Особенности клинической картины острого гнойного холангита по данным неотлож. отд.ЦГБ№7.

Цель работы: определение наиболее специфичных клинических и лабораторных признаков острого гнойного холангита на фоне сопутствующей патологии желчевыводящей системы, что необходимо для своевременного проведения оперативного вмешательства и сохранения жизни больного.

Задачи: 1. Знакомство и анализ литературных данных.

2. Проработка ряда историй болезни и анализ статистических данных.

3. Сравнение литературных данных с данными историй болезни ЦГБ№7.

 Острый гнойный холангит – это гнойное воспаление вне- и внутрипечёночных желчных протоков

* это тяжёлое осложнение доброкачественных и злокачественных болезней желчевыводящих путей при холедохолитиазе, стенозе дуоденального сосочка, внутренних желчных свищах и др.

Заболевания желчевыводящих путей, которые ведут к развитию острого гнойного холангита:

* холедохолитиаз
* стеноз большого дуоденального сосочка
* острый холецистит
* постхолецистэктомический синдром, в следствии рубцовых стриктур
* острый и хронический панкреатит
* желчекаменная болезнь
* воспалительный и перивезикулярный инфильтрат
* перихоледохеальный лимфаденит
* опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны.

Патогенез.

 В патогенезе острого гнойного холангита основную роль играет внезапная закупорка желчевыводящих путей, приводящая к застою желчи и желчной гипертензии. Холестаз способствует распространению восходящей инфекции до мелких холангиол, после чего возникает холангиовенозный и холангеолимфатический рефлюкс с выбросом в системный кровоток бактерий и эндотоксинов, что приводит к развитию билиарного септического шока, который сопровождается ознобом, желтухой, астеновегетативным синдромом.

Классификация холангита В.К. Гостищева.

1. По происхождению:
* холецистогенный
* восходящий
* первичный
1. По распространенности процесса:

* ограниченное воспаление магистральных желчных путей
* восходящий холангит
* ангиохолит
* холангиогенный гепатит
* холангиогенные абсцссы печени
1. По характеру воспаления:
* катаральный
* гнойный
* фибринозно-гнойный
1. По клиническому течению:
* острый
* острый гнойный
* острый гнойный обструктивный холангит
* хронический
* хронический рецидивирующий
1. Исходы:
* выздоровление
* холангиогенные абсцессы и билиарный сепсис
* хронический склерозирующий холангит
* цирроз печени

.

На сегодняшный день поставить диагноз острого гнойного холангита не просто, так как эта болезнь развивается на фоне уже существующей патологии желчевыводящих путей со схожей клиникой. Неправильная и поздняя диагностика острого гнойного холангита приводит к таким осложнениям как, множественные абсцессы печени, гнойная интоксикация, печёнчно-почечная недостаточность- что может являться причиной смерти. Поэтому очень важно уметь вовремя диагностировать

острый гнойный холангит и проводить экстренные оперативные вмешательства.

 Диагностика острого гнойного холангита базируется на данных анамнеза, инструментальных методов исследования, клинической картине заболевания и интраоперационных исследованиях.

К клиническим признакам относятся:

* лихорадка
* озноб
* боли в правом подреберье и эпигастрии
* желтуха
* напряжение мышц передней брюшной стенки
* проливной пот.

У некоторых больных может быть тошнота, рвота. Часто ознобы развиваются вместе с желтухой.

Отдельно выделяют триаду Шарко: лихорадка, желтуха, боли в правом верхнем квадранте живота и пентаду Рейнольдса: триада Шарко, психические растройства, гипотензия.

Лабораторные признаки О.Г.Х.:

* лейкоцитоз до 15-18\*10^|Л с постепенным снижением
* повышение билирубина до 100мкмоль/л
* повышение трансаминаз в крови
* повышение СОЭ более 20 мм/ч
* АЛТ > 2 ммоль/л
* повышение активности щелочной фосфотазы
* повышение холестерина
* реакция мочи на желчные пигменты положительна
* снижение общего белка, аьбуминов
* альбумино-глобулиновый коэффициент снижен до 0,82

Увеличение мочевины в крови при гнойном холангите является неблагоприятным признаком.

Интраоперационные признаки О.Г.Х.:

* расширение желчных протоков
* инфильтрация и утолщение стенок холедоха
* выделение гноя и фибрина из желчных протоков
* диффузное увеличение печени с явлениями холестаза
* изменения в слизистой желчных протоков
* камни, удалённые из холедоха
* перихоледохеальный лимфаденит
* отёк печёночно-двенацатипёрстной связки.

Литературные данные.

По данным обследования 237 больных с О,Г,Х, А,С, Ермоловым были выявлены три ведущие причины заболевания:

1. место - холедохолитиаз 163 чел.
2. место - холедохолитиаз + стеноз большого дуоденального сосочка 22 чел.
3. место – стеноз большого дуоденального сосочка 10 чел.

Клинические признаки О,Г,Х, по данным А,С, Ермолова.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Клинический признак | Абс. | % |
| боль | 223 | 94.1 |
| желтуха | 208 | 87.7 |
| Температура тела выше 38 | 174 | 73.4 |
| Напряжение мышц передней брюшной стенки | 101 | 42.6 |
| Триада Шарко | 164 | 69.2 |
| гипотензия | 38 | 16.2 |
| Психические растройства | 36 | 15.2 |
| Пентада Рейнольдса | 15 | 6.3 |

Лабораторные данные: лейкоцитоз выше 10\*10^/л в 1/3 случаев, повышение СОЭ в 76.4% наблюдений, билирубин сыворотки крови был в среднем 81.3мкмоль/л, повышение уровня щелочной фосфотазы в 2 раза и более отмечено в 55%, высокий уровень трансаминаз у 42.2%.

 Микрофлора желчи, взятой из протоков изучена у 57 больных. У ½ выявлена g - флора (Е. Соli – 26 %, протей 21%). У 1/3 больных выявлена анаэробная инфекция.

 По данным обследования 240 больных с О,Г,Х, В, К. Гостищевым

выявлены ведущие причины этого заболевания: холедохолитиаз явился причиной О,Г,Х, в 90.8% случаев. Стеноз выходного отдела протока выявлен у 6 больных, индуративный панкреатит у 7 больных, сдавление печёночно-двенадцатипёрстной связки воспалительным инфильтратом у 9 больных.

 Больных до 60 лет было 35.8%, старше 60 лет – 64.5%.

Клинические признаки О,Г,Х, по данным В,К, Гостищева.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Клинический признак | Абс. | % |
| боль | 240 | 100 |
| желтуха | 237 | 98.7 |
| Температура тела 38.5 | 186 | 77.5 |
| Симптомы раздражения брюшины | 78 | 32.5 |
| Проливной пот | 76 | 31.7 |
| Триада Шарко | 110 | 45 |
| Пентада Рейнольдса  | 18 | 7.5 |

У 62% больных ознобы возникали одновременно с развитием желтухи в первые сутки заболевания.

Лабораторные данные: лейкоцитоз до 15-18 \*10^/л и выше , увеличение уровня билирубина в крови до 100мкмоль/л и выше, повышение трансаминаз в крови.

 Изучение микрофлоры желчи, взятой из общего желчного протока в 60% случаев выявило g – флору(Е. Соli –40%. Протей- 22%). Стрептоккок-18%,стафилоккок- 8%. Наиболее высокая чувствительность микроорганизмов отмечена к аминогликозидам.

При выполнении данной работы мной были исследованы 30 историй болезни ЦГБ №7, на основании которых составлены следующие статистические данные.

 Частота встречаемости признаков острого гнойного холангита в зависимости от возраста больных.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| возраст признак | 30-40 | 40-50 | 50-60 | 60-70 | 70-80 | 80-90 |
| Всего больных | 2 | 1 | 7 | 5 | 10 | 3 |
| лихорадка | 1 | 1 | 4 | 3 | 3 | 2 |
| желтуха | - | 1 | 4 | 2 | - | 2 |
| Боли в правом подреберье | 2 | 1 | 6 | 5 | 8 | 3 |
| Триада Шарко | - | 1 | 1 | 1 | - | - |
| Симптом Менделя | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Симптом Мерфи | 1 | - | 2 | 2 | 4 | 1 |
| Симптом Ортнера | 1 | - | 3 | 4 | 5 | 2 |
| Напряжение мышц бр. стенки | - | - | 1 | 2 | 3 | 1 |
| Расширение холедоха | 1 | - | 4 | 3 | 8 | - |
| Выделение гноя, фибрина из холедоха | 2 | 1 | 2 | 2 | 6 | - |
| Пигментные камни | 1 | - | 3 | 1 | 5 | 1 |
| лейкоцитоз | 1 | - | 3 | 3 | 7 | 1 |
| Повышение билирубина | 1 | 1 | 3 | 2 | 7 | 3 |
| Повышение трансаминаз | 2 | 1 | 5 | 3 | 9 | 2 |
| Повышение СОЭ | 2 | - | 5 | 4 | 10 | 2 |

Повышение общего белка - - 2 1 1 1

Клинические признаки О,Г,Х, по данным 30 историй болезни ЦГБ№7

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Клинический признак | Абс. | % |
| лихорадка | 14 | 50 |
| желтуха | 9 | 32 |
| боль | 24 | 86 |
| Триада Шарко | 3 | 11 |
| Симптомы раздражения брюшины | 15 | 53 |

Посев был взят из брюшной полости у двух больных.

Выявлена g- флора- Е. Соli.

Клинические признаки О,Г,Х, в зависимости от пола больных.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| пол | всего | Лихо-радка | боль | Жел-туха | триадаШарко | Сим.Раздр.Брю-шины | Расш-ирениеХоле-доха | Выде-ленияИз про-тока | Пигм.камни | напряжениемышц бр.стенки |
| мужчины | 11 | 5 | 10 | 5 | 2 | 5 | 8 | 8 | 3 | 4 |
| женщины | 17 | 9 | 15 | 4 | 1 | 10 | 8 | 7 | 6 | 3 |

Продолжение

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| пол | лейкоцитоз | билирубин | трансаминазы | соэ | Общий белок |
| мужчины | 9 | 7 | 9 | 11 | 3 |
| женщины | 6 | 10 | 10 | 12 | 2 |

Частота встречаемости разных уровней лейкоцитоза при О,Г,Х,

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Уровень лейкоцитоза\*10^/л | 8-15 | 15-20 | Более 20 |
| частота | 12 | 3 | - |

Уровень фоновых заболеваний при О,Г,Х,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| диагноз | Абс. | % |
| холедохолитиаз | 20 | 71 |
| холецистит | 18 | 64 |
| ЖКБ | 8 | 29 |
| панкреатит | 7 | 25 |
| Стеноз БДС | 6 | 21 |
| Гепатит | 4 | 14 |

При сравнении данных литературы, и материалов историй болезни ЦГБ%7 можно сделать следующие выводы:

1. боль встречается чаще других симптомов как по данным литературы так и при изучении 30 историй болезни.
2. желтуха встречается всего лишь в 32% случаев, в то время как по данным литературы она встречается в 78% и 99% случаев то есть гораздо чаще.
3. лихорадка встречается в 50% случаев, а по данным литературы в 74% у Ермолова и 77% у Гостищева.

 Несмотря на довольно частую встречаемость этих признаков в отдельности, вместе они встречаются довольно редко (триада Шарко) всего лишь в 11% случаев, в то время как у Гостищева она встречается в 45%, а у Ермолова в 69% случаев.

 Таким образом, можно сделать вывод о том, что триаду Шарко не следует считать достоверным признаком О,Г,Х,

1. симптомы раздражения брюшины встречаются в 53% случаев, в то время как по данным литературы они встречаются значительно реже, а именно в 43% и 33% случаев.
2. больше всего больных приходится на возраст от 70 до 80 лет.
3. среди больных больше женщин, чем мужчин.
4. О,Г,Х, чаще всего сопровождает холедохолитиаз 71%. Вероятно это связано с травматизацией желчных протоков конкрементами, находящимися в их просвете.
5. пентада Рейнольдса в наших наблюдениях не встречается ни разу, так как почти у всех больных сопутствующим заболеванием была гипертоническая болезнь.
6. В наших наблюдениях расширение холедоха встречалось в 51% случаев. Выделения гноя и фибрина из холедоха встречалось в 43% случаев.

 Обнаружение камней в холедохе встречалось в 37% случаев.

* 1. По данным историй болезни лейкоцитоз встречается в 30% случаев, а по данным литературы в 33% случаев.
1. повышение билирубина наблюдалось в 57% случаев.
2. повышение трансаминаз было в 73%, по данным литературы в 43%.
3. повышение СОЭ было в 77%, а по данным литературы в 76%.
4. повышение общего белка в 17%.
5. по данным литературы, при посеве желчи, взятой у 57 больных, в 60% высевалась G- флора. В наших исследованиях брался посев из брюшной полости у двух больных, при этом в обоих случаях высевалась G- флора.

При попытке выявить наиболее специфичные признаки для О,Г,Х, мы обнаружили, что те клинические признаки, которые встречаются довольно часто при данном заболевании мало специфичны, в то время как специфические признаки О,Г,Х, встречаются не часто,

Поэтому изучение этого вопроса требует дальнейших разработок и научных идей.