

Гнойный холангит и его осложнения (стенограмма симпозиума, г. Москва, 7 октября 1996 г., ММА им. И.М. Сеченова, отдел хирургии печени и метаболической хирургии)

Suppurative Cholangitis and Its Complications Symposium Stenography (Moscow, October 7, 1996, Sechenov's MMA, Department of Liver and Metabolic Surgery)

7.10.96 г в отделе хирургии печени и метаболической хирургии Московской Медицинской Академии И.М. Сеченова был организован симпозиум: "Гнойный холангит и его осложнения", посвященный 25-летию юбилею отдела.

Председатель: проф. Э.И. Гальперин Модераторы: проф. А.Д. Тимошин, д.м.н. Г.Г. Ахаладзе

На симпозиуме были представлены 5 докладов:

1. Э.И. Гальперин - "Патогенез септических осложнений и полиорганной недостаточности при остром гнойном холангите".
2. Г.Г. Ахаладзе — "Калинические стадии гнойного холангита и подходы к дифференцированному лечению".
3. Б.Р. Гельфанд — "Интенсивная терапия холангиогенного сепсиса".
4. С.Г. Шаповаленко - "Выбор метода декомпрессии желчных путей в лечении острого гнойного холангита".
5. В.Г. Ившин - "Дозированная декомпрессия желчных путей при тяжелом течении гнойного холангита".

Отдельные положения некоторых из этих докладов публикуются в журнале в виде статей. Предлагаем стенограмму дискуссии, прошедшей на симпозиуме после заслушанных докладов.

Первый вопрос: *Оценка тяжести состояния больного с острым холангитом.* Проф. Э.И. Гальперин:

- Холангит, как и панкреатит, понятие эфемерное. Конкретные больные бывают разной тяжести, в разной стадии болезни. Где грань между стадиями? По каким симптомам холангита можно их отличить? Где грань между степенями тяжести больных? У всех есть ознобы, у всех повышается температура. Когда есть большой опыт, можно выделить тяжелого больного. Но где те критерии, по которым можно оценить тяжесть состояния больного с холангитом? Может быть, надо использовать системы оценки по баллам (как система Ranson при панкреатите)? Каковы мнения по данному вопросу?

Проф. А.Д. Тимошин:

- Мы все оцениваем больных интуитивно, по общему виду. Стадии, упомянутые здесь Г.Г. Ахаладзе, локальная, септическая и полиорганной недостаточности, - единственная практическая клиническая классификация. Но я затрудняюсь выделить симптомы, отличающие локальную стадию от септической. При холангиографии можно выделить только обсецирующий холангит, т.е. выделить стадию, при которой редко выживают больные. У них уже имеется полиорганная недостаточность. В докладе Г.Г. Ахаладзе прозвучали данные об иммунитете и функциональных пробах. Мне бы хотелось задать вопрос о функциональных пробах, применяемых для оценки состояния печени у больных с не очень высоким уровнем билирубина и с сохранным иммунитетом.

Д.м.н. Г.Г. Ахаладзе:

- Допплеровское исследование кровотока по воротной вене с применением нагрузки гистамином позволяет оценивать функциональное состояние и функциональный резерв печени. Этот ме-

тод очень важен в тех ситуациях, когда необходима оценка реакции печени на возможную нагрузку на нее во время или после операции.

Проф. Э.И. Гальперин:

- Исследование гемодинамических и иммунологических параметров играет большую роль в оценке состояния больного. Но такие исследования трудно рекомендовать в широкую практику. Нам важно выделить клинические симптомы и признаки, характеризующие разную степень тяжести холангита. Проф. К.В. Лапкин:

— Все что мы слышали сегодня о холангите мы должны связать с морфологической картиной изменений в желчных протоках и печени. Не следует забывать и о характере бактериальной флоры — при нсклостридиальной инфекции холангит течет быстрее и тяжелее. Только на основании морфологических изменений можно судить об обратимости той или иной стадии холангита. Следует иметь в виду и происхождение холангита. Так, например, при опухоли Клацкина больной живет с желтухой иногда до 5 месяцев, а при холедохолитиазе иногда сгорает за часы. Возникает вопрос, как связаны данные, приведенные в докладе, с морфологическими изменениями при холангите?

Д.м.н. Г.Г. Ахаладзе:

— Морфологическая классификация холангита достаточно хорошо известна, поэтому в эти аспекты мы не углублялись. Наша цель: выбрать критерии оценки тяжести течения холангита, как это мы сделали на прошедшей конференции по отношению к острому панкреатиту, и на основании этих критериев выработать дифференцированную тактику лечения. Проф. Н.Н. Артемьева: - Предложенная вами классификация заманчива в практическом отношении. Сравнивая хронический и острый холангит, становится ясным, что это два совершенно различных процесса. Ре-флюкс-холангит кардинально отличается от острого обтурационного холангита. Мне кажется важным рассматривать изменения при холангите во временном аспекте, т.е. как быстро развиваются те или иные драматические нарушения. При этой болезни слизистая желчных протоков может некротизироваться. Меня интересует вопрос, как часто удается произвести адекватную декомпрессию при остром гнойном холангите с помощью чрескожно-чреспечечной холангиостомии или ЭПСТ?

Проф. Э.И. Гальперин:

— При остром холангите действительно процесс может протекать по разному: иногда медленно, а иногда за 2-3 дня у больного уже образуются милиарные абсцессы. Поэтому, временной фактор или, скорость динамических изменений, скорость развития процесса играет важную роль в определении тяжести состояния больного с острым гнойным холангитом. Кроме диагноза острого холангита нам надо уметь дифференцировать состояние больного, в чем сегодня важно определиться.

Проф. А.В. Пугаев:

— Принципиально важным считаю вопрос о путях проникновения бактериальной флоры в желчные протоки. С помощью пьезо-кристаллических датчиков нам удалось изучить состояние БДС и выделить 3 стадии нарушения его функции. Микрофлора проникает в желчные пути в результате нарушения замыкательной функции сосочка. При нарушении функции БДС 1 степени никогда не видно расширения холедоха. Желтуха при этом бывает кратковременной и температура повышается тоже до субфебрильного уровня. С таким состоянием вполне можно справиться консервативно. При второй стадии бывает более выраженная желтуха, а при III встречали стойкий холангит и опасность внутрипечечного абсцедирования. Этот процесс в дальнейшем переходит в белково-энергетическую недостаточность. Проф. Э.И. Гальперин:

- А как же быть в тех случаях, когда камень, вызывающий холестаза, расположен в средней части холедоха? При чем тут большой дуоденальный сосочек? По-видимому, нарушение его функции - это частный вопрос.

Проф. В.М. Лисиенко:

- Мы большое значение придем биофизическому исследованию жидких кристаллов в желчи и в тканевых жидкостях по методу рефрактометрии, который позволяет решить вопрос о наличии или отсутствии гнойного холангита.

Проф. Н.Н. Артемьева:

- В прогностическом аспекте считаю важным почасовую оценку развития признаков холестаза, скорость присоединения признаков печеночной недостаточности, которые быстро могут перейти полиорганную недостаточность. Представляется важным рассматривать также скорость увеличения фракции прямого билирубина, холестерина. Очень существенное значение имеет признак "белой желчи" при пункции. Из инструментальных методов расширение желчных протоков имеет косвенное значение, однако изменения стенки и появление воздуха в просвете должно иметь более существенное значение в определении прогноза.

Проф. Э.И. Гальперин:

- Временной фактор должен иметь важное значение, потому что на основании одноразового осмотра трудно судить о фазности процесса. Однако надо определиться, что значит временной фактор: часы, дни? Трудно поверить, что билирубин может измениться за 2 часа.

Проф. В.А. Вишневский:

- Во-первых, мне кажется, что больной с острым гнойным холангитом - это реанимационный больной. Не может дежурный врач-хирург полноценно оценить стадию заболевания и тяжесть больного. Это должно происходить в реанимационном отделении.

Во-вторых, при гнойном холангите очень важно знать, когда и за какой срок переходит начальная стадия в терминальную, реакцию больного на лечение, насколько он поддается этому. Ведь через 1-2-3 часа он должен адекватно отреагировать на декомпрессию желчных путей. А если этого нет, то можно определить стадию полиорганной недостаточности.

Очень важно, также понять, что у больного с опухолевой желтухой без холангита легко вызвать холангит при введении в желчные протоки контрастного вещества под давлением без последующей их декомпрессии. Что же касается дозированной декомпрессии, то в данной ситуации, я думаю, важнее достигнуть адекватной декомпрессии желчных путей. Проф. Б.Р. Гельфанд: - Возвращаясь к оценке тяжести состояния больного при холангите следует отметить, что во всем мире используются бальные формальные критерии оценки тяжести состояния независимо от анатомических изменений. Получена очень хорошая корреляция между APPACHE 1, 2, 3 и тяжестью перитонита. Эта система хорошо совместима с системой SAPS, с Мангеймеровским индексом. Эти системы можно адаптировать к конкретной болезни или к конкретной клинике и по ним можно одинаково объективно оценивать тяжесть больных как в Москве, так и в Рязани. С помощью таких систем в палате интенсивной терапии, где проводится вспомогательное лечение, динамически наблюдать и оценивать состояние больного можно хоть каждые 5 минут. Если взять эти системы и применить к больным с холангитом, то можно будет решить не только вопросы интенсивной терапии, но и вопрос о том, когда целесообразнее выполнять основные вмешательства (операция, дренирование или др.)

Проф. Э.И. Гальперин:

- Я думаю, что без специальной переработки эти системы не могут быть использованы потому, что при холангите имеются также специфические нарушения связанные с механической желтухой, холестазом, ахолией, нарушениями иммунитета. Акад. А.А. Шалимов:

- Мы практически не готовы ответить на вопрос о тяжести. Надо поручить ведущим клиникам разработать систему подобную APPACHE для холангита.

Второй вопрос: *Следует ли откладывать декомпрессию желчных путей при холангите в ожидании отхождения камней или спадения отека, в то время как имеется ряд малоинвазивных методов декомпрессии: холецистостомия под контролем УЗИ, ЭПСТ и др.?*

Проф. С.Г. Шаповальянц:

- На мой взгляд, даже при механической желтухе, не говоря уже о холангите, не следует ждать с декомпрессией желчных путей. Если при механической желтухе еще имеет смысл выполнение биохимических исследований, контрастного исследования, то при холангите имеется экстренная ситуация. Я бы сформулировал так: при холангите в первую очередь показана декомпрессия желчных путей, а дальнейший мониторинг должен быть направлен на то, чтобы оценить, улуч-

шилось состояние после декомпрессии или нет? Если нет, то надо вести речь об оперативном вмешательстве. Этот мониторинг следует проводить, как справедливо отметил проф. В.А. Вишневский, в реанимационном отделении. Проф. Н.Н. Артемьева: — Больной с острым обтурационным гнойным холангитом, также как и больной с разлитым перитонитом, должен быть экстренно оперирован. Если холангит возник вследствие ЭРПХГ, то здесь возможна холецистостомия, но если имеется вколоченный камень, то операция необходима. ЧЧХС при множественном холедохолитиазе не всегда может создать адекватный дренаж желчи.

Проф. С.Г. Шаповальянц:

— Я должен возразить, что когда диаметр камня не превосходит диаметра холедоха, а таких случаев почти 70%, следует попытаться удалить камни или произвести хотя бы декомпрессию желчных протоков эндоскопически, потому что при купировании холангита послеоперационная летальность ниже, чем при остром обтурационном холангите. А в случаях же ущемленного трудноудаляемого камня, следует экстренно оперировать. Проф. К.В. Лапкин:

- У больных с острым холангитом санировать желчные протоки следует как можно быстрее. Еще В.В. Виноградов доказал, что эффективный дренаж тот, который имеет диаметр не менее 3 мм. А если вы поставили дренаж с просветом 2—2.5 мм то это уже будет дозированная декомпрессия.

Второй вопрос касается очень важного ультразвукового признака. Это появление мутной желчи в общем желчном протоке в виде вкраплений, которые указывают на наличие гноя в протоках.

Проф. К.В. Лапкин:

- Вопрос к проф. С.Г. Шаповальянц. В каких случаях Вы устанавливаете назобилиарный дренаж после ЭПСТ?

Проф. С.Г. Шаповальянц:

— Только в случаях крупного камня с большой вероятностью его вклинения мы применяем назобилиарное дренирование. Что же касается мелких камней, они свободно отходят после ЭПСТ. Проф. К.В. Лапкин:

- Мы не ставили назобилиарный (НБД) дренаж, ни в одном случае из 130 больных. Неудач не было.

Проф. А.Д. Тимошин:

- Следует учитывать тяжесть холангита. При наличии гноя в желчных протоках (после ЭПСТ), даже при мелких камнях, которые, по нашему мнению могут сгруппироваться в один конгломерат, мы ставим НБД. А когда идет чистая, хотя и инфицированная желчь, то дренаж применять не обязательно. При хирургических вмешательствах мы стараемся использовать дренажи достаточно большого диаметра.

К.м.н. А.П. Крендаль:

- Мы, исходя из своего опыта лечения более 1000 больных с холангитом, различаем острый гнойный и хронический рецидивирующий холангит. Больные с острым гнойным холангитом тяжелые и нуждаются в срочном лечении. При наличии сопутствующих заболеваний нужна подготовка. При остром обтурационном гнойном холангите больным нужно оказывать помощь срочно и, если есть возможность сделать это по дежурству, я это приветствую. Вторая особенность состоит в том, что введение контрастного вещества должно быть минимальным. Введение большого количества ведет к усугублению холангита и развитию сепсиса. Третье, это то, что после контрастного исследования необходима декомпрессия каким либо методом: НБД, ЭПСТ, ЧЧХС или операция. Без декомпрессии желчных протоков при холангите никакие реанимационные меры и антибиотикотерапия не помогут. Вопрос к проф. Б.Р. Гельфанду: какие антибиотики целесообразно применять при неклостридиальной инфекции при холангите?

Проф. Б.Р. Гельфанд:

- При холангите имеется всегда полимикробная инфекция с участием аэробов и анаэробов в том числе и неклостридиальных форм.

Режим первой очереди — это антианаэробные препараты: метронидазол с осторожностью надо применять потому, что имеется печеночная недостаточность. Поэтому, режим первой очереди бу-

дет содержать аминогликозиды II-III поколения: лепцин с цефалоспорины II поколения: мандол, клиндамицин (как антианаэробный препарат). Идеальным было бы использование как режима I-II очереди новые препараты, например, меранем или новые цефалоспорины широкого спектра действия с воздействием на грамотрицательные бактерии и на неклостридиальную флору. Вообще, это вопрос сложный и требует более дифференцированного подхода.

Акад. А.А. Шалимов:

- По-видимому, вопрос о дозированной декомпрессии тоже требует уточнений. Проводить ли дозированную декомпрессию больным с гнойным холангитом или только больным с длительной механической желтухой без холангита? До каких цифр нужно снижать внутрипротоковое давление?

Проф. В.И. Мамчич:

- Следует иметь в виду, что иногда камень диаметром в 1.0 см может привести к полной блокаде и функциональному спазму большого дуоденального сосочка, который трудно устранять консервативными методами, в таких случаях требуется хирургическая или эндоскопическая па-пиллосфинктеротомия. Второй вопрос в том, что при декомпрессии нужно иметь в виду уровень блока желчных путей, т.е. если блок расположен на уровне терминального отдела холедоха, то ЧЧХС или холецистостомия, или даже дренирование холедоха через пузырный проток могут быть не адекватными.

К.м.н. Л.А. Зубарева:

- Я считаю, что ЭПСТ при гнойном холангите нужно проводить без контрастирования. Адекватность дренирования оценивается характером желчи, ее количеством, изменением характера желчи. Контрастирование, чтобы установить характер и размеры камня, можно произвести в отсроченном порядке.

Вопрос из зала:

— Как поступить с больным острым гнойным холангитом и абсцессом печени при узком холедохе?

Проф. А.Д. Тимошин:

— Во-первых, при холангите обязательно будет желчная гипертензия с диаметром холедоха хотя бы 9 мм. При больших одиночных абсцессах можно их дренировать под контролем УЗИ. А при множественных мелких абсцессах, которые видны при холангиографии, показано только наружное дренирование. Большинство больных умирает. Проф. Э.И. Гальперин:

- Подводя итог по этому вопросу следует сформулировать, что больного с острым гнойным холангитом с явлениями сепсиса, почечной и нолиорганной недостаточности следует немедленно поместить в реанимационное отделение, производить интенсивную терапию и при минимальной стабилизации гемодинамических показателей произвести декомпрессию, лучше дозированную.

Акад. Р.В. Петров:

- Мне, как иммунологу, хотелось бы добавить, что возможно тяжесть течения холангита зависит также и от генетических особенностей человека, от его врожденной способности переносить гнойные заболевания. Здесь я думаю, следует провести исследования и выявить закономерности, влияющие на определение лечебной тактики. Заключительное слово проф. Э.И. Гальперина: Прав акад. А.А. Шалимов, что мы еще не готовы дать четкие рекомендации по определению режима состояния при холангите. Однако мы сошлись во мнении, что больным холангитом следует производить срочную декомпрессию желчных путей. Наблюдение возможно лишь в течение ограниченного времени и при отсутствии улучшения необходимо производить декомпрессию желчных путей малоинвазивными методами.

Так мы спасем больше больных, если не будем придерживаться прежней тактики, когда мы ждали эффекта от консервативных средств в течение 2-3 дней.

ЭРПХГ при холангите является очень опасным методом, если до его применения или после не будет произведена декомпрессия желчных протоков. Без декомпрессии после ЭРПХГ процесс обостряется, становится малоуправляемым.

При множественных холангиогенных абсцессах прогноз плохой независимо от диаметра холедоха. Это еще раз заставляет производить декомпрессию желчных путей в первые часы после поступления больного холангитом в стационар. Следует иметь в виду, что милиарные абсцессы печени у некоторых больных холангитом могут развиваться в самые ранние сроки заболевания.

О дозированной декомпрессии желчных путей. Нельзя вопрос решать однозначно. Ведь при резкой декомпрессии наглядно было продемонстрировано возникновение очагов некроза в печени. Такие больные быстро умирают. Нам надо и этот вопрос более глубоко исследовать.

Таким образом, конференция прошла не безуспешно, хотя бы потому, что были поставлены вопросы, над решением которых мы призываем задуматься, а дальнейшие результаты опубликовать на страницах журналов "Хирургия" и "Анналы хирургической гепатологии".

Г.Г. Ахаладзе