

УДК 616.36-008.5-007.272+616.361-002.1]-072

*В.Б. Борисенко, К.А. Крамаренко, А.Я. Бардюк***ОСОБЕННОСТИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ЭТАПА КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХИ И ОСТРОГО ХОЛАНГИТА***Харьковская медицинская академия последипломного образования*

Проведен анализ результатов диагностики 32 больных поступивших с клиникой механической желтухи, которая у 22 (68,8%) была осложнена острым холангитом. Диагностическая программа включала стандартное клиничко-лабораторное и инструментальное исследование с использованием ультразвуковой диагностики, папиллоскопии, эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии, дополненных микроскопией и бактериологическим исследованием желчи. Разработанный комплекс исследований позволяет установить характер желтухи, диагностировать наличие холангита и степень его выраженности в 100% случаев, определяя дальнейшую оптимальную лечебную тактику.

**Ключевые слова:** обтурационная желтуха, острый холангит, инструментальная диагностика.

Обтурационная желтуха (ОЖ), как актуальная проблема современной абдоминальной хирургии, является грозным осложнением различных заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны и усугубляет течение основного заболевания [3,4]. Сравнительно чаще ОЖ вызывают заболевания доброкачественного генеза (холедохолитиаз, стриктуры желчных протоков, стеноз папиллы и др.), реже – злокачественные (рак головки поджелудочной железы, рак фатерова соска, рак холедоха и др.) заболевания [1, 2].

Острый холангит (ОХ) представляет собой одно из наиболее тяжелых осложнений ОЖ с высоким уровнем летальности, составляющей 15-40% [4, 6, 7]. Без хирургического лечения на фоне нарастающей желчной гипертензии ОХ трансформируется в билиарный сепсис с последующим развитием полиорганной недостаточности, летальность при котором достигает 100% [1].

**Цель работы** – определение эффективности комплексного инструментального исследования при постановке детализированного окончательного диагноза у больных механической желтухой, осложненной холангитом.

**Материал и методы**

Проведен ретроспективный анализ результатов комплексного обследования 32 больных с синдромом механической желтухи, госпитализированных в хирургическое отделение 2 ГКБ г. Харькова (база кафедры хирургии и проктологии ХМАПО) в 2010 году.

Возраст больных был от 30 до 78 лет и составил в среднем  $62,8 \pm 1,3$  лет. Мужчин было 14 (43,8%), женщин 18 (56,2%). Продолжительность желтушного периода составила от 2 до 60 суток, в среднем – 16,2 суток.

Диагностическая программа включала в себя стандартную клиничко-лабораторную диагностику, а также инструментальную диагностику с использованием ультразвукового исследования (УЗИ) в В-режиме, папиллоскопии, эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ), дополненных микроскопией и бактериологическим исследованием желчи. Степень выраженности острого холангита определяли согласно классификации Кузина М.И. (1983). Результаты исследования обработаны методом вариационной статистики с использованием стандартных программ «Microsoft Excel-2003».

**Результаты и обсуждение**

Наиболее частыми жалобами являлись боль в правом подреберье и эпигастрии различной интенсивности у всех 32 (100%) больных; тошнота была – у 30 (93,8%), желтушное окрашивание кожных покровов и склер после приступа боли – у 22 (68,8%) больных. Клинические проявления, характерные для ОХ (триада Шарко) имели место в 12 (37,5%) случаях, у остальных 10 (31,3%) диагноз холангита был установлен после визуализации воспалительных изменений желчи по данным папиллоскопии, микроскопии и бактериологического исследования желчи, полученной после канюляции холедоха.

Средний уровень гипербилирубинемии составил  $84 \pm 1,5$  мкмоль/л, средний уровень транс-

аминаз был так же повышен: АлАТ –  $3,4 \pm 0,3$  мкмоль/г·л, АсАТ –  $2,6 \pm 0,2$  мкмоль/г·л.

По данным УЗИ механический характер желтухи подтвержден всем 32 (100%) больным, холедохолитиаз выявлен у 18 (56,3%), опухоль головки поджелудочной железы у 2 (6,3%), у остальных 12 (37,5%) больных диагноз оставался неуточненным – «дистальная непроходимость холедоха».

Показанием к папиллоскопии и ЭРХПГ служило расширение холедоха более 8 мм, холедохолитиаз и билиарный панкреатит по данным УЗИ, а так же подозрение на стеноз большого дуоденального соска (БДС) или рубцовое сужение желчных протоков. Дополнительно по данным папиллоскопии и ЭРХПГ у больных с неуточненной дистальной непроходимостью холедоха в 2 (6,3%) случаях выявлен вклиненный камень БДС, у 1 (3,1%) – рак фатерова соска. У 18 (56,3%) пациентов установлен стеноз БДС, причем изолированно эта патология выявлена у 6 (18,8%), а в сочетании с холедохолитиазом у 12 (37,5%) больных. Явления папиллита наблюдались у 5 (15,6%) пациентов преимущественно с конкрементами дистального отдела холедоха и БДС.

Высокоинформативными для верификации холангита явились комплексные данные папиллоскопии, микроскопии и бактериологического исследования желчи, полученной после типичной канюляции холедоха либо после эндоскопической папиллосфинктеротомии. Острый холангит диагностирован у 22 (68,8%) больных, из них – у 20 (62,5%) пациентов с холедохолитиазом, у 1 (3,1%) со стенозом и еще у 1 (3,1%) – раком БДС. Катаральный холангит выявлен у 14 (43,8%), фибринозный у 4 (12,5%), гнойный у 4 (12,5%) пациентов.

Бактериохолия наблюдалась у 24 (75%) пациентов, рост кишечной палочки получен в – 14 (43,8%), клебсиеллы – 3 (9,4%), протей – 3 (9,4%), энтерококков – 2 (6,3%) случаях. Верификация микрофлоры с определением ее чувствительности позволило проводить рациональную антибактериальную терапию у этих больных после произведенной декомпрессии и санации желчных путей.

### **Выводы**

1. Ультразвуковое исследование является доступным и неинвазивным методом исследо-

вания органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, позволяющий в 100% определить характер желтухи.

2. Папиллоскопия в сочетании с ЭРХПГ позволяют в 96% установить причину обтурационной желтухи.

3. Комплексное использование данных папиллоскопии, микроскопии и бактериологического исследования желчи позволяют выявить холангит, определить степень его выраженности, что в дальнейшем позволяет оптимизировать лечебную программу.

### **ОСОБЛИВОСТІ ІНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ЕТАПУ КОМПЛЕКСНОЇ ДІАГНОСТИКИ ОБТУРАЦІЙНОЇ ЖОВТЯНИЦІ ТА ГОСТРОГО ХОЛАНГІТУ**

*В.Б. Борисенко, К.О. Крамаренко, О.Я. Бардюк*

Проведений аналіз результатів діагностики 32 хворих, що поступили з клінікою механічної жовтяниці, яка у 22 (68,8%) була ускладнена гострим холангітом. Діагностична програма включала стандартне клініко-лабораторне та інструментальне дослідження з використанням ультразвукової діагностики, папілоскопії, ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії, доповнених мікроскопією та бактеріологічним дослідженням жовчі. Розроблений комплекс досліджень дозволяє встановити характер жовтяниці, діагностувати наявність холангіту і ступінь його вираженості в 100% випадків, визначаючи подальшу оптимальну лікувальну тактику.

**Ключові слова:** обтураційна жовтяниця, гострий холангіт, інструментальна діагностика.

### **PECULIARITIES OF COMPLEX DIAGNOSTICS INSTRUMENTAL STAGE OF OBTURATIVE ICTERUS AND ACUTE CHOLANGITIS**

*V.B. Borisenko, K.A. Kramarenko, A.Ya. Barduck*

Analysis of diagnostics results of 32 patients attended into the hospital with clinics of mechanical icterus which in 22 (68,8%) patients was complicated by acute cholangitis was carried out. Diagnostic program included standard clinical-laboratory and instrumental investigation with the use of ultrasonic diagnostics, papilloscopy, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, added by microscopy and bacteriologic bile investigation. The worked out investigation complex allows to define icterus character, diagnose presence of cholangitis and its level of manifestation in 100% of cases, defining further optimal therapeutic tactics.

**Key words:** obturative icterus, acute cholangitis, instrumental diagnostics.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Багненко С.Ф. Современные подходы к этиологии, патогенезу и лечению холангита и билиарного сепсиса / С.Ф. Багненко, С.А. Шляпников, А.Ю. Корольков // Бюллетень сибирской медицины. – 2007. – № 3. – С. 27-30.
2. Дронов О.І. Сучасні можливості ендоскопічної корекції непрохідності жовчних проток непухлинного походження / О.І. Дронов, В.Я. Насташенко, В.Я. Шпак [та ін.] // Клінічна хірургія. – 2009. – №7, 8. – С. 31-35.
3. Кондратенко П.Г. Экстренная хирургия желчных путей/ П.Г. Кондратенко, А.А. Васильев, А.Ф. Элин [и др.] – Донецк: «Лебедь». – 2005. – 433с.
4. Ничитайло М.Ю. Тактика лікування хворих на холедохолітаз, ускладнений гострим холангітом / М.Ю. Ничитайло, В.П. Шкрабан // Клінічна хірургія. – 2007. – №11-12. – С.76-78.
5. Шапринський В.О. П'ятирічний досвід лікування хворих з синдромом обтураційної жовтяниці / В.О. Шапринський, В.В. Петрушенко, Ю.А. Миронишен // Клінічна хірургія. – 2007. – №7, 8. – С.127-128.
6. Agarwal N. Endoscopic management of acute cholangitis in elderly patients / N. Agarwal, B.C. Sharma, S.K. Sarin // World J. Gastroenterol. – 2006. – Vol. 12, № 40. – P. 6551-6555.
7. Sharma B.C. Endoscopic biliary drainage by nasobiliary drain or by stent placement in patients with acute cholangitis/ B.C. Sharma, R. Kumar, N. Agarwal // Endoscopy. – 2005. – Vol. 37, № 5. – P. 439-443.

---

Стаття надійшла 28.02.2011