

УДК 616.9

ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА

Митряков П.С.¹

¹ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России», Екатеринбург, Россия,
(620028, Екатеринбург, ул. Репина, 3) e-mail: chsa-surg@mail.ru

Митряков П.С. (Mitrjakov P.S.) – интерн кафедры хирургических болезней ЛПФ ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России

В статье обсуждается диагностика гнойного холангита, которая базируется на оценке клинической картины, лабораторных, инструментальных методах исследования. Авторами отмечено, что возбудителями холангитов являются микроорганизмы кишечной микрофлоры, в большинстве случаев встречающиеся в ассоциациях. Главным недостатком микробиологического исследования желчи в диагностике гнойного холангита является длительность исследования. Описаны инструментальные методы диагностики острого гнойного холангита, в том числе, ультразвуковое исследование (абдоминальное, ультрасаунд), фиброгастроуденоскопия, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, радиоизотопное сканирование, чрезкожная чрезпеченочная холангиография, интраоперационная холангиография, фиброхоледохоскопия. Отмечено, что внедрение в хирургическую практику фиброхоледохоскопии, как диагностической и лечебной манипуляции значительно расширило представление о частоте, степени выраженности и распространенности холангита, а так же позволило выполнять полноценную интраоперационную или чрезфистульную санацию гепатикохоледоха под визуальным контролем.

Ключевые слова: острый гнойный холангит, методы диагностики холангита

Специальность 14.01.17 – Хирургия

DIAGNOSIS OF ACUTE PURULENT CHOLANGITIS

Mitryakov P.S.

The article discusses diagnosis of purulent holangita, which is based on the evaluation of clinical, laboratory and instrumental research methods. The authors noted that the pathogens are microorganisms of the intestinal microflora of cholangitis in the majority of cases occurring in associations. The main disadvantage of microbiological examination of bile in the diagnosis of suppurative cholangitis is the duration of the study. Described instrumental methods of diagnostics of acute purulent cholangitis, including ultrasound (abdominal, ultrasaund), fibrogastroduodenoscopy, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, computed tomography, magnetic resonance imaging, radioisotope scanning, cresecendo cholangiography percutaneous, intraoperative cholangiography, fibrocholedochoscopy. It is noted that the introduction in surgical practice of fibrocholedochoscopy as diagnostic and therapeutic manipulation has greatly expanded the understanding of the frequency, severity, and prevalence of cholangitis, and allowed us to perform a full intraoperative sanitation of the extrahepatic bile ducts or crespillo under visual control.

Key words: acute purulent holangit, methods of diagnostics of holangit

Гнойный холангит – одно из наиболее частых и тяжелых осложнений доброкачественных и злокачественных заболеваний желчных путей, вызванных нарушением их проходимости. Это заболевание наблюдается у 17–83% больных холедохолитиазом, стенозом Фатерова соска, внутренними желчными свищами. У пациентов с посттравматическими стриктурами желчных протоков и с рубцовыми сужениями желчеотводящих анастомозов холангит выявляется более чем в 85% случаев. Особо тяжелую группу составляют больные с обтурационной желтухой, холангитом и острым панкреатитом (панкреонекрозом) [1]. Совершенствование методов диагностики и лечения острого гнойного холангита, в том числе новыми методами дренирования желчных путей, привело к улучшению результатов лечения, наметилась тенденция к снижению летальности [8]. Тем не менее, летальность, по данным различных авторов, по-прежнему остается высокой, достигая 60% [4, 7].

Диагностика острого гнойного холангита включает в себя следующие этапы: оценка клинической картины; лабораторная диагностика (исследование общего анализа крови, мочи, биохимического анализа крови, иммунологических и бактериологических исследований); инструментальные методы исследования.

При лабораторном исследовании в периферической крови обнаруживается выраженный лейкоцитоз ($20-30 \times 10^9/\text{л}$) со сдвигом формулы влево, тромбоцитопения, высокая степень увеличения СОЭ, нарастает анемия. Билирубин при остром гнойном холангите находится в пределах 85 – 120 мкмоль/л, иногда отмечается гипербилирубинемия до 300 мкмоль/, которая обычно свидетельствует о тяжести гнойного холангита. Как правило, возбудителями холангитов являются микроорганизмы кишечной микрофлоры, в большинстве случаев встречающиеся в ассоциациях, что установлено по результатам посева желчи, взятой от больных. К ним относятся представители семейства энтеробактерий, среди которых доминирующую роль играет *E. coli* (50—60%), с меньшей частотой встречается *Klebsiella* spp. (8—20%), *Serratia* spp., *Proteus* spp., *Enterobacter* spp., *Acinetobacter* spp.; грамположительные микроорганизмы *Streptococcus*, *Enterococcus*, выявляемые, по данным различных исследователей, в 2—30% случаев; неспорообразующие анаэробы *Bacteroides* spp., *Clostridium* spp., фузобактерии пептококк (до 20%); *Pseudomonas* spp. (2—4% случаев). Характерно превалирование грамотрицательной кишечной флоры, однако существенная разница среди серий наблюдений отмечается в определении частоты анаэробов, стафилококков, стрептококков, *Pseudomonas aeruginosa*. Следует отметить, что у 13—18% больных с типичной клинической картиной острого холангита микробная флора из желчи не высевается. Главным недостатком микробиологического исследования желчи в диагностике и лечении

гнойного холангита является длительность исследования (более суток) [2, 3; 5].

Инструментальная диагностика острого гнояного холангита включает ультразвуковое исследование (УЗИ) (абдоминальное, ультрасаунд), фиброгастродуоденоскопию, эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию, компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, радиоизотопное сканирование, чрезкожную чрезпеченочную холангиографию, интраоперационную холангиографию, фиброхоледохоскопию.

Ультрасонография является ведущим методом диагностики ЖКБ и патологии желчевыводящих путей. Эхосемиотика острого холецистита, особенно его калькулезного варианта, достаточно хорошо разработана и базируется на выявлении изменений структуры желчного пузыря (толщина, однородность), его размеров, состояние внутренней среды (гипоэхогенная взвесь, слоистость, вклиненный конкремент). В отличие от ультразвуковой диагностики заболеваний желчного пузыря, эхосемиотика конкрементов внепеченочных желчных протоков представляет собой значительную проблему современной желчной хирургии. До настоящего времени ведутся дискуссии даже о величине диаметра холедоха в норме, которые могут различаться в зависимости от пола и возраста, наличия или отсутствия у больного желчного пузыря (холецистэктомия в анамнезе). Так, по мнению различных авторов, диаметр холедоха по данным УЗИ составляет от 4 до 9 мм. Большинство исследователей за норму принимается 7 мм. При этом эффективность ультразвуковой диагностики холедохолитиаза при принятии за норму диаметра холедоха до 7,0 мм увеличивается до 72 – 89%. В то же время исследования показали, что при принятии за условную норму диаметра холедоха до 10,0 мм, диагностическая эффективность данного метода в обнаружении конкрементов холедоха снижается до 46 – 63%. Чувствительность метода в определении уровня и причины обструкции желчных путей составляет 22-88%. Признаками холангита при УЗИ являются: утолщение стенки холедоха, наличие в его посвете пристеночного осадка и эхопозитивных включений размерами от 2 до 5 мм без акустической тени (хлопья гноя, пленки фибрина, замазка) определяются не более чем в 18% случаев [4].

В последнее время в литературе представлено большое количество работ об использовании внутрисветной эндоскопической ультрасонографии с целью диагностики патологии желчных протоков. Диагностическая ценность данного метода колеблется от 90-99 %.

Одно из важных мест в обследовании больных с ЖКБ занимает эзофагогастродуоденоскопия, которая позволяет выявить или исключить сопутствующие заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки, маскирующиеся клиническими

проявлениями холецистохоледохолитиаза. В процессе исследования обращается внимание на наличие желчи в двенадцатиперстной кишке, ее характер. Прицельный осмотр области фатерова соска позволяет оценить его расположение, форму, размеры, наличие парафатеральных дивертикулов, а также косвенно оценить возможность его канюляции. В случае вклинения конкремента в большом дуоденальном сосочке выявляются следующие эндоскопические признаки: отсутствие желчи в двенадцатиперстной кишке, отек и гиперемия соска, резкое увеличение его в размерах, выбухание продольной дуоденальной складки.

Компьютерная томография (КТ) является высокоинформативным методом диагностики патологии печени и желчевыводящих протоков. Диагностическая ценность данного метода исследования составляет 87-92%. С помощью КТ можно определить билиарную гипертензию у 85-95 % обследуемых больных и уточнить причину обтурации билиарного тракта у 70-85%. Использование спиральной компьютерной томографии повышает вероятность выявления камней гепатикохоледоха, особенно в сочетании с внутривенным контрастированием желчных протоков, достигая 94%, и по своей достоверности сравнима с прямыми методами контрастирования желчных путей.

Магнитнорезонансная томография (МРТ) является близкой, по своей диагностической ценности, к спиральной компьютерной томографии чувствительность метода достигает 97%. МРТ обеспечивает высокую достоверность в диагностике хирургических заболеваний печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы. Дает возможность определить уровень, протяженность, причину обструкции, позволяет оценить характер содержимого внутрипеченочных желчных протоков. Возможность построения трехмерного изображения желчного дерева позволяет выявить особенности строения и соотношения с соседними анатомическими структурами позволяет выбрать безопасный доступ и вид декомпрессии билиарного тракта. Ограничивает ее применение достаточно высокая стоимость оборудования и его эксплуатации. Специальные требования к помещениям, в которых находятся приборы, невозможность обследования больных с клаустрофобией, искусственными водителями ритма, крупными медицинскими имплантатами из немедицинских металлов [4, 5].

Рентгенологические исследования желчевыводящих путей остается важнейшим методом комплексной диагностики резидуального холедохолитиаза. При этом внедрение таких методик как чрезкожно-чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ) тонкой иглой, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография значительно расширяют возможности лучевой диагностики.

Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ) наиболее широко

применяется при холедохолитиазе. Эта методика имеет преимущество перед чрезкожно-чреспеченочной холангиографией. Так как может быть выполнен больным с вне и внутрипеченочной формой холестаза. Она дает возможность четко выявить конкременты, уточнить их локализацию в желчевыводящих протоках и удалить их в последующем с помощью эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). В настоящее время большинством исследователей признается, что ЭРПХГ является наиболее информативным и одним из самых распространенных методов визуализации и дифференциальной диагностики патологии желчевыводящих протоков. ЭРПХГ позволяет поставить правильный диагноз в 79 – 98% случаев и при обнаружении патологии возможна одномоментная коррекция применением ЭПСТ, литотрипсии и литоэкстракции их холедоха. Более того, ЭРПХГ обладает меньшей инвазивностью и травматичностью по сравнению с другими методами прямого контрастирования желчных путей, и, соответственно, более низким уровнем осложнений и летальности. Среди осложнений ЭРПХГ наблюдаются: острый панкреатит, острый холецистит, гнойный холангит, кровотечения, травмы холедоха, попадание контрастного вещества в ретродуоденальную клетчатку. Частота осложнений варьирует в пределах от 0,8 до 6,4%, летальность от 0,05 до 0,1% [4, 6].

Чрескожно-чреспеченочная холангиография занимает определенное место в диагностике холедохолитиаза. Информативность ЧЧХГ достигает 98%. Чрескожно-чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) впервые была описана К.С. Weichel в 1964 г. и с тех пор рассматривается как способ декомпрессии желчных путей перед хирургическим вмешательством. Чрескожно-чреспеченочная холангиография как метод прямого контрастирования желчных путей обладает максимальными достоверными свойствами, однако применение методики сопряжено с такими осложнениями как: внутрибрюшные кровотечения, желчеистечение, желчный перитонит, образование внутрибрюшных абсцессов и наружных желчных свищей. Частота этих осложнений составляет 0,9 – 4, 9%. Следует помнить, что данная процедура может являться источником и таких осложнений, как сепсис и эндотоксический шок. С внедрением теста на эндотоксин было выявлено, что после ЧЧХС у больных наблюдается эндотоксемия, связанная с увеличением внутрипротокового давления и илиовенозным рефлюксом при контрастировании протоков [Бюллетень сибирской медицины, № 3, 2007 Современные подходы к этиологии, патогенезу и лечению холангита и билиарного сепсиса. Метод интраоперационной холангиографии (ИОХГ) известен уже более 70 лет после первого его применения Mirizzi P.L. в 1937 году и сегодня является основой интраоперационной диагностики холедохолитиаза. Она дает ценные сведения о строении, функциональных или

органических изменениях желчных протоков. За годы широкого применения этого метода исследования желчных протоков разработаны различные его варианты в зависимости от способа введения контрастного вещества и регистрации изображения. ИОХГ остается основным методом интраоперационной диагностики холедохолитиаза. Не смотря на опоявление интраоперационной фиброхоледохоскопии и ультрасонографии. При отработанной технике исследования осложнения ИОХГ встречаются крайне редко или отсутствуют. Процедура длится недолго, выполнить её удается в 90 – 97,5% случаев, в том числе и при лапароскопической холецистэктомии. Частота ложнонегативных результатов варьирует от 0,7 до 6%. Внедрение в хирургическую практику фиброхоледохоскопии (ФХДС) как диагностической и лечебной манипуляции значительно расширило представление о частоте, степени выраженности и распространенности холангита, а так же позволило выполнять полноценную интраоперационную или чрезфистульную санацию гепатикохоледоха под визуальным контролем [9, 10].

Список литературы:

1. Габазов Х.М., Лимонов А.В., Столин А.В., Чернядьев С.А. Хирургическое лечение некротизирующего панкреатита Медицинский вестник МВД. 2007. № 1 (26). С. 43-44.
2. Засорин А.А., Гусев Е.Ю., Чернядьев С.А., Макарова Н.П., Григорьев Н.Н. Оценка эффективности озонотерапии с помощью интегральных показателей системной воспалительной реакции при гнойных заболеваниях мягких тканей у военнослужащих Вестник Российской военно-медицинской академии. 2010. № 4 (32). С. 106-109.
3. Засорин А.А., Макарова Н.П., Чернядьев С.А., Берсенев С.Г., Григорьев Н.Н., Сандалов Е.Ж. Проблема гнойновоспалительных заболеваний мягких тканей у военнослужащих Военно-медицинский журнал. 2010. Т. 331. № 9. С. 53-57.
4. Майстренко Н. А., Стукалов В. В. Холедохолитиаз. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2000. — 288 с: 211 ил. ISBN5-93979-006-2
5. Пиодермии [Текст] : учеб. пособие для осваивающих образовательные программы высшего образования по специальности «Лечебное дело»/под ред. С. А. Чернядьева, М.А. Уфимцевой; Уральский гос. мед. университет — Екатеринбург : Издательство УГМУ, 2016. — 104 с. — ISBN 978-5-89895-758.
6. Ушаков А.А. Оптимизация хирургической тактики у больных желчнокаменной болезнью, холедохолитиазом, осложненной острым гнойным холангитом Уральский медицинский журнал. 2012. № 9 (101). С. 128-133.

7. Цап Н.А., Попов В.П., Чернядьев С.А., Карлов А.А., Огарков И.П. Интеграционная модель организации оказания экстренной хирургической помощи детям по опыту Свердловской области Медицина катастроф. 2009. № 4. С. 39-40.
8. Чернядьев С.А., Ушаков А.А. Инструмент для установки Т-образного дренажа в общий желчный проток. патент на полезную модель RUS 115669 14.06.2011
9. Чернядьев С.А., Назаров В.И. Опыт организации экстренной медицинской помощи детям при неотложных хирургических состояниях Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. 2008. № 4. С. 68-73.
10. Чернядьев С.А., Ушаков А.А. Оптимизация хирургической тактики у больных желчнокаменной болезнью, холедохолитиазом, осложненной острым гнойным холангитом В сборнике: Академическая наука - проблемы и достижения = Academic science - problems and achievements 2014. С. 44.