

*АО «МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
АСТАНА»*

СРС

На тему:

“Холангит и абцесс печени”

*Подготовила: Рахметова Д.
Проверила: Попова И.В.*

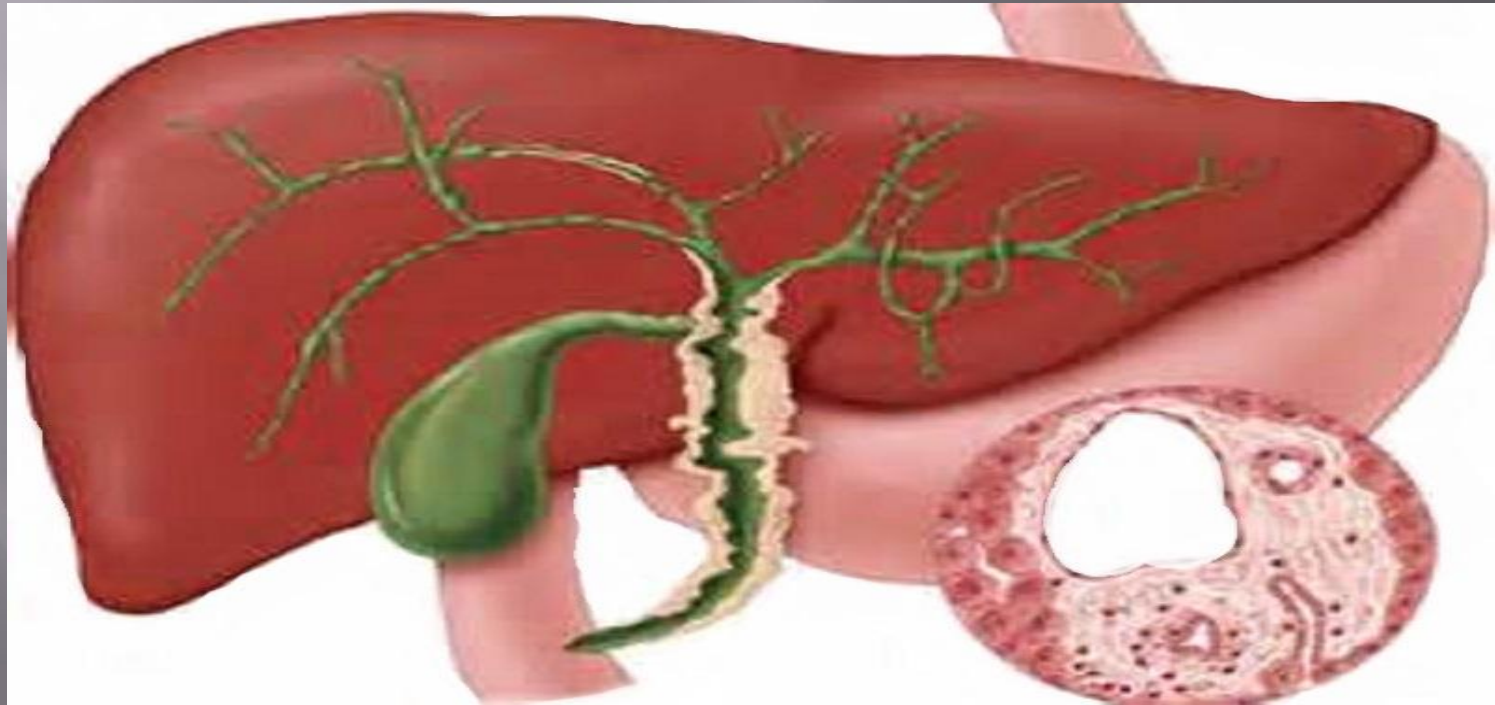
Астана 2017

План:

- ▣ *Холангит*
- ▣ *Классификация*
- ▣ *Этиология и патогенез*
- ▣ *Факторы и группы риска*
- ▣ *Клиническая картина*
- ▣ *Диагностика*
- ▣ *Лабораторная диагностика*
- ▣ *Дифференциальный диагноз*
- ▣ *Осложнения*
- ▣ *Лечение*
- ▣ *Источники и литература*

Холангит

- ▣ *Воспалительное заболевание вне- и внутрипеченочных желчных протоков, имеющее острое или хроническое рецидивирующее течение. Встречается значительно реже воспалительных заболеваний желчного пузыря.*



Классификация

- ▣ *I. По клиническому течению: острый и хронический холангиты (некоторые авторы также выделяют рецидивирующий холангит).*

- II. Первичные и вторичные (как осложнения заболеваний, манипуляций).*

- III. По характеру процесса:*
 - 1. Гнойные (бактериальные).*
 - ▣ *2. Склерозирующие*

▣ 2. Склерозирующие:



2.1 Первичный склерозирующий холангит (ПСХ):

- в сочетании с НЯК;
- без НЯК.

2.2 Вторичный склерозирующий холангит:

2.2.1 Токсическое повреждение:

- при введении формальдегида и абсолютного спирта в эхинококковые кисты;
- прием тиобендазола.

2.2.2 Ишемическое повреждение:

- при тромбозе печеночной артерии после трансплантации печени;
- при реакции отторжения трансплантата;
- при введении в печеночную артерию 5-фторурацила при химиотерапии опухоли;
- при операциях на желчных протоках.

2.2.3 Камни желчных протоков, в том числе холедохолитиаз.

- ▣ *2.2.4 Врожденные аномалии желчных протоков:*
 - *киста холедоха;*
 - *болезнь Кароли (редкое наследственное заболевание, которое характеризуется кистозным расширением внутрипеченочных желчных протоков)*

2.2.5 ЦМВ инфекция или криптоспоридиоз при СПИДе.

2.2.6 Гистиоцитоз.

2.2.7 Холангиокарцинома.

- ▣ *Первичный склерозирующий холангит также классифицируют по стадиям (выраженность повреждения желчных протоков и фиброза):*
 - *стадия 1 (ранние изменения) - повреждение желчных протокови воспаление, ограниченное областью портального тракта;*
 - *стадия 2 - распространение воспаления и фиброза за пределы портального тракта;*
 - *стадия 3 - уменьшение количества желчных протоков и мостовидный фиброз;*
 - *стадия 4 (терминальная) - развитие ЦП.*

Этиология и патогенез

■ Бактериальный холангит

■ *Этиология*

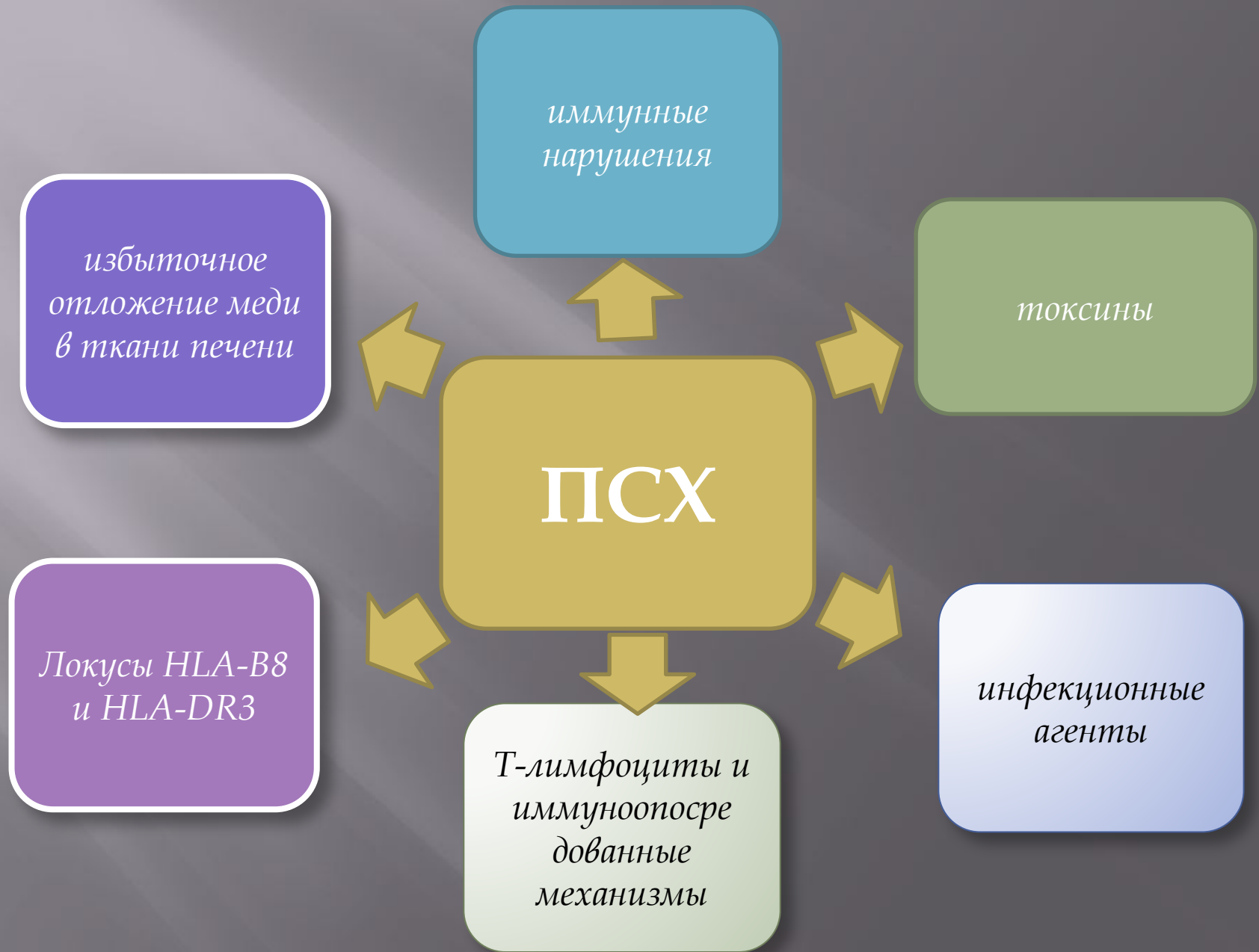
- *Спектр возбудителей бактериальной инфекции при холангите соответствует спектру кишечной микрофлоры (*Escherichia coli*, *Proteus vulgaris*, *Enterococcus*). При гнойном холангите более чем у 90% больных в желчи выявляют несколько возбудителей одновременно и, кроме того, регистрируют положительные результаты посева крови на стерильность.*



Патогенез

- *Микроорганизмы могут попадать в желчные протоки в результате нарушения функции дуоденального соска (состояние после проведения эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии, ЭРХПГ) или могут заноситься в желчные протоки гематогенным или лимфогенным путем.*

Этиология



Факторы и группы риска

- ▣ *Первичный склерозирующий холангит:*
 - мужчины молодого возраста (25-45 лет);
 - пациенты с НЯК любого возраста и пола;
 - пациенты с аутоиммунным тиреоидитом и СД 1;
 - пациенты с отягощенным семейным анамнезом.
- Инфекционный (в т.ч. бактериальный) холангит:*
 - любые инвазивные вмешательства на ЖП, ПжЖ, ДПК;
 - врожденные или приобретенные морфологические изменения (стриктуры, кисты, опухоли и пр.) ЖВП и ПжЖ;
 - инфекции и паразитарные инвазии ЖКТ

Клиническая картина

- ▣ *Бактериальный холангит*
- ▣ *Классические симптомы холангита: боль в правом подреберье, озноб, лихорадка, триада Шарко (сочетание лихорадки, озноба и желтухи).*
- ▣ *Боль обычно локализуется в эпигастральной области, носит интенсивный и коликообразный характер. Лихорадка, как правило, имеет интермиттирующий характер, но у пожилых больных и лиц, находящихся в состоянии иммуносупрессии, может быть субфебрильной.*

В случае когда к описанным симптомам присоединяются признаки сепсиса в виде артериальной гипотензии и нарушения психики, данный симптомокомплекс именуют пентадой Рейнолда.

Первичный склерозирующий холангит

- ▣ *У больных первичным склерозирующим холангитом (ПСХ) выявляют многие клинические признаки, характерные для первичного билиарного цирроза (ПБЦ).*
- ▣ *Основные жалобы связаны с усиливающейся общей слабостью и кожным зудом, к которым впоследствии присоединяется желтуха. Данная триада симптомов характерна для 2/3 больных.*

При появлении клинических признаков холангита (боль в правом подреберье, лихорадка и желтуха) необходимо исключить возможность развития осложнений (холедохолитиаза и прочих). На стадии клинических проявлений у 75% больных обнаруживают желтуху в сочетании с гепатоспленомегалией. Меланодермию и ксантелазмы (ксантомы) отмечают реже, чем у пациентов с ПБЦ

Диагностика

■ *Бактериальный холангит*



*1. УЗИ. При остром холангите часто выявляются: утолщение стенок ЖВП, повышение их эхогенности, наличие пузырьков газа в желчных протоках, иногда некоторое расширение протоков и неотчетливая визуализация просвета. Холангит достаточно часто может приводить к развитию острого холецистита или развиваться параллельно с ним. После клинического выздоровления от холангита в эхографической картине печени могут выявляться множественные гиперэхогенные точечные и мелкоочаговые включения в паренхиме в зонах расположения внутрипеченочных протоков. Одной из частых причин холангита и холецистохолангита в некоторых регионах может служить **описторхоз**.*



2. КТ также позволяет увидеть расширение внутри- и внепеченочных желчных протоков.



3. При подозрении на обструкцию ЖВП выполняют ЭРХПГ.

Первичный склерозирующий холангит



- 1. ЭРХПГ - метод выбора, также с успехом может быть использована чреспеченочная холангиография. Диагностический критерий - выявление участков неравномерного сужения и расширения (четкообразность) внутри- и внепеченочных желчных путей.*
- 2. УЗИ выявляет утолщение стенок желчных протоков и признаки портальной гипертензии.*
- 3. Компьютерная томография позволяет визуализировать минимально расширенные участки на протяжении желчных протоков.*

Лабораторная диагностика

▣ Бактериальный холангит

1. Признаки воспаления:

- лейкоцитоз со сдвигом формулы влево;

↑ - СОЭ.

2. Холестаз: ЩФ, ГГТП, концентрации билирубина.

▣ 3. Цитолиз (редко): активности сывороточных трансаминаз.

Примечания:

1. Высокие уровни билирубина встречаются в основном у пациентов со злокачественной обструкцией.

2. Одновременное α -амилазы говорит о возможной обструкции в области Фатерова соска.

3. Результаты посева крови положительны почти у 50% больных. Результаты посева желчи положительны почти у всех пациентов.

Несколько организмов определены, как наиболее часто встречающиеся (приблизительно у 60% пациентов): *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Enterococcus species*. Из анаэробных возбудителей наиболее часто выделялась культура *Bacteroides fragilis*.

Первичный склерозирующий холангит (ПСХ)

- 1. Холестаз:
 - активности ЩФ в 3 раза выше нормы *Внимание!*;
 - ↑ - уровень билирубина значительно колеблется и в редких случаях превышает 170 мкмоль/л;
 - у всех больных с тяжелым и длительным холестазом, может содержаться церулоплазмина и меди в сыворотке крови.
- 2. Уровни гамма-глобулинов и IgM в 30 и 50% случаев соответственно.
- 3. В сыворотке могут выявляться низкие титры АТ к гладкой мускулатуре (SMA), р-ANCA присутствуют у 84% пациентов; антикардиолипидные (ACL) АТ - в 66% случаев; антинуклеарные АТ (ANA) - в 53% случаев. Антимитохондриальные АТ (AMA), как правило, отсутствуют.
- 4. Эозинофилия (редко).

Примечания:

- 1. У некоторых пациентов с гипотиреозом, гипофосфатемией, дефицитом магния или цинка может отмечаться нормальный уровень ЩФ.
 - 2. Иногда отмечается гипоальбуминемия, которая возникает либо на поздних стадиях заболевания, либо при наличии активной стадии воспалительных заболеваний кишечника.
- Биопсия и морфологическое исследование ткани печени

Дифференциальный диагноз

Бактериальный холангит следует дифференцировать с инфекционными гепатитами, а также с инфекционными и неинфекционными поражениями других отделов билиарного тракта, ЖП, ПЖЖ.

- ▣ *Первичный склерозирующий холангит дифференцируют с холестатической формой саркоидоза (гранулематозное поражение желчных канальцев нехарактерно для саркоидоза).*
- ▣ *Первичный билиарный цирроз является другим, развивающимся чаще, холестатическим заболеванием, при котором в результате иммунного воспаления поражаются желчные канальцы. В диагностически неясных случаях показано определение АМА.*

Осложнения

▣ *Бактериальный холангит*

Основным осложнением выступает "септический" или "острый билиарный септический" шок. Такой шок диагностируют у 10-30% больных с инфекцией ЖВП; его развитие сопровождается высокой летальностью.

Возможно

развитие абсцесса печени, флебита воротной вены и прочих гнойно-септических осложнений.



Первичный склерозирующий холангит:

- бактериальный холангит;*
- холангиокарцинома (10-30%);*
- повышение риска развития колоректального рака.*

Лечение

▣ *Бактериальный холангит*



Лечение больных с острым гнойным холангитом требуется начинать сразу после поступления в стационар.

Медикаментозная терапия выступает только в качестве интенсивной кратковременной подготовки больного к проведению срочной декомпрессии желчных протоков. При угрожаемом состоянии интенсивную терапию следует сочетать с немедленной декомпрессией.



Методы декомпрессии желчных путей:



- эндоскопическая папиллосфинктеротомия;



- введение эндопротеза в общий желчный проток;



- чрескожно-чреспеченочная холангиостомия.



Принципы консервативной терапии:



- функциональный покой (постельный режим, голод);



- дезинтоксикация: инфузия жидкости и электролитов, плазмаферез;



- препараты с патогенетическим и этиотропным действием: анальгетики, антибиотики.



Первичный склерозирующий холангит

Методы восстановления проходимости желчных протоков:

- 1. Механические: баллонная дилатация желчных протоков.*
- 2. Хирургические:*
 - реконструктивные операции;*
 - трансплантация печени.*



Медикаментозная терапия

- При назначении медикаментозного лечения необходима взвешенная оценка признаков поражения паренхимы печени (гепатита) и недостаточности желчных протоков (холестаза). В некоторых случаях показано назначение комбинированной терапии.*

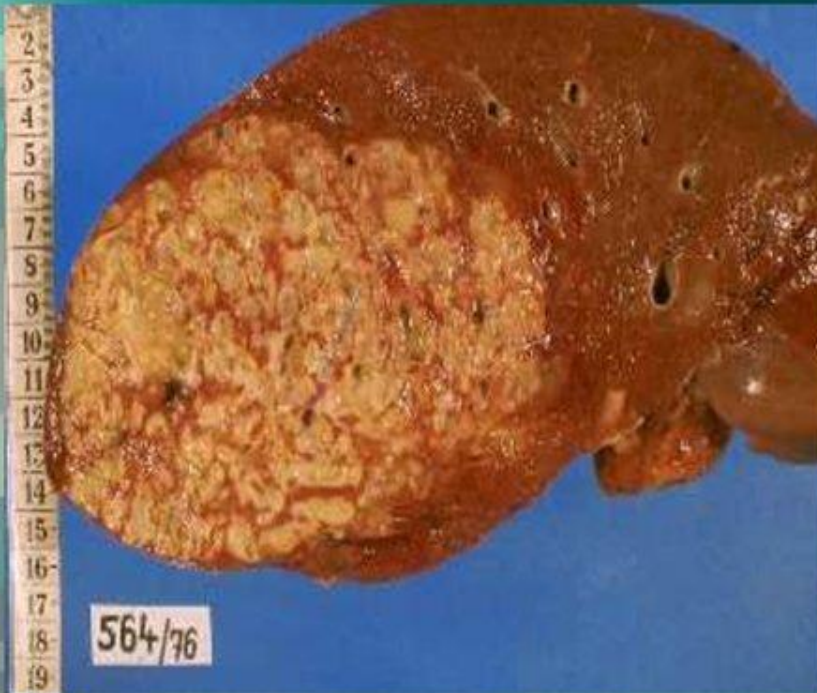


Препараты:

- урсодезоксихолевая кислота 15-20 мг/кг в сутки;*
- преднизолон: начальная доза 0,5 мг/кг в сутки (до 10-15 мг/кг в сутки);*
- азатиоприн: начальная доза 2 мг/кг в сутки (до 50-75 мг/кг в сутки).*

Абсцесс печени

- ограниченное фиброзной тканью гнойное поражение печени.



Абсцесс печени на разрезе

Причины:

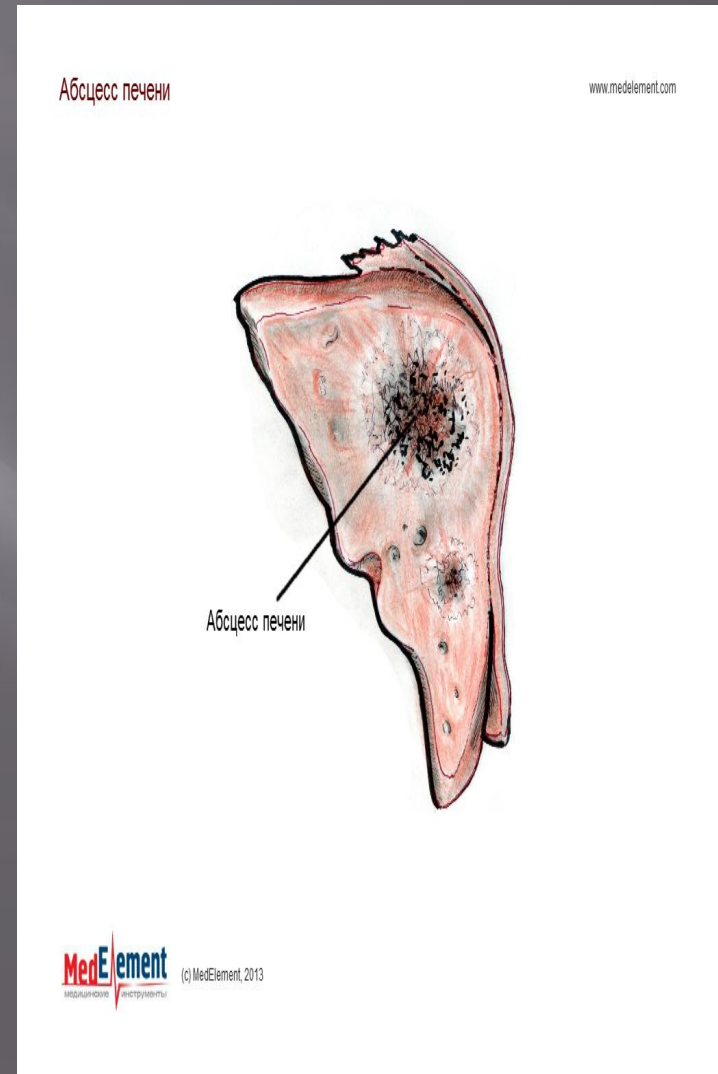
травмы,
нагноения кист и
новообразований печени

Возбудители:

стафилококки,
стрептококки,
колибациллярная
инфекция,
некоторые паразиты
и гельминты

Классификация по протоколу:

- неуточненный (криптогенный) абсцесс печени;
- холангитический абсцесс печени (abscessus hepatis cholangiticus; син. абсцесс печени холангиогенный) - локализуется по ходу внутрипеченочных желчных протоков и возникает как осложнение гнойного холангита;
- гематогенный абсцесс печени;
- пиелофлебитический абсцесс печени;
- лимфогенный абсцесс печени.



Классификация по протоколу (Meyers (2001))

1. Криптогенные абсцессы.
2. Холангиогенные:
 - доброкачественного происхождения;
 - злокачественного происхождения.
3. Кишечные:
 - доброкачественного происхождения;
 - злокачественного происхождения.
4. Гематогенные (артериальные).
5. Другие портальные.
6. Травма печени.
7. Другие виды распространения (хронический гранулематоз, локальное распространение, операции на органах брюшной полости и др.).
8. Амёбные.

Этиология(по протоколу)

■ Бактериология

Наиболее часто инфекционный агент представлен **грамотрицательными бактериями**:

- *Escherichia coli* (обнаруживается у 2/3 больных);
- часто выявляются *Streptococcus faecalis*, *Klebsiella Spp.* и *Proteus vulgaris*;
- рецидивирующий гнойный холангит может быть вызван *Salmonella typhi*.

В настоящее время отмечается растущая роль анаэробных микроорганизмов в развитии абсцессов печени.

■ *Streptococcus milleri* является одним из наиболее распространенных возбудителей.

Приблизительно у половины больных, в особенности у получавших химиотерапию, выявляются резистентные к терапии (в основной массе) стафилококки.

У больных с абсцессом печени можно выявить также диплобациллу Фридлендера, *Pseudomonas Spp.* и *Clostridium welchii*.

■ Редкие причины абсцесса печени::

- инфицирование *Yersinia enterocolitica*, *Pasteurella multocida*, *Salmonella*, *Haemophilus* и *Yersinia spp*;
- туберкулезная и актиномикозная инфекции могут вызвать абсцесс печени у пациентов с иммунодефицитами (СПИД, медикаментозная иммуносупрессия);
- *Listeria monocytogenes* (крайне редко).

Патогенез



Инфицирование печени чаще всего осуществляется гематогенным путем (с током крови): инфекционный агент переносится по сосудам v. portae из воспалительных очагов брюшной полости (перитонит, дивертикулит и т.д.).

Происхождение абсцесса может иметь холангиогенным: при гнойных холангитах восходящая инфекция распространяется во внутрпеченочные и желчные протоки.

Абсцесс может развиваться при септическом состоянии: БКК а. hepatica печень. Абсцессы печени, развивающиеся вследствие инфицирования уже существующих патологических образований (эхинококковых кист, непаразитарных кист, распадающихся опухолей, инородных тел, гемангиом), составляют отдельную группу.



Морфологически абсцесс содержит полиморфно-ядерные нейтрофилы и детрит из гепатоцитов. Он отграничен фиброзной капсулой, рядом с которой находятся гепатоциты в стадии жировой дистрофии. Абсцессы могут быть одиночными или множественными. Гематогенная диссеминация чаще приводит к развитию множественных абсцессов (от 1 до 10 см в диаметре), которые могут сливаться с образованием полостей неправильной формы, содержащих перегородки из некротизированных тканей. Правая доля печени наиболее часто вовлекается в патологический процесс.

СИМПТОМЫ.

Болевой синдром в области печени (ниже реберной дуги справа), отдающие в правую лопатку и правое плечо,

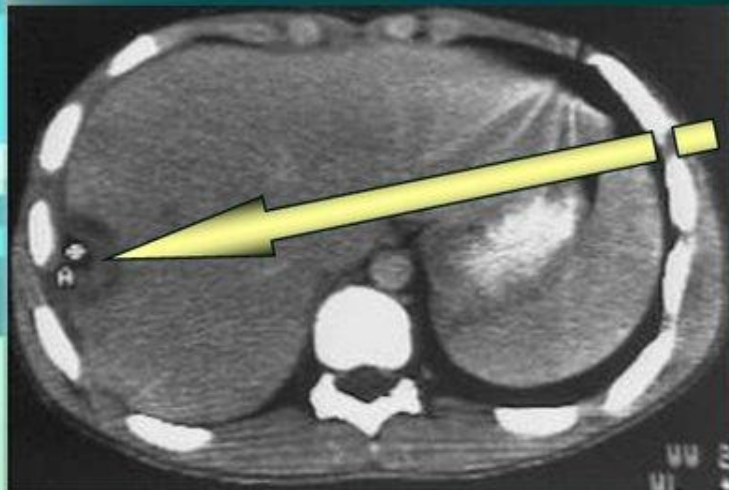
Интоксикационный синдром (тошнота, рвота, дискомфорт в положении лежа на левом боку (обычно больным легче лежать на правом боку с приведенными к животу коленями), лихорадка до 39—40°C, озноб. Цвет лица становится землистым. Часто появляется иктеричность кожи и склер. При ощупывании и поколачивании в области печени определяется резкая болезненность. Состояние ухудшается при прорыве гнойника и попадании гноя в брюшную полость. В этих случаях образуются абсцессы уже в брюшной полости и происходит сепсис.)

Диагностика

- ▣ *Диагностика абсцессов печени представляет существенные трудности. Для установления диагноза, помимо осмотра больного врачом, производится УЗИ или КТ*

Абсцесс печени

Компьютерная томография:



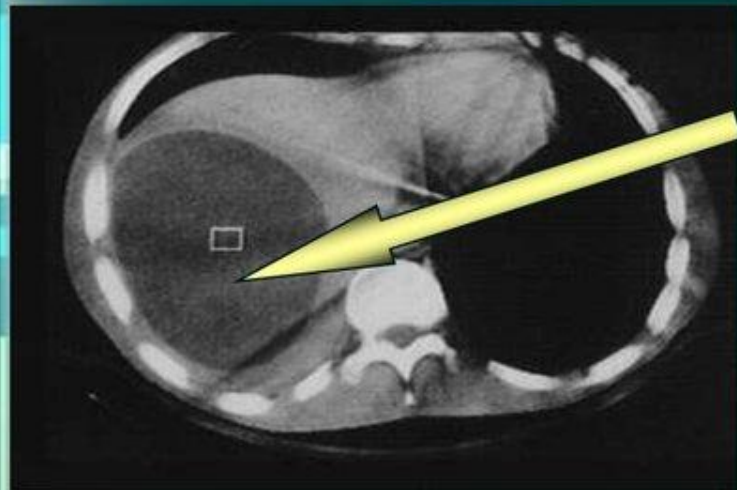
В начальной стадии определяются как очаговые образования пониженной (по отношению к печени) плотности с нечеткими контурами.



В перифокальной зоне после формирования абсцесса выявляется ободок более высокой плотности, являющийся изображением пиогенной капсулы.

Абсцесс печени

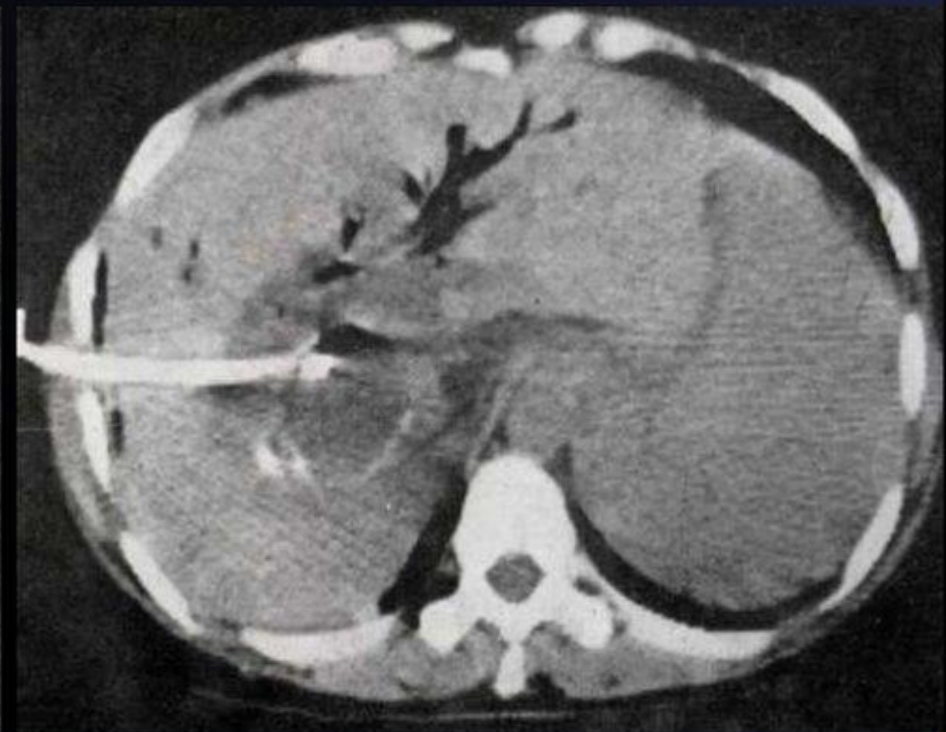
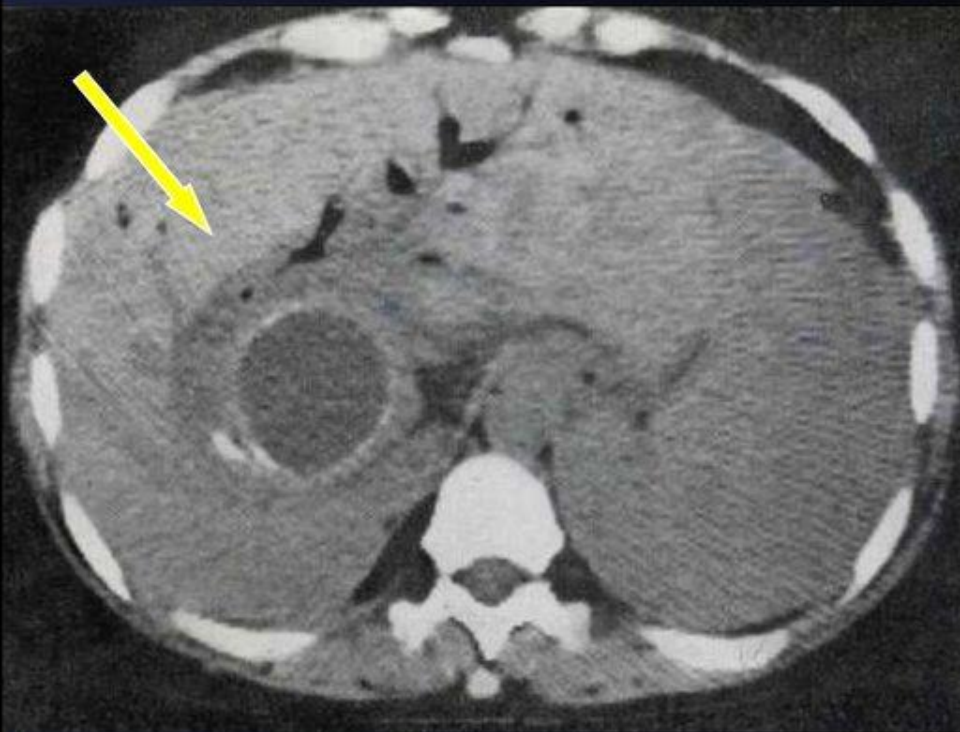
Компьютерная томография:



После формирования полости абсцесса он выглядит как слабо контрастирующееся образование, плотность которого прогрессивно понижается.



КТ, МРТ абсцесс печени



Круглая или неправильная форма, неоднородная структура, гиподенсивный очаг (10-20 ед. Н.).

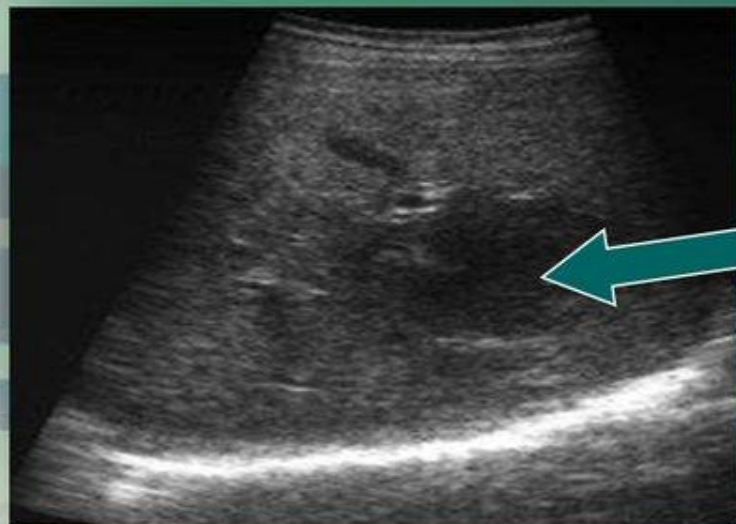
После в\в усиления при КТ и МРТ контраст накапливается в области капсулы и около абсцесса.

Абсцесс печени

Ультрасонографическая картина



**Представлена
эхонеоднородной зоной
пониженной
эхоплотности округлой
формы без четких
контуров**



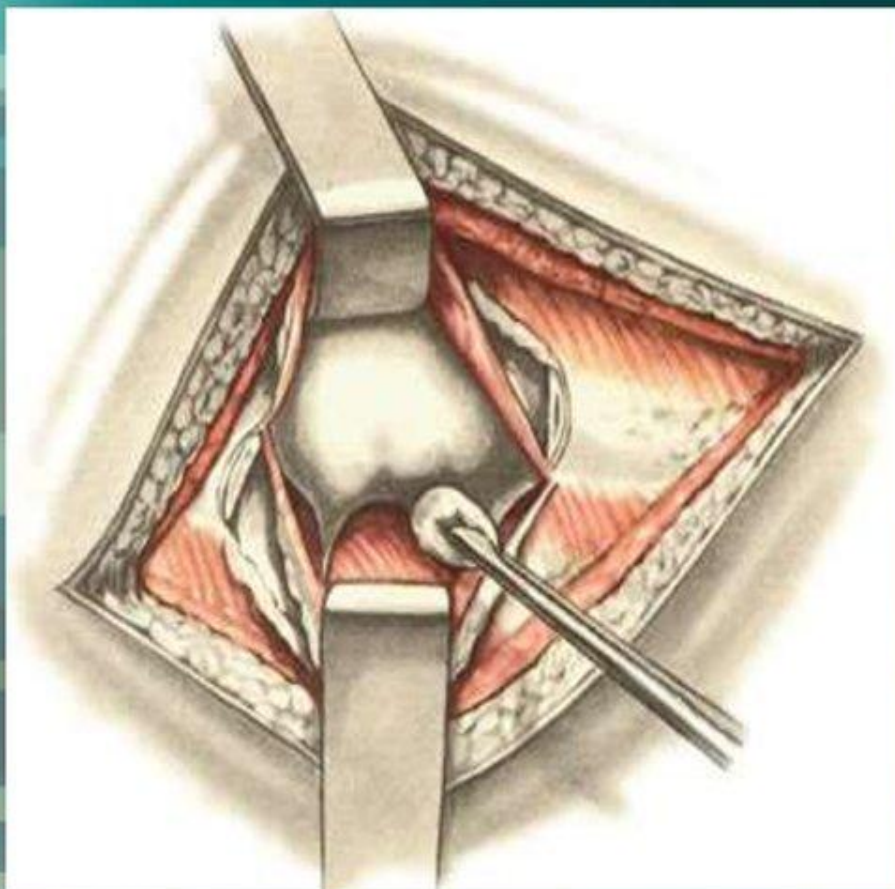
**Наименьшая эхоплотность
чаще определяется в
центральной части
абсцесса**

Лечение и Профилактика

- ▣ *При малейшем подозрении на абсцесс печени необходимо обратиться к врачу, лучше к хирургу. Очень часто единственным методом лечения является операция. В настоящее время в лечении абсцесса печени используется УЗИ, под контролем которого возможно пункция и дренирование. Во всех случаях больным назначают антибиотики с учетом чувствительности микрофлоры.*
- ▣ *Профилактика. Для предотвращения развития абсцесса печени необходимо своевременное и правильное лечение заболеваний ОБП.*

Операции при абсцессах печени

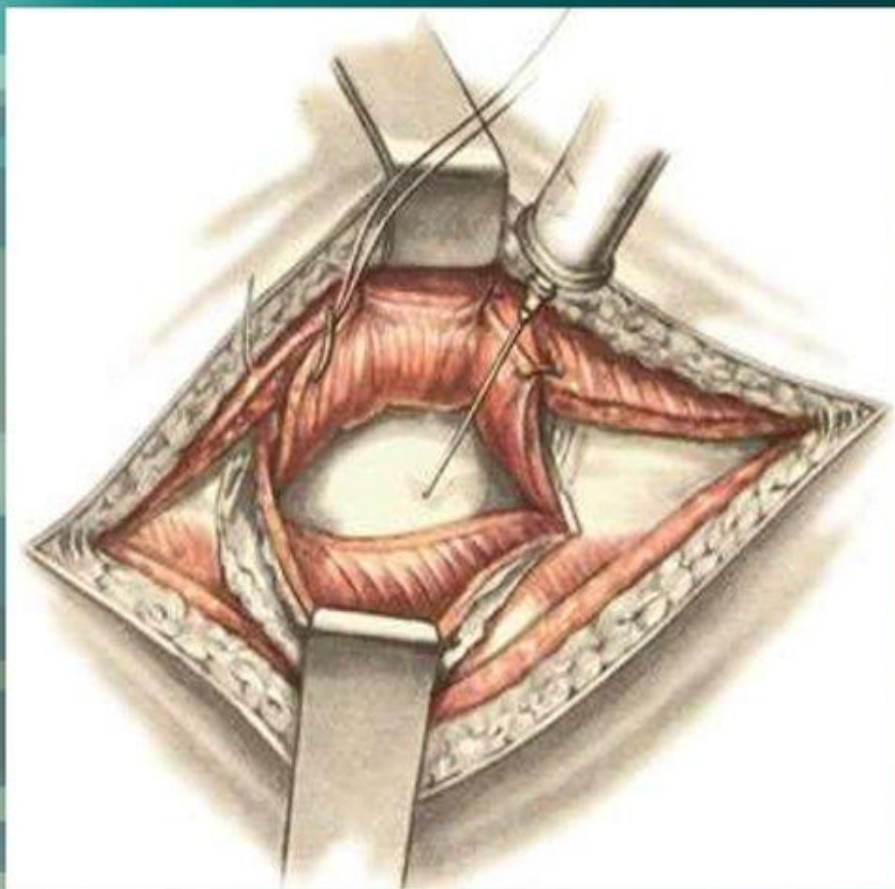
Внеплевральный способ вскрытия абсцесса печени



Нередко в плевральной полости при реактивном экссудативном плеврите имеется выпот, и тогда реберную и диафрагмальную плевру сшить невозможно. Разрез кожи проводят на два—три поперечных пальца выше и параллельно реберной дуге, соответственно нижнему краю плевры

Операции при абсцессах печени

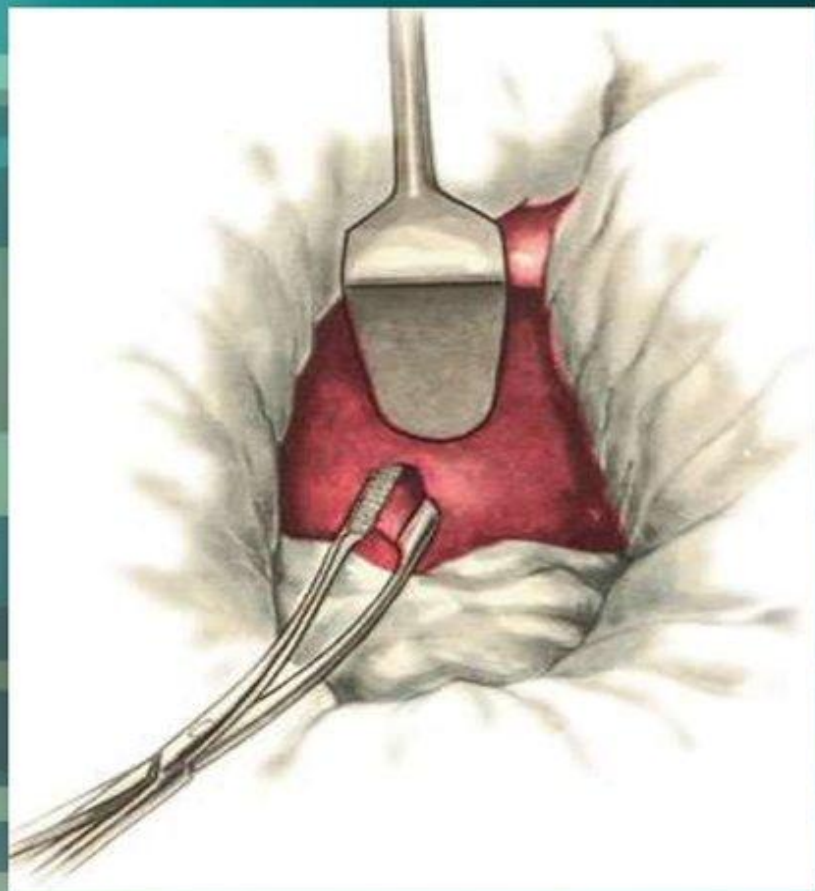
Внеплевральный способ вскрытия абсцесса печени



Отслаивание края реберно-диафрагмального синуса плевры от выпуклой поверхности диафрагмы. Подшивание верхнего края рассеченной диафрагмы к грудным мышцам.

Операции при абсцессах печени

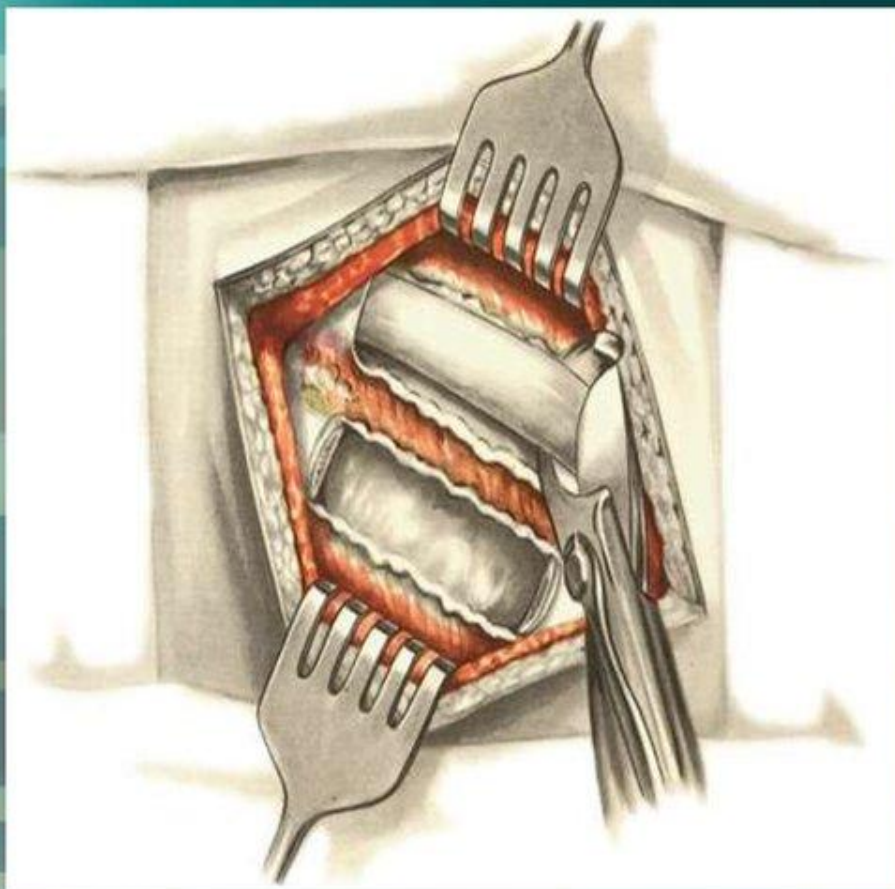
Чрезбрюшинный способ вскрытия абсцесса печени



- Если в шприце появится гной, то, не вынимая иглы, по ней скальпелем вскрывают абсцесс. Разрез гнойника следует вести сверху вниз и кнутри в сторону ворот печени, чтобы не ранить крупных вен. Полость абсцесса опорожняют от гноя и рыхло тампонируют марлевыми салфетками.

Операции при абсцессах печени

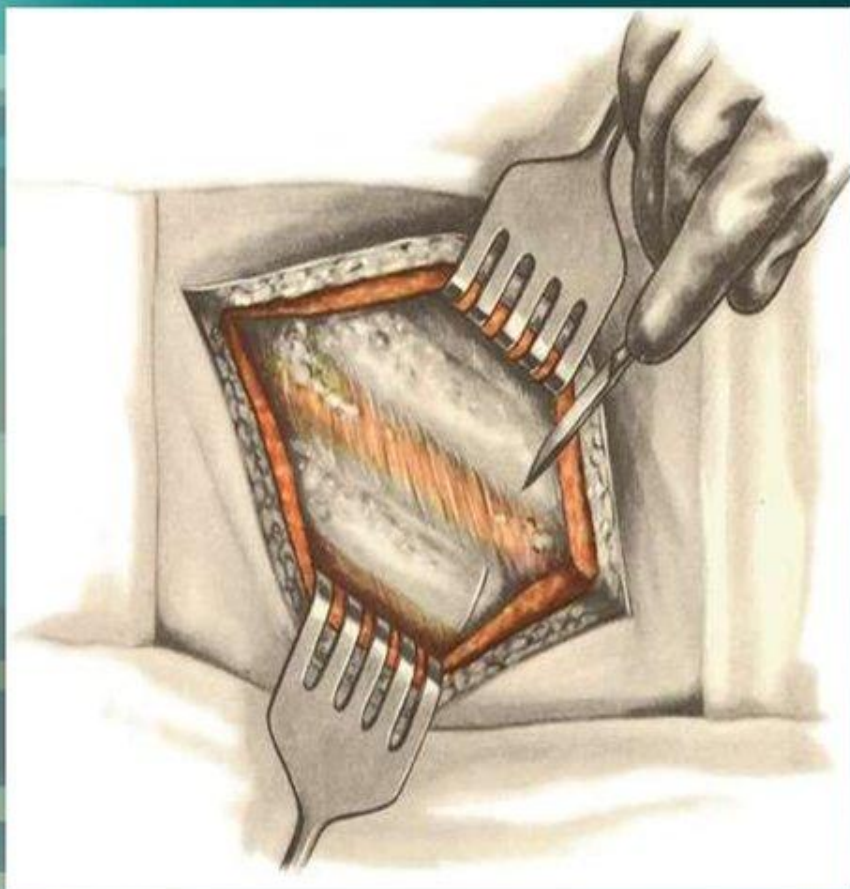
Чресплевральный способ вскрытия абсцесса печени



- Резекция участка ребра.

Операции при абсцессах печени

Чресплевральный способ вскрытия абсцесса печени



- Разрез кожи длиной 10—12 см проводят сзади вдоль VIII или IX ребра Поперечное рассечение надкостницы резецируемых участков ребер

Источники и литература

- ▣ *Current Medical Diagnosis & Treatment 2009, Forty-Eighth Edition /Editors Stephen J. McPhee, Maxine A. Papadakis*
- ▣ *Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. Гастроэнтерология. Национальное руководство. Научно-практическое издание, 2008*
- ▣ *Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. Кафедра ультразвуковой диагностики Российской медицинской академии последипломного образования Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ*
- ▣ *МакНелли Питер Р. Секреты гастроэнтерологии/ перевод с англ. под редакцией проф. Апросиной З.Г., Бином, 2005*
- ▣ *Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей, М.:Гэотар, 1999*