

A13

ОСТРЫЙ ХОЛАНГИТ И БИЛИАРНЫЙ СЕПСИС: ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Даценко Б.М., Борисенко В.Б.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

Цель исследования. Изучение закономерностей развития билиарного сепсиса у больных с синдромом механической желтухи, осложненной острым холангитом. Материалы и методы. Проведен анализ комплексного исследования 1357 больных, поступивших с клиникой механической желтухи. Желтушный период составил от 2 до 36 суток (в среднем - 16,3 суток). Программа обследования включала клиническую диагностику с определением триады Шарко (пентады Рейнольдса); степень органной дисфункции определяли по шкале SOFA; стандартная лабораторная диагностика была дополнена определением маркеров синдрома системной воспалительной реакции – прокальцитонина и С-реактивного белка. Инструментальная диагностика включала УЗИ органов брюшной полости в В-режиме, доплеровскую сонографию сосудов печени, папилоскопию, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию, чрескожную чреспеченочную холангиографию, компьютерную томографию. Результаты: По данным комплексного обследования механическая желтуха без холангита выявлена у 461 (34%) больных, у 896 (66%) больных желтуха осложнилась развитием холангита, который в 583 (43%) наблюдениях трансформировался в билиарный сепсис. Выраженность клинико-лабораторных проявлений гнойного процесса желчных путей (SIRS – больше 2 признаков) зарегистрирована у 579 (83%) больных. Прогрессирующая желчная гипертензия сопровождалась нарастанием ишемии печени с уменьшением кровотока по воротной вене, развитием феномена бактериальной транслокации, подавлением иммунного статуса и развитием синдрома полиорганной недостаточности. Программа лечения включала местное лечение с неотложной декомпрессией желчных протоков (эндоскопическая папилосфинктеротомия, литоэкстракция, литотрипсия, назобилиарное дренирование, стентирование) и интенсивную системную терапию с использованием рациональной антибиотикотерапии, гемодинамической респираторной, нутритивной поддержки, иммунозаместительной и корректирующей гемостаз терапии. Выводы: Острый холангит и билиарный сепсис – разные проявления инфекционно-воспалительного процесса, развивающиеся на фоне предшествующей механической желтухи, первый из которых протекает местно (в желчных путях), а второй генерализован в виде синдрома системной воспалительной реакции организма на расположенный в гепатобилиарной системе гнойный очаг. Тактика лечения билиарного сепсиса существенно отличается от таковой при холангите.

ACUTE CHOLANGITIS AND BILIOUS SEPSIS: PATHOGENESIS PECULIARITIES, DIAGNOSTICS AND TREATMENT

Aim of research. Study of bilious sepsis development regularities in patients with syndrome of mechanical icterus, complicated by acute cholangitis. Materials and methods. Analysis of complex research of 1357 patients attended to the clinics with mechanical icterus was carried out. Icteric period comprised from 2 to 36 days (average - 16,3 days). Program of examination included clinical diagnostics with Sharko triade (Reinolds pentalogy) definition; degree of organic dysfunction was defined according to SOFA scale; standard laboratory diagnostics was supplemented with definition of system inflammatory reaction syndrome markers - procalcitonin and C- reactive protein. Instrumental diagnostics included USR of abdominal cavity in B-regime, Doppler sonography of lever vessels, papilloscopy, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, percutaneous translever cholangiography, computer tomography. Results: According to data of complex examination mechanical icterus without cholangitis was delineated in 461 (34%) patients, in 896 (66%) patients icterus was complicated by cholangitis development, which in 583 (43%) cases transformed into bilious sepsis. Expressiveness of clinic-laboratory manifestation of purulent process in bilious ways (SIRS – more than 2 signs) was registered in 579 (83%) patients. Progressive bilious hypertension was accompanied by lever ischemia buildup with bold flow decrease alone the portal vane, development of bacterial translocation phenomenon, immune status suppression with polyorganic incompetence syndrome development. Program of treatment included local treatment with urgent decompression of bile ducts (endoscopic papillosphincterotomy, lithoextraction, lithotripsy, nasobiliar drainage, stentation) and intensive system therapy with the use of additional antibioticotherapy, hemodynamic respiratory, nutritive support, immunosubstitute therapy and therapy correcting hemostasis. Summary: Acute cholangitis and bilious sepsis are different manifestations of infection-inflammatory process, developing on the background of previous mechanical icterus, the first of which takes place locally (in bile ways), another is generalized in the way of system inflammatory reaction syndrome of the organism on a purulent focus located in hepatobiliary system. Bilious sepsis treatment tactics differs essentially from that under cholangitis.

A14

SINDROMUL MIRIZZI – DIAGNOSTIC SI TRATAMENT

Popa Gh., Gutu E., Iacob V.

Introducere: Sindromul Mirizzi (SM) este o complicatie rara a litiazei veziculare cronice cu o incidenta de 0,7-1,4% la pacientii colecistectomizati. Initial SM a fost descris ca o obstructie totala sau partiala a caili biliare principale cu un calcul inclavat in infundibulul vezicular sau ductul cistic printr-o compresie extrinseca, complicata cu icterul obstructiv. Conform clasificatiei Csendes se disting urmatoarele tipuri de SM: tip I, cand calea biliara principala este comprimata de un calcul inclavat in infundibulul vezicular sau ductul cistic fara formarea fistulei colecistobiliare; tip II-IV cu prezenta fistulei colecistobiliare cu diferit grad de eroziune a canalului hepatic comun. Materiale si metode: Pe perioada anilor 2006-2011 raportam 5 cazuri de SM: 1 pacient cu SM tip I, 2 pacienti – tip II si 2 pacienti – tip IV. Doar la doi pacienti diagnosticul de SM a fost suspectat preoperator prin colecistopancreatografie retrograda endoscopica, iar in 3 cazuri diagnosticul a fost instalat intraoperator. La toti pacientii icterul mecanic era insotit de colangita purulenta. Rezultate: Operatia a avut ca scop colecistectomie cu lichidarea fistulei bilio-biliare si rezolvarea icterului obstructiv. Operatia