## Холангит

Холангит - воспалительный процесс в желчных протоках (хо-лангиолит - поражение мелких желчных протоков; холангит или ангиохолит - поражение более крупных внутри - и внепеченочных желчных протоков; холедохит - поражение общего желчного протока; папиллит - поражение области фатерова соска).

## Классификация

(Ю.И. Фишзон-Рысс, Н.А. Пострелов, 1985).

По этиологии:

Бактериальный.

Гельминтозный.

Токсический и токсико-аллергический.

Вирусный.

Аутоиммунный.

По течению:

Острый.

Хронический.

По патогенезу:

Первичный (бактериальный, гельминтозный, аутоиммунный).

Вторичный и симптоматический:

На почве подпеченочного холестаза:

Камни гепатохоледоха.

Рубцовые и воспалительные стриктуры магистральных желчных протоков и большого дуоденального соска.

Злокачественные и доброкачественные опухоли с окклюзией гепатохоледоха или большого дуоденального соска.

Панкреатиты со сдавлением холедоха.

На почве заболеваний без подпеченочного холестаза:

Билиодигестивные анастомозы и свищи.

Недостаточность сфинктера Одди.

Послеоперационный холангит.

Холестатические гепатиты и билиарный цирроз печени.

По типу воспаления и морфологических изменений:

Катаральный.

Гнойный.

Обструктивный.

Деструктивный негнойный.

По характеру осложнений:

Абсцессы печени.

Некроз и перфорация гепатохоледоха.

Сепсис с внепеченочными гнойными очагами.

Бактериально-токсический шок.

Острая почечная недостаточность.

Наиболее часто холангиты имеют бактериальную природу и возбудителями чаще всего являются кишечная палочка, энтерококки, бацилла Фридлендера, пневмококки, стрептококки.

Холангит острый.

Клиническая картина.

В *первой стадии* основной симптом - высокая температура тела с потрясающими повторяющимися ознобами. Начало внезапное, бурное. Температура тела повышается ежедневно или 1 раз в 2-3 дня. Характерны также схваткообразные боли в правом подреберье, рвота. Развивается выраженная слабость, снижается артериальное давление.

Во *второй стадии* к вышеописанным симптомам присоединяется увеличение печени, она резко болезненна, нарушаются печеночные функциональные пробы, возникает субиктеричность, а затем - небольшая желтуха. К концу первой недели увеличивается селезенка. Особенно тяжело протекают пневмококковые холангиты, чаще всего осложняющиеся развитием абсцессов печени.

В *третьей стадии,* если не наступает улучшение, развивается картина печеночной недостаточности с выраженной желтухой, одновременно появляются выраженные изменения в моче, повышаются мочевина и креатинин в крови (гепаторенальный синдром), значительно нарушается сердечная деятельность (тахикардия, глухие тоны сердца, аритмия, дистрофические изменения миокарда на ЭКГ), возможны коллапсы, часто возникает панкреатит.

В *четвертой, конечной, стадии* развиваются выраженная печеночно-почечная недостаточность, кома.

*Острые катаральные холангиты* проявляются повышением температуры тела, ознобами, увеличением и болезненностью печени, но выраженность интоксикации не достигает очень тяжелой степени.

*Гнойный холангит* протекает очень тяжело, характерна выраженная интоксикация вплоть до развития бактериально-токсического шока. Нередко поражение ЦНС в виде прострации, помрачения сознания. Гнойный холангит часто осложняется поддиафрагмальным, внутрипеченочным абсцессом, реактивным экссудативным плевритом и эмпиемой плевры, абсцессом легких, перитонитом, эндокардитом, панкреатитом.

Лабораторные данные.

1. OAK: умеренный или высокий (более I. S-IO9/л) лейкоцитоз, сдвиг формулы крови влево, токсическая зернистость нейтрофилов, увеличение СОЭ.

2. БАК: повышение содержания билирубина с преобладанием конъюгированной фракции, α2 - и γ-глобулинов, трансаминаз, щелочной фосфатазы, γ-глютамилтранспептидазы, сиаловых кислот, фибрина, серомукоида.

3. ОА мочи: появление белка, цилиндров, билирубина.

Инструментальные данные.

Хроматическое фракционное дуоденальное зондирование. Порция В: в большом количестве мелкий цилиндрический эпителий. Порция С: снижение концентрации липидного комплекса, повышение содержания сиаловых кислот, фибрина, трансаминаз, высевание обильной бактериальной флоры, возможно обнаружение большого количества лейкоцитов. Ультразвуковое исследование - увеличение размеров печени, расширение внутрипеченочных желчных протоков.

Программа обследования.

1. ОА крови, мочи, кала. Исследование мочи на желчные пигменты.

2. БАК: общий белок и его фракции, сиаловые кислоты, фибрин, серомукоид, трансаминазы, альдолаза, щелочная фосфатаза, билирубин, у-глютамилтранспептидаза, мочевина, креатинин.

3. Исследование крови на стерильность.

4. Дуоденальное фракционное зондирование с бактериологическим исследованием порций В и С и определение чувствительности флоры к антибиотикам.

5. Ультразвуковое исследование печени и желчевыводящих путей.

Холангит хронический.

Хронический холангит представляет собой хроническое бактериальное воспаление желчных протоков (внепеченочных и внутрипеченочных).

Клиническая картина.

*Латентная форма:* боли и болезненность в правом подреберье нерезкие или отсутствуют, слабость, ознобы, субфебрильная температура тела, изредка кожный зуд, иктеричность кожи и видимых слизистых оболочек, постепенное увеличение печени.

*Рецидивирующая форма:* боли и болезненность в правом подреберье при пальпации, тошнота, горечь во рту, кожный зуд; в периоде обострения - желтуха, лихорадка, возможен продолжительный субфебрилитет; при длительном течении - утолщение концевых фаланг в виде барабанных палочек и ногтей в виде часовых стекол, печень и селезенка увеличены, плотны.

*Затяжная септическая форма:* тяжелое течение с лихорадкой, ознобами, болями в правом подреберье, увеличением печени, селезенки, тяжелой интоксикацией, поражением почек, желтухой. Напоминает септический эндокардит.

*Склерозирующая (стенозирующая) форма:* общая слабость, недомогание, повышение температуры тела, ознобы, кожный зуд, желтуха, увеличение печени, селезенки.

В поздних стадиях хронических холангитов возможно развитие биллиарного цирроза печени.

Лабораторные данные

Те же, что при остром холангите, но для хронического более закономерна анемия.

Инструментальные данные.

Те же, что при остром холангите. Внутривенная холангиография или эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография выявляет расширенные желчные протоки (вне - и внутрипеченочные), при склерозирующем холангите - внутрипеченочные протоки в виде четок, часто резко суженные с уменьшенной ветвистостью, сужение в некоторых отделах или на всем протяжении общего желчного протока.

Программа обследования.

Та же, что при остром холангите. Кроме того, в затруднительных дифференциально-диагностических случаях необходима лапа-роскопия с холангиографией и прицельной биопсией печени.

Диагноз.

Диагноз формулируется исходя из этиологических и патогенетических особенностей холангита и его роли в ряду других проявлений патологического процесса.

Первичные холангиты развиваются как самостоятельное заболевание. Среди них следует выделить первичный склерозирующий холангит - заболевание предположительно аутоиммунной природы. В качестве первичного описывают также "восточный холангит" - недостаточно изученную форму, эндемическую для некоторых районов Азии и, возможно, связанную с клонорхозом. При вторичном симптоматическом холангите на первое место выдвигается заболевание, послужившее предпосылкой его развития или с ним ассоциирующееся. Правда, при холестатическом гепатите и первичном биллиарном циррозе печени не принято оговаривать участие холангита в формировании патологического процесса, но это уместно подразумевать. Если холангит выступает в качестве самостоятельного заболевания, его первичность целесообразно отразить в диагнозе. Тем самым подчеркивается обособление подобных редких форм из абсолютно преобладающих по частоте случаев вторичного холангита.

Примеры формулировки диагноза.

1. Острый первичный бактериальный холангит, сепсис, абсцессы печени.

2. Желчнокаменная болезнь (холедохолитиаз), обострение вторичного бактериального холангита.