

АО «МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ АСТАНА»

ПРЕЗЕНТАЦИЯ

На тему: холангит и абцесс печени

Подготовила: Кыдырбай Г.А

Проверила: Мадрахимова Ж.С

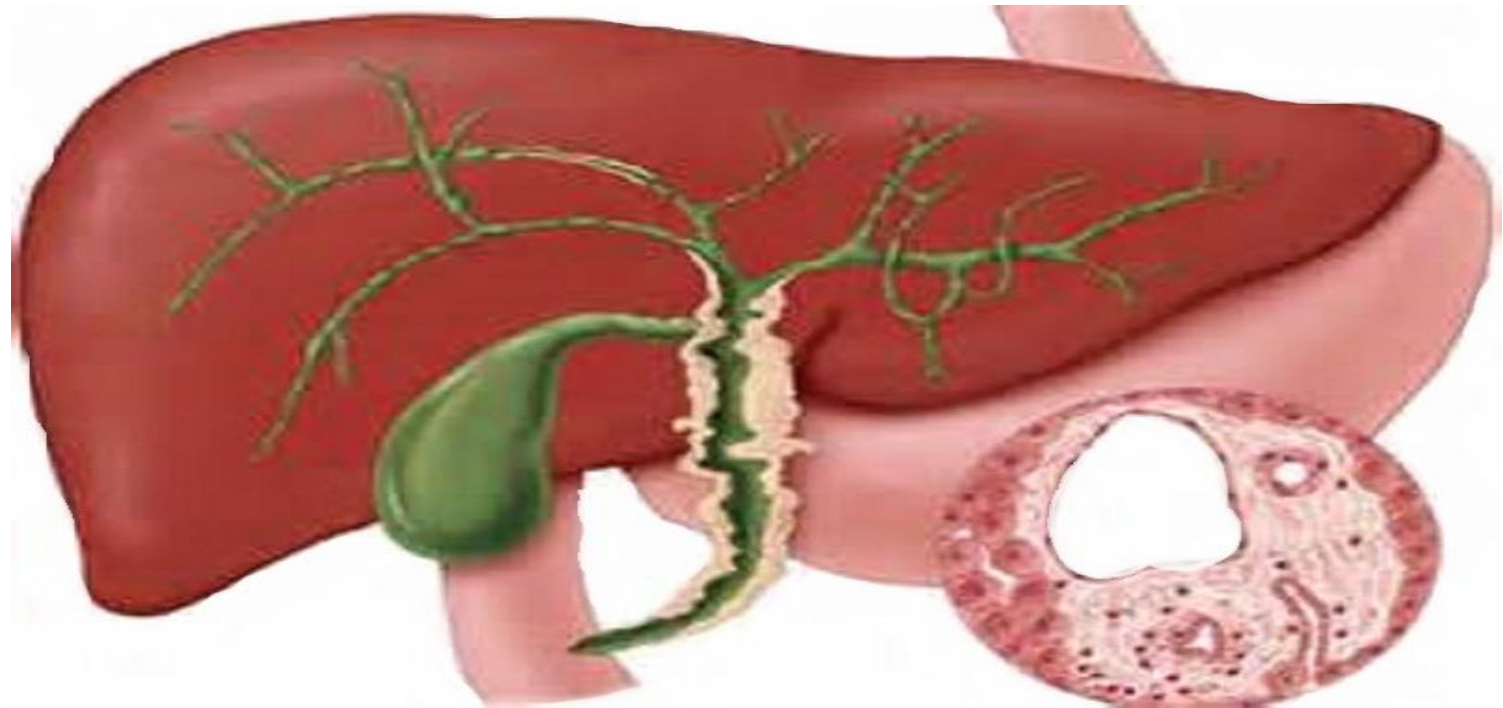
Астана 2017

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 неспецифическим язвенным колитом (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.

2.2.5 Цитомегаловирусная 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 протоков и 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 цирроза печени.*

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.*

Первичный склерозирующий холангит (ПСХ)

- *Этиопатогенез ПСХ неизвестен. В качестве возможных этиологических факторов рассматривают токсины, инфекционные агенты и иммунные нарушения.*

У больных ПСХ обнаружено избыточное отложение меди в ткани печени. Однако хелатирующая терапия у данных пациентов оказалась малоэффективной, что указывает на вторичный характер перегрузки медью (в частности это характерно для больных первичным билиарным циррозом).

Эпителий внутрипеченочных желчных протоков поражают цитомегаловирус и реовирус 3-го типа, но вероятность обнаружения этих вирусов у всех больных ПСХ остается гипотетичной.

На возможность генетической предрасположенности к болезни указывает высокая частота возникновения различных аутоиммунных нарушений (в том числе печени - аутоиммунный перекрестный синдром) у больных ПСХ. Локусы HLA-B8 и HLA-DR3, которые часто определяют у больных аутоиммунными заболеваниями, также обнаружены и у пациентов с ПСХ.

При ПСХ в повреждении желчных протоков активно участвуют Т-лимфоциты и иммуноопосредованные механизмы, действие которых проявляется лимфоплазмочитарной инфильтрацией, скоплением эозинофилов и облитерирующим флебитом.

Факторы и группы риска

- **Первичный склерозирующий холангит:**
 - мужчины молодого возраста (25-45 лет);
 - пациенты с неспецифическим язвенным колитом любого возраста и пола;
 - пациенты с аутоиммунным тиреоидитом и сахарным диабетом первого типа;
 - пациенты с отягощенным семейным анамнезом.
- **Инфекционный (в т.ч. бактериальный) холангит:**
 - любые инвазивные вмешательства на желчном пузыре, поджелудочной железе, двенадцатиперстной кишке;
 - врожденные или приобретенные морфологические изменения (стриктуры, кисты, опухоли и пр.) желчевыводящих путей и поджелудочной железы;
 - инфекции и паразитарные инвазии желудочно-кишечного тракта.

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 желчевыводящих протоков, 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 внутривнутрипеченочных протоков.

Одной из частых причин холангита и холецистохолангита в некоторых регионах может служить описторхоз.

-

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

-

3. При подозрении на обструкцию жёлчных ходов 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;

- увеличение СОЭ.

2. Холестаза: повышение активности щелочной фосфатазы, ГГТ, концентрации билирубина.

- 3. Цитолиз (редко): повышение активности сывороточных трансаминаз.

Примечания:

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

2. Одновременное повышение 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. Холестаза:

- повышение активности щелочной фосфатазы 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 увеличиваться содержание церулоплазмина и меди в сыворотке крови.
- 2. Уровни гамма-глобулинов и IgM повышаются в 30 и 50% случаев соответственно.
- 3. В сыворотке могут выявляться низкие титры антител к гладкой мускулатуре (SMA), р-ANCA присутствуют у 84% пациентов; антикардиолипиновые (ACL) антитела - в 66% случаев; антинуклеарные антитела (ANA) - в 53% случаев. Антимитохондриальные антитела (AMA), как правило, отсутствуют.
- 4. Эозинофилия (редко).

Примечания:

1. У некоторых пациентов с гипотиреозом, гипофосфатемией, дефицитом магния или цинка может отмечаться нормальный уровень щелочной фосфатазы.
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**

Морфологические исследования ткани печени осуществляются для подтверждения диагноза ПСХ (морфологические данные особенно ценны при поражении мелких желчных протоков).

Дифференциальный диагноз

Бактериальный холангит следует дифференцировать с инфекционными гепатитами, а также с инфекционными и неинфекционными поражениями других отделов билиарного тракта, желчного пузыря, поджелудочной железы.

- *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 антимитохондриальных антител.*

Осложнения

- ***Бактериальный холангит***

Основным осложнением выступает "септический" или "острый билиарный септический" шок, который представляет собой гемодинамические нарушения, развивающиеся в результате проникновения микроорганизмов из желчи в системный кровоток. Такой шок диагностируют у 10-30% больных с инфекцией желчевыводящих путей; 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

- *Всегда вторичное заболевание, то есть осложнение какой-либо болезни. Он представляет собой полость в ткани печени, заполненную гноем, которая может быть связана или не связана с внутripеченочными желчными протоками. Абсцессы печени бывают единичными и множественными.*

Причины возникновения. Развивается вследствие распространения инфекции при воспалительных заболеваниях органов брюшной полости. Причинами абсцесса печени могут стать [дизентерия](#), гнойный [холангит](#), обусловленный холедохолитиазом (камнями в желчных протоках), воспаление желчного пузыря, острый гнойный аппендицит, [сепсис](#) и другие инфекционные заболевания. Микроорганизмы попадают в печень по сосудам с током крови или через желчные протоки из желчного пузыря или просвета двенадцатиперстной кишки.

-

- *Развитие заболевания. На фоне какого-либо тяжело протекающего заболевания, например, осложненного острого [аппендицита](#), происходит инфицирование ткани печени за счет поступления бактерий с кровью. При ослаблении защитных сил организма в ткани печени формируются гнойные полости.*

СИМПТОМЫ.

- *Признаками заболевания являются боли в области печени (ниже реберной дуги справа), отдающие в правую лопатку и правое плечо, тошнота, рвота, неудобство при лежании на левом боку (обычно больным легче лежать на правом боку с приведенными к животу коленями). У больных повышается температура тела до 39—40°C, отмечаются сильные ознобы. Цвет лица становится землистым. Часто появляется желтушная окраска 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 общее заражение организма.*

Диагностика

- *Диагностика абсцессов печени представляет существенные трудности. Для установления диагноза, помимо осмотра больного врачом, производится ультразвуковое исследование или компьютерная томография.*
-

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 ультразвуковое исследование, под контролем которого возможно произвести прокол и выпустить гной наружу. Во всех случаях больным назначают антибиотики с учетом чувствительности микрофлоры.*
- *Профилактика. Для предотвращения развития абсцесса печени необходимо своевременное и правильное лечение заболеваний органов брюшной полости.*

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*
-