хирургических методик.

В результате анализа полученных данных у пациентов с механической желтухой проспективной группе отмечалось меньшее время до начала операции, меньшая частота осложнений (4,4% против 7,3%) и летальность (0 против 2,6%), а также меньший койко-день ($8,5 \pm 2,8$ против $18,2 \pm 3,9$) и экономические затраты ($66\ 382 \pm 2\ 670$ против $74\ 844 \pm 3\ 101$). В длительности операции достоверной разницы не наблюдалось.

В группе больных с холангитом на основании полученных данных отмечалось меньшее время до начала оперативного вмешательства ($5,2 \pm 0,6$ против $8,5 \pm 0,8$), меньшая частота послеоперационных осложнений (6,7% против 11,4%), меньшая летальность (2,7% против 9,8%), меньший койко-день ($10,1 \pm 2,5$ против $19,8 \pm 3,4$) и экономические затраты на лечение ($93\ 219 \pm 3\ 502$ против $104\ 108 \pm 4\ 116$). Достоверной разницы в длительности операции не было.

У пациентов с билиарным сепсисом при сравнении проспективных и ретроспективных результатов лечения отмечалось: в проспективной группе достоверно значимо определялось меньшее время до начала операции ($1,5 \pm 0,4$ против $4,8 \pm 1,2$), , меньшая частота послеоперационных осложнений (25% против 41,6%) и летальность (15% против 41,6%), а также меньшая длительность пребывания в стационаре ($17,5 \pm 2,3$ против $25 \pm 3,5$) и меньшие финансовые затраты на лечение ($188\ 412 \pm 8\ 703$ против $218\ 730 \pm 11\ 270$). Достоверной разницы в длительности операции не было.

Таким образом, на основании проведённого исследования можно заключить, что стратификация пациентов с гипербилирубинемией, билиарной гипертензией и ССВР на группы, а также предложенные критерии диагностики, маршрутизация и лечебная тактика позволяют улучшить результаты лечения этой категории пациентов, о чём свидетельствуют такие показатели как: время от момента поступления до начала операции, частота послеоперационных осложнений, летальность, длительность койко-дня и экономические затраты.

Выводы. 1. При поступлении пациентов с гипербилирубинемией, билиарной гипертензией и ССВР необходимо их разделение на 3 группы: механическая желтуха, острый холангит и билиарный сепсис.

2. В каждой из групп больных существует допустимый временной интервал для выполнения декомпрессии билиарного тракта.
3. Совершенствование критериев диагностики, принципов маршрутизации и лечебной тактики позволяет улучшить результаты лечения данной категории пациентов.

Список литературы:

1. Малахова И.Г., Шкляев А.Е., Уткин И.Ю. Острый холангит, осложнённый билиарным сепсисом: Клинический случай с благоприятным исходом // Архивъвнутренней медицины. 2016. №4. С. 65 – 69.
2. Хацко В.В., Потапов В.В., Зенин О.К. Билиарный сепсис желчнокаменной этиологии // Медицинские науки. 2016. № 3. С.62 – 67.
3. Тарасенко С.В., Зайцев О.В., Тюленев Д.О. Распространённость осложнённых форм желчекаменной болезни // Наука молодых (EruditioJuvenium). 2018. № 2. С. 218 – 224.
4. Багненко С.Ф., Шляпников С.А., Корольков А.Ю. Современные подходы к этиологии, патогенезу и лечению холангита и билиарного сепсиса // Бюллетень сибирской медицины. 2007. № 3.- С.12 – 15.
5. Борисов А.Е., Кащенко В.А., Кубачев К.Г. Пути оптимизации стандартов лечения острого холецистита // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2012. № 6. С. 80 – 85.
6. Masamichi Y., Jiro H., Tadahiro T. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis // J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018. № 25. P.41–54. doi: 10.1002/jhbp.526
7. Vincent L., Tracey K. Sepsis definitions: time for change // Lancet. 2013. Vol. 381. №5. P. 774 – 775. doi:10.1016/s0140-6736(12)61815-7
8. Singer M. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3) // JAMA. 2016. Vol. 315. N3. P. 801–810. doi:10.1001/jama.2016.0287

Информация об авторах.

1. Корольков Андрей Юрьевич. ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ. Доктор медицинских наук. Руководитель отдела общей и неотложной хирургии НИИ Хирургии и неотложной медицины. 89219614155. korolkov.a@mail.ru
2. Попов Дмитрий Николаевич. ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ. Врач-хирург хирургического отделения №4 (неотложной хирургии). 89213375056. dimtryP@gmail.com
3. Китаева Мария Андреевна. ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ. Врач-хирург хирургического отделения №4 (неотложной хирургии). 89602311418. m-kitaeva@yandex.ru

4. Танцев Алексей Олегович. ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ. Врач-хирург хирургического отделения №4 (неотложной хирургии). 89117446415. dr.tantsev@gmail.com