

ОСТРЫЙ ХОЛАНГИТ

Шифр МКБ 10 — К 83.0

Холангит — острое неспецифическое воспаление желчных протоков.

Этиопатогенез

Под острым холангитом принято понимать любое острое воспаление желчных протоков. В части ситуаций это контактные (вторичные) изменения дистальных отделов протоковой системы, не требующие специального лечения (например, контактные изменения при остром холецистите). В других случаях холангит является следствием системных заболеваний и меняет свое течение симметрично с результатами его лечения.

Однако в тех случаях, когда острый холангит (присоединение инфекции) развивается на фоне обтурации протоковой системы любой этиологии (острый обтурационный гнойный холангит), ситуация радикально изменяется.

Тяжесть клинических проявлений острого (обтурационного) холангита, как и любого другого инфекционного воспалительного процесса зависит множества факторов. В их числе микробиологические особенности инфектанта, степень запущенности и распространения воспалительных изменений, состояние реактивности макроорганизма, наличие или отсутствие гипертензии и т.п.

Нарушение оттока желчи у больных с «дремлющей» инфекцией в желчных протоках ведет не только к быстрому вовлечению в воспалительный процесс огромной поверхности общей сети желчных капилляров (до 10 м²), где инфицированная желчь напрямую контактирует с печеночной клеткой, но и образованию дефектов в защитном слое клеточных мембран.

Фибрин, желчный сладж и прогрессирующая дилатация желчных капилляров усугубляют нарушения их дренирования. При этом наличие билиарной гипертензии нарушает микроциркуляцию крови в печеночной паренхиме, резко усиливает механизмы транслокации микроорганизмов и резорбции метаболитов их деятельности.

Увеличение количества микроорганизмов и эндотоксинов, в совокупности с местным повреждением, ведут к микро и макроабсцедированию в ткани печени, формированию острой печеночной

недостаточности, тяжелого холангиогенного сепсиса и септического шока.

ОСНОВНЫЕ ВАРИАНТЫ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ

По патогенезу

Асептический:

- аутоиммунный холангит (при первичном билиарном циррозе, аутоиммунной холангиопатии);
- склерозирующий холангит (первичный склерозирующий холангит, вторичный склерозирующий холангит — ятрогенный и ишемический).

Септический (инфекционный):

- обтурационный гнойный холангит (ОГХ);
- рецидивирующий холангит;
- бактериальный вторичный склерозирующий холангит.

По этиологии:

- представители семейства энтеробактерий, среди которых доминирующую роль играет *E. coli* (50 — 60%), с меньшей частотой встречаются *Klebsiella spp.* (8 — 20%), *Serratia spp.*, *Proteus spp.*, *Enterobacter spp.*, *Acinetobacter spp.* (2 — 5%),
- грамположительные микроорганизмы (*Streptococcus*, *Enterococcus*, выявляемые, по данным различных авторов, в 2 — 30%),
- неспорообразующие анаэробы (*Bacteroides spp.*), *Clostridium spp.*, фузобактерии, пептококк (до 20% случаев),
- *Pseudomonas spp.* (2 — 4%).

По выраженности системной воспалительной реакции:

- сепсис
- тяжелый сепсис
- септический шок

Оказание помощи на догоспитальном этапе

Все больные острым гнойным холангитом и подозрением на наличие этого заболевания подлежат немедленному направлению в лечебное учреждение, имеющее лицензию на оказание медицинской помощи по хирургии в круглосуточном режиме.

Направление таких больных в иные стационары может быть оправдано лишь констатацией врачом СМП нетранспортабельности пациента. В данной ситуации информацию о пациенте следует передать для дальнейшего ведения в ближайший хирургический стационар или специализированный центр по оказанию неотложной хирургической помощи (региональный центр санитарной авиации, территориальный центр медицины катастроф, областная больница и т.п.), специалисты которого должны определить объем необходимой интенсивной терапии для стабилизации состояния больного.

При положительной динамике больной будет транспортирован в хирургический стационар (санитарный транспорт класса «С»). При отсутствии эффекта пациента следует оперировать на месте силами выездной хирургической бригады.

О случаях отказа от госпитализации и самовольного ухода из приемного отделения следует информировать поликлинику по месту жительства пациента с назначением активного вызова хирурга на дом.

Основные задачи экстренной диагностики процесса и экстренной помощи в хирургическом стационаре:

Основой диагностики острого обтурационного (гнойного) холангита является одновременное выявление синдромов воспалительного ответа (преобладает) и механической желтухи (гипербилирубинемия).

Классическим признаком острого гнояного холангита является триада Шарко — появление боли в правом верхнем квадранте живота и эпигастрии, сопровождающейся ознобом и проливным потом и быстро развивающейся механической желтухой.

Гектическая лихорадка встречается не всегда, желтуха может быть весьма умеренной.

Наличие признаков полиорганной недостаточности свидетельствует о тяжелом сепсисе и высоком риске неблагоприятного исхода.

Минимум диагностических исследований для исключения наличия острого холангита.

Осмотр ответственного хирурга или заведующего отделением.

Лабораторная диагностика: количество лейкоцитов, эритроцитов, гемоглобина и определение гематокрита в периферической крови

(желателен — общий анализ крови с определением лейкоцитарной формулы), биохимический анализ крови (глюкоза, билирубин, амилаза, мочевины, креатинин, желателен: С-реактивный белок), АСТ и АЛТ, анализ мочи (физикохимические свойства, микроскопия осадка).

Специальные исследования: всем больным — исследование ЧСС (пульса) АД, температуры тела. По показаниям: пальцевое исследование прямой кишки, вагинальное исследование (осмотр гинекологом) женщин.

Минимум диагностических исследований при госпитализации больного

Лабораторная диагностика: количество лейкоцитов, эритроцитов, гемоглобина и определение гематокрита в периферической крови (желателен общий анализ крови с определением лейкоцитарной формулы), биохимический анализ крови (глюкоза, билирубин, креатинин), активность амилазы, АСТ и АЛТ, ЩФ, определение группы крови и Rh фактора, кардиолипидная реакция (кровь на RW), длительность кровотечения, свертываемость, ПТИ (протромбин по Квику, МНО), анализ мочи (физико-химические свойства, микроскопия осадка).

Перед операцией (если сроки проведения дополнительных исследований не противостоят неотложному характеру помощи, в которой нуждается пациент): общий анализ крови с тромбоцитами и лейкоцитарной формулой, СОЭ, тромбоэластограмма, фибриноген, прокальцитонин, общий белок и белковые фракции, общий анализ мочи

Специальные исследования:

общеклинические — исследование ЧСС (пульса), АД, определение температуры тела, ЭКГ (всем пациентам старше 40 лет, а также при наличии клиники сердечной патологии), рентгенографию легких (всем больным)

специальные исследования (при наличии технической возможности): УЗИ, ФГДС с осмотром БСДК, КТ и МРпанкреатохолангиография.

Обоснованный срок нахождения больного в приемном покое — до 2 часов. Если наличие острого холангита не удается исключить в течение этого времени, пациент должен быть госпитализирован в хирургический стационар.

Формулировка развернутого диагноза примеры:

ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Холедохолитиаз. Механическая желтуха.

Обтурационный гнойный холангит.
Тяжелый сепсис. Септический шок.

Посттравматическая рубцовая стриктура общего печеночного протока. Механическая желтуха. Обтурационный гнойный холангит. Холангиогенные абсцессы печени. Тяжелый холангиогенный сепсис. Печеночнопочечная недостаточность.

Опухоль головки поджелудочной железы.
Механическая желтуха. Гнойный холангит.

Основные принципы лечения острого обтурационного холангита при наличии тяжелого абдоминального сепсиса:

Предоперационная подготовка в условиях ПИТ РАО, включающая антибактериальную терапию.

Больные ОГХ с септическим шоком перед вмешательством нуждаются в проведении противошоковых мероприятий в условиях РАО. После стабилизации показателей гемодинамики появляется возможность выполнения тех или иных хирургических процедур.

Оперативное вмешательство должно выполняться в неотложном порядке и в минимальном объеме.

Первостепенное значение имеет немедленное дренирование заблокированной части билиарного дерева. Желчь необходимо отправлять на бактериологическое исследование.

Наиболее эффективны эндоскопические транспапиллярные технологии внутреннего дренирования желчных протоков (ЭПСТ, назобилиарное дренирование, стентирование). Исключение — ситуации, делающие попытку эндоскопического транспапиллярного разрешения гнойного холангита малоперспективной — наличие камней, фиксированных выше уровня БСДЖ; очень крупные конкременты холедоха; конгломераты из замазки и конкрементов, выполняющие значительную часть просвета протоковой системы.

Трансабдоминальная операция из минидоступа наиболее оправдана для лечения гнойно-деструктивных форм острого холецистита, осложненного обтурационным холангитом, при бесперспективности или неэффективности транспапиллярных эндоскопических процедур, а также при отсутствии возможности выполнения ЭПСТ. Рекомендуемый объем вмешательства при отсутствии явлений тяжелого абдоминального сепсиса и септического шока — холецистэктомия с одновременным вмешательством на протоках. При наличии конкрементов в общем печеночном и внутрипеченочных протоках их следует удалить

для беспрепятственного наружного оттока желчи по дренажу в послеоперационном периоде.

Чрескожная чреспеченочная катетризация желчных протоков (чрескожная чреспеченочная «холангиостомия» — ЧЧХС) является методом резерва, поскольку сопровождаются несколько более высокой частотой абдоминальных осложнений и летальностью. Основные факторы дополнительного риска: миграция катетера при кашле, поворотах тела и дыхательных движениях; обтурация капиллярного просвета катетера вязким отделяемым и гиперпрессия в протоках при промываниях и холангиографиях.

Прямая холангиография у больных острым холангитом (ЭРХПГ, интраоперационная или чредренажная ХГ) должна применяться с осторожностью — при минимальной степени повышения внутрипротокового давления (введение контраста под давлением не более 250 мм водного ст. или не более 5,0 мл 12,5 — 25% раствора контрастного вещества при ширине гепатикохоледоха менее 10 мм). Для профилактики панкреатита могут быть использованы нестероидные противовоспалительные средства, антисекреторные препараты, синтетические аналоги соматостатина.

Выполнение данного исследования у больных обтурационным гнойным холангитом, осложненным тяжелым абдоминальным сепсисом и тем более шоком, противопоказано ввиду высокого риска развития или усугубления шока.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА

Перед операцией производятся опорожнение мочевого пузыря, гигиеническая обработка зоны предстоящей операции, выведение желудочного содержимого толстым зондом (по показаниям).

Медикаментозная предоперационная подготовка проводится по общим правилам и в сжатые сроки. Основаниями для нее являются: септический шок, сопутствующие заболевания в стадиях суб и декомпенсации, органические и системные дисфункции.

Профилактика тромбоэмболических и инфекционных осложнений (см. приложения).

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОПЕРАЦИИ

Наиболее целесообразным видом анестезиологического пособия является общая анестезия с ИВЛ.

При выполнении чрескожных — чреспеченочных и эндоскопических пероральных

вмешательств может использоваться местная анестезия в сочетании с атаралгией.

ЭТАПНАЯ ТАКТИКА

У больных острым гнойным холангитом желчнокаменной или опухоловой этиологии, развившимся на фоне рубцовых стриктур, внутренних свищей и т.п., рекомендуется отложить основной этап хирургического лечения до ликвидации явлений холангита, холангиогенного сепсиса и полиорганной недостаточности.

Основной этап хирургического лечения у таких больных рекомендуется выполнять в условиях хорошо оснащенного хирургического стационара (центра, клиники), располагающего необходимым оборудованием и специалистами.

Послеоперационный период

Сроки пребывания больных в стационаре, амбулаторное лечение, ВТЭК, реабилитация

1. Среднее пребывание больных в стационаре: 10 — 30 суток,

2. Общая продолжительность нетрудоспособности — 30 — 60 дней.

Оптимальная продолжительность госпитализации и общей реабилитации больных ОГХ после малоинвазивного лечения (ЭПСТ, ЧЧХС, минидоступ и т.п.) существенно (в 2 — 4 раза) меньше, чем при традиционном хирургическом лечении из широких лапаротомных доступов.

Рекомендации по аппаратно-инструментальному и материальному обеспечению хирургических стационаров:

- аппарат УЗИ
- гастродуоденоскоп
- рабочее место анестезиолога: наркозный аппарат, разводка кислорода, приспособления для интубации трахеи, катетеризации вен, мочевого пузыря, желудка; кардиомонитор или пульсоксиметр, дефибриллятор, вакуумаспиратор; дозаторы лекарственных препаратов; приспособление для подогрева растворов
- электрохирургический блок
- операционный стол с возможностью изменения положения больного (правый бок, левый бок, положения Фовлера и Тренделенбурга) и интраоперационной холангиографии

- вакуумаспиратор
- рентгеновский аппарат, используемый в условиях операционной
- общехирургический набор инструментов
- «комплект белья хирургического универсальный одноразовый стерильный»
- атравматические рассасывающиеся нити для наложения швов на желчные протоки
- комплект оборудования и инструментов для диагностической лапароскопии
- набор инструментов для операций из минидоступа (например, комплектация «Мини-Ассистент» для операций на желчном пузыре и протоках)

Дополнительное оборудование для стационаров, обслуживающих свыше 100 000 населения

- холедохоскоп
- эндовидеохирургический комплекс оборудования и инструментов (комплектация для эндовидеохирургической холецистэктомии)
- манипуляционный дуоденоскоп с электрохирургическим блоком и набором электродов для эндоскопической папиллотомии и эндобилиарного стентирования
- рентгеновский аппарат с ЭОУ
- КТ (мультиспиральный)

Дополнительное оборудование для хирургических центров областного уровня и специализированных хирургических клиник:

- диагностический холангиоскоп
- электрохирургический блок с функцией сплавления коллагеновых структур или аппарат для ультразвуковой коагуляции и диссекции тканей
- манипуляционный холангиоскоп с набором инструментов для чресфистульной санации желчных протоков
- хирургическая лупа с 2,5 — 4кратным увеличением
- контактный литотриптор с набором эндоскопических зондов
- наборы для чрескожной чреспеченочной холангиостомии и эндобилиарного стентирования
- КТ (спиральный, мультиспиральный)
- МРтомограф с программным обеспечением для холангиографии
- оборудование для эндоУЗИ.