

Тупицын М.В.
**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ
АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКИХ ХОЛАНГИТОВ
У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

Томский Военно-медицинский институт, г. Томск

Актуальность исследования определяется высокой распространенностью патологических состояний, объединенных термином «постхолецистэктомический синдром» (ПХЭС), в качестве одной из причин которых рассматривается хронический холангит (Пшонкина С.Ю., 2002; С.Г.Бурков, 2004; Krukowski L.H. et al., 1983).

Цель исследования: Изучить частоту встречаемости, характер (этиологию) и клинико-диагностические аспекты хронических бактериальных холангитов у пациентов с ПХЭС.

Материал и методы: Проведено комплексное обследование 109 пациентов с ПХЭС (средний возраст $40,5 \pm 5,5$ года, продолжительность анамнеза желчнокаменной болезни с момента установленного диагноза и до операции $5,4 \pm 1,3$ года, срок после холецистэктомии $4,7 \pm 2,1$ года). На первом этапе работы осуществляли клинико-анамнестический анализ, лабораторные и инструментальные исследования, оценку микробной контаминации желчи (Патент РФ № 2176791 от 10.12.2001г.).

В зависимости от поставленной задачи исследования были сформированы 2 группы наблюдения: 1 группа – 65 (59,6%) пациента с присутствием бактериального фактора в желчи, 2 группа – 44 (40,4%) больных без признаков микробной контаминации желчевыводящей системы. Второй этап заключался в оценке функционального состояния гепатобилиарной системы посредством анализа биохимических маркеров, динамической гепатобилисцинтиграфии, а также верификации причин билиарной гипертензии по-

средством ультразвуковой дифференциальной диагностики (Приоритетная справка № 2005118552 от 15.06.2005г.).

Полученные результаты: В 1 группе наблюдения функциональные и органические причины нарушения желчеоттока, по данным инструментальных методов исследования, выявлены у 53 (81,5%) и 12 (18,5%) пациентов соответственно. В 43,2% случаях в желчи присутствовала кишечная палочка, в 15,9% - стафилококки, в 9,1% - дрожжеподобные грибы, в 31,8% - различные ассоциации. Дисбиотические проявления характеризовались высокой (70,5%), умеренной (18,2%) и слабой степенью (11,3%).

При этом у 40 (36,7%) пациентов 1 группы диагностированы клинические признаки обострения хронического холангита. Определены коррелятивные связи между биохимическими показателями функционального состояния печени у данной категории больных и уровнем микробной обсемененности желчи ($r=0,97$, $t_{0,05}$). В частности, были выявлены синдромы цитолиза, холестаза, мезенхимально-воспалительный синдром умеренной степени выраженности: билирубинемия $36,2 \pm 7,9$ мкмоль/л; активность АсАТ возросла (по сравнению со среднефизиологической нормой) в 2,1 раза, АлАТ – в 1,3 раза, ЩФ – в 1,9 раза, ГГТГ – в 1,5 раза и пр.

Кроме того, по данным ультразвукового исследования, выявлены специфические признаки хронического холангита (расширение протоковой системы с наличием неоднородного содержимого в виде гиперэхогенной взвеси, уплотненные и неравномерно утолщенные стенки, перидуктальный фиброз, увеличение регионарных лимфатических узлов, выявленных при полипозиционной эхолокации тканей по ходу гепатодуоденальной связки и в парапанкреатической клетчатке). Согласно данным динамической гепатобилисцинтиграфии, определялись признаки выраженного нарушения поглотительно-выделительной функции печени, особенно выраженные у пациентов с органическими причинами нарушения желчеоттока.

В остальных случаях – у 25 (22,9%) больных 1 группы – зарегистрировано отсутствие признаков воспаления желчных путей, что было расценено как латентно протекающая бактериохолия.

У большинства (88,6%) пациентов с ПХЭС без признаков микробной контаминации желчевыводящей системы (2 группа наблюдения) верифицированы признаки дискинезии желчевыводящей системы без специфических изменений биохимических и сцинтиграфических показателей функционального состояния печени.

Закключение: Таким образом, выявлена высокая распространенность хронических холангитов у пациентов после перенесенной холецистэктомии – 36,7%. При обострении хронических холангитов диагностировано нарушение функционального состояния печени, обусловленное выраженной билиарной гипертензией функционального или органического генеза, дисбиотическими и воспалительными изменениями печени и билиарного тракта.