

УДК 616.361 – 002.3 – 06:616.94] -07

© В. Б. БОРИСЕНКО

Харьковская медицинская академия последипломного образования

**Билиарный сепсис: критерии постановки диагноза**

V. B. BORYSENKO

Kharkiv Medical Academy of Post-Graduate Education

**BILLIARY SEPSIS: CRITERIA OF DIAGNOSIS STATING**

Несмотря на достижения современной хирургической гепатологии, билиарный сепсис (БС) остается в числе трудноразрешимых проблем. Актуальность вопроса обусловлена, прежде всего, растущей частотой встречаемости заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, сопровождающихся механической желтухой (МЖ), осложняющейся до 70 % случаев острым холангитом (ОХ), который до 20 % случаев трансформируется в БС с летальностью, достигающей 90–100 % при развитии полиорганной недостаточности и септического шока. Столь неудовлетворительные результаты во многом обусловлены нерешенностью ряда основных вопросов диагностики и принципов лечения БС. В частности, не разработан стандарт комплексной диагностики больных БС и принципы дифференциальной диагностики с МЖ и ОХ.

*Цель работы:* разработка программы комплексной диагностики БС и принципов его дифференциальной диагностики с МЖ и ОХ.

Проведен проспективный анализ результатов комплексного обследования 90 больных, госпитализированных в хирургическое отделение ГКБ № 2 г. Харькова с синдромом механической желтухи в течение 2011–2012 гг. Возраст пациентов был от 24 до 78 лет (в среднем  $62,4 \pm 15,3$  года). Мужчин было 32 (35,6 %), женщин – 58 (64,4 %). Продолжительность желтушного периода составила от 1 до 90 суток (в среднем  $12,3 \pm 16,2$  суток).

Разработанная программа комплексного обследования включала стандартную клинично-лабораторную диагностику, дополненную изучением признаков синдрома системной воспалительной реакции (SIRS), степени органной дисфункции по шкале SOFA, определением уровня прокальцитонина крови, бактериологическим исследованием крови и желчи, микроскопией желчи, а также инструментального исследования с использованием УЗИ, дуоденопапилоскопии, эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии.

С использованием установленных нами диагностически значимых критериев неосложненный характер МЖ выявлен у 24 (26,7 %) больных (SIRS=0, SOFA $\leq$ 4, прокальцитонин – 0–0,2 нг/мл); МЖ, осложненная ОХ, выявлена у 46 (51,1 %) пациентов (SIRS=1, SOFA $\leq$ 4, прокальцитонин – 0,2–1,3 нг/мл); БС установлен у 20 (22,2 %) больных (SIRS $\geq$ 2, SOFA $\geq$ 4, прокальцитонин  $>$ 1,3 нг/мл). Тяжелое течение БС отмечено у 15 (8,2 %), септический шок – у 5 (2,7 %) больных. Наиболее частыми жалобами являлись боль в правом подреберье и эпигастрии – у 86 (95,6 %) больных, тошнота – у 38 (42,6 %) пациентов, желтушное окрашивание кожных покровов и склер после приступа боли – у 72 (80 %) больных. Триада Шарко имела место у 22 (24,4 %) пациентов, а пентада Рейнольдса – у 4 (4,4 %) больных. Наиболее частыми причинами МЖ у больных всех трех групп был холедохолитиаз и синдром Мириizzi (II тип). Морфологическим субстратом МЖ у 20 пациентов с развившимся БС были: холедохолитиаз – у 12 (60 %) пациентов, синдром Мириizzi (II тип) – у 4 (20 %) больных, стриктура холедоха – у 3 (15 %) пациентов, псевдогуморозный панкреатит – у 1 (5 %) больного. Бактериохолия наблюдалась у 58 (64,4 %) больных ОХ и БС: высевались кишечная палочка, эпидермальный стафилококк, клебсиелла, протей, энтерококки. В 8 (8,9 %) случаях при наличии клинично-инструментальных данных ОХ микрофлору установить не удалось. Бактериemia выявлена у 19 (21,1 %) пациентов: у 3 (3,3 %) – с МЖ, у 3 (3,3 %) – с ОХ и 12 (13,3 %) – с БС, что в очередной раз подтверждает неспецифичность этого метода в верификации сепсиса.

*Выводы.* Разработанная программа позволяет во всех случаях и в короткие сроки установить диагноз БС и провести его дифференциальную диагностику с МЖ и ОХ.

Предложенная диагностическая программа является научной основой для разработки в перспективе дифференцированного подхода к выбору рациональной тактики лечения больных с МЖ, ОХ и БС.

Получено 25.04.13