

А. А. ХАЧАТРЯН

О НЕКОТОРЫХ КРАЕВЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ЭТИОЛОГИИ
И ПАТОГЕНЕЗА ХОЛАНГИТОВ В АРМЯНСКОЙ ССР

В Армянской ССР, имеющей сравнительно жаркий климат, относительная частота эпидемиологических факторов, в частности кишечных инфекций и паразитарных заболеваний, играет определенную роль для возникновения гепато-биллиарных нарушений.

За 10 лет (1955—1964 гг.) в стационарах Армянской ССР удельный вес больных с воспалительными заболеваниями желчного пузыря и желчных путей по отношению ко всем больным, выбывшим из стационаров, в среднем составляет 3,6% (38925 больных). Из этого числа в определенном проценте случаев имелись те или иные осложнения.

Одним из тяжелых осложнений острой стадии холецистита является холангит или холангиогепатит. Сравнительно реже они наблюдаются при хроническом воспалительном процессе в желчном пузыре, а также при некоторых паразитарных заболеваниях. Вспышка острого холангита может быть иногда основным и единственным проявлением так называемого «скрытого» холедохолитиаза [5, 16]. Так, по данным В. И. Стручкова [15], при остром холецистите причиной послеоперационной смертности у 25% больных был восходящий гнойный холангит.

С целью выявления некоторых особенностей частных факторов, приводящих к холангиту, нами изучен сборный клинический материал в количестве 896 историй болезни больных, подвергшихся операциям на печени, желчном пузыре и желчных путях. Анализ материала показывает, что холангит и холангиогепатит, выраженный в той или иной степени, имелся у 140 лиц, что составляет 15,6%.

Кроме того, при изучении 85 историй болезни больных, леченных консервативно в Госпитальной хирургической клинике Ереванского медицинского института по поводу лямблиозной инвазии желчных путей, явления холангита и холангиогепатита констатированы у 23 лиц, т. е. в 27,2%, в том числе у 11 больных из них была желтуха различной интенсивности.

По данным различных авторов [1, 2, 4, 8, 16], при холециститах холангит встречается от 5,1 до 30,0%.

Из 140 больных, подвергшихся операции по поводу холангита, женщин было вдвое больше, чем мужчин. Больные до 40-летнего возраста составляют 39,2% (55 чел.), а старше 40 лет — 60,8% (85 чел.).

Основным фоном для проникновения и генерализации инфекции

во внепеченочные и внутрипеченочные желчные пути, в частности при восходящем холаңгите, являются застойные явления в желчных путях.

На основании данных литературы и анализа нашего клинического материала причинами застойных явлений в желчных путях следует считать: относительную непроходимость желчных протоков; рубцовое сужение печеночного или общего желчного протоков; сдавление желчных протоков извне; панкреатиты (чаще хронические), некоторые паразитарные заболевания (лямблиоз, аскаридоз и эхинококкоз) и т. д.

Таблица 1

Различные причины механического препятствия при холаңгите

Характер механического препятствия	Количество случаев	
	в абсолютных числах	в %
Обтурация камнями, песком замазкообразной массой	52	45,5
Обтурация аскаридами	7	6,7
Прорыв эхинококковой кисты	4	3,8
Сдавление воспалительным инфильтратом	5	4,7
Увеличение головки поджелудочной железы	6	5,7
Сдавление желчных протоков, вызванное эхинококковой кистой	12	11,5
Рубцовое сужение и отек слизистой холедоха	5	4,7
Перихоледохальный лимфаденит	14	13,3

Холаңгит на фоне желчнокаменной болезни развился в 76 случаях (54,3%). Следует отметить, что из этих 76 больных у 56 камни были локализованы в желчных протоках. В трех случаях имелось сочетание камней с эхинококкозом. В табл. 1 отображены различные причины нарушения оттока желчи и развития инфекции в желчных путях.

Как видно из табл. 1, препятствия, вызвавшие нарушение оттока желчи в протоках, имелись у 105 больных (75,0%).

К механическому препятствию оттока желчи относится и так называемый перихоледохальный лимфаденит. Еще в 1957 г. Н. И. Напалков и О. В. Ильинская [10] к указанным причинам застойных явлений желчных путей прибавили еще одну — гиперплазию лимфатических узлов, расположенных вдоль общего желчного и печеночного протоков. Увеличение лимфатических узлов возникает на фоне желчно-печеночной колики и называется авторами перихоледохальным лимфаденитом. По своей сущности перихоледохальный лимфаденит является разновидностью неспецифического мезентериального лимфаденита [7, 14, 17 и др.].

Что касается перихоледохального лимфаденита, то литература по

этому вопросу весьма скудная. В 1960 г. Кребс [19] на основании патоморфологических исследований пришел к заключению, что воспалительные процессы в желчных путях могут сопровождаться увеличением четырех групп лимфатических узлов: 1) слева около шейки желчного пузыря, 2) справа у места соединения печеночного и пузырного протоков, 3) сзади и у панкреатической части общего желчного протока, на верхней части головки поджелудочной железы, 4) слева от печеночной артерии.

В некоторых случаях перихоледохальный лимфаденит может возникнуть и без острого приступа желчно-печеночной колики, что значительно затрудняет диагностику заболевания, даже на операционном столе.

У остальных 35 больных (25,0%) переход инфекции на печень и желчные пути, по-видимому, имел место преимущественно гематогенным и лимфогенным путями, ибо у этих больных не установлены какие-либо механические препятствия. Анализ нашего материала показывает, что холангит развился у них при различных клинических формах холецистита и после ранее перенесенных операций желчного пузыря и желчных путей, а также при некоторых паразитарных заболеваниях и в случаях, не связанных с предшествующим воспалением желчного пузыря (табл. 2).

Таблица 2
Различные причины, приводящие к воспалению желчных путей

Причины воспаления желчных путей	Количество случаев		В том числе	
	в абсолютных числах	в %	при наличии камней	при отсутствии камней
Первично острый холецистит	13	9,3	5	8
Обострение и хронический рецидивирующий холецистит	87	62,1	64	23
Паразитарные заболевания печени и желчных путей	23	16,5	3	20
Ранее перенесенные операции желчного пузыря и желчных путей	15	10,7	7	11
Ранее перенесенные инфекции	2	1,4	—	2

Из табл. 2 видно, что сравнительно большой удельный вес падает на холангит как осложнение хронического рецидивирующего холецистита (62,1%), в частности при наличии камней. Второе место по частоте занимает деструктивный холангит паразитарной этиологии (эхинококкоз, аскаридоз), который составляет 16,5%. Холангит при первично остром холецистите имел место в 9,3% случаев; у большинства из них наблюдался при бескаменных формах холецистита.

Холангиты как осложнение после ранее перенесенных операций на

желчных путях считаются рецидивирующими [5, 6, 10, 16]. Они чаще наблюдаются после холецистостомии, когда в пузыре остается латентный очаг инфекции и при застойных явлениях в холедохе инфекция переходит во внутривнутрипеченочные желчные ходы, а иногда наблюдаются и при функционирующих холецистостомах, когда не обеспечивается хороший отток желчи из-за плохой проходимости пузырного протока.

Гнойные холангиты без предшествующего воспаления желчного пузыря в хирургической практике встречаются сравнительно редко.

Н. Н. Аничков и М. А. Захаревская [3], изучив вопрос патоморфологических изменений печени при холециститах в эксперименте, пришли к заключению, что тяжесть изменений зависит от степени и вида бактериальной инвазии.

Белли, Гальмарини, Парэочиа и ди Франческо [18] при холангитах констатировали большие макроскопические изменения в сосудистых сетях печени (артериальных и венозных) в сочетании с цирротическими процессами.

При воспалительных процессах желчного пузыря и желчно-каменной болезни некоторые авторы на основании биопсии, произведенной во время операции, установили изменения в печеночных клетках с явлениями застоя желчи во внутривнутрипеченочных желчных капиллярах [12, 13, 20 и 21].

Аналогичные данные получены А. О. Минасяном, Р. Л. Пароняном [9, 11] на основании пункционной диагностики печени при холециститах.

Таблица 3

Характер холангита на секционном материале

Характер холангита	Колич. случаев		Из них число холангитических абсцессов печени
	в абсолютных числах	в %	
Воспаление желчных протоков при наличии камней в них	34	37,7	7
Каменный холецистит с воспалением желчных протоков при отсутствии камней в них . .	24	27,0	8
Бескаменный холецистит с воспалением желчных протоков	32	35,3	8

Застой желчи во внепеченочных и внутривнутрипеченочных желчных путях приводит к развитию и распространению восходящей инфекции, следствием чего и является холангит, в частности гнойно-септический, множественные мелкие холангитические абсцессы печени и ряд бактериальных осложнений.

Нами проанализированы также протоколы 152 вскрытий умерших от воспалительных заболеваний желчного пузыря и желчных путей в терапевтических и хирургических стационарах г. Еревана за 15 лет (1949—1963 гг.). По этим данным, в 90 случаях (60,0%) имелся холангит,

из них у 58 была желчнокаменная болезнь, в том числе у 34 камни были во внепеченочных и внутрипеченочных желчных протоках. Данные о холангитах и холангитических абсцессах печени на основании анализа секционного материала приведены в табл. 3.

Табл. 3 показывает, что из 90 случаев в 23 (25,6%) холангит сопровождался холангитическими абсцессами печени. Наши данные лишней раз подтверждают роль инфекции желчного пузыря и желчных путей как основного ведущего фактора в патогенезе развития холангитических абсцессов печени.

Как видим, холангит, в частности гнойно-септический, может иметь место как при каменных, так и бескаменных формах холецистита.

Таким образом, на основании анализа нашего клинического и секционного материала, а также учета литературных данных мы приходим к заключению, что в этиологии холангитов и холангиогепатитов, помимо общеизвестных причин, играет определенную роль и целый ряд других частных факторов. Своевременное выявление и устранение как общеизвестных причин, так и частных факторов явится лучшей профилактикой холангитов и холангиогепатитов.

Кафедра госпитальной хирургии
Ереванского медицинского
института

Поступило 12/VII 1967 г.

Ա. Ա. ԽԱՉԱՏՐՅԱՆ

ՀԱՅԿԱԿԱՆ ՍՍՀ-ՈՒՄ ԽՈԼԱՆԴԻՏԻՆԵՐԻ ՊԱՏՃԱՌԱԳԻՏՈՒԹՅԱՆ ԵՎ
ԱԽՏԱԾՆՈՒԹՅԱՆ ՈՐՈՇ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Խոլանգիտ առաջացնող մասնավոր գործոնների որոշ առանձնահատկությունները հայտնաբերելու համար հեղինակը ուսումնասիրել է 896 հիվանդների հիվանդությունն անկարագրելու Այդ հիվանդները ենթարկվել են լյարդի, լեղապարկի և լեղատար ուղիների վիրահատման: Հիվանդներից 140-ը (15,6%) ունեցել են այս կամ այն աստիճանի արտահայտված խոլանգիտ, ընդ որում, 105 հիվանդի մոտ (175%) լեղատար ուղիներում, կանգային երևույթների ֆոնի վրա հայտնաբերված են տարբեր մեխանիկական արգելքներ: Վերջիններից են՝ քարով, ավազով և մածուցիկ մասսայով խցանումը հիվանդների 45,5%-ի մոտ, ասկարիդներով խցանումը՝ 6,7%-ի, էխինոկոկի բշտի պատումը՝ 3,8%-ի, բորբոքային ինֆիլտրատի ճնշումը՝ 4,7%-ի, ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի մեծացումը՝ 5,7%-ի, էխինոկոկային բշտի կողմից լեղատար ուղիների ճնշումը՝ 11,5%-ի, ընդհանուր լեղածորանի նեղացում սպիացման պատճառով ու լորձենու ալատուց 4,7%-ի և պերիտոնեոխոլային լիմֆադենիտ՝ 13,3%-ի մոտ: Մնացած 35 (25%) հիվանդների մոտ վարակի փոխանցումը դեպի լյարդը և լեղատար ուղիները, ըստ երևույթին, կատարվել է արյունային ու ավշային ուղիներով:

Հեղինակը վերլուծել է նաև լեղապարկի և լեղատար ուղիների բորբոքային հիվանդություններից մահացած 152 հիվանդների դիահերձման արձանագրությունները, որտեղ լեղատար ուղիների բորբոքումները կազմել են մոտ 60% (90 դեպք):

Կլինիկական և դիահերձման նյութերի վերլուծությունը ցույց տվեց, որ Հայկական ՍՍՀ-ի պայմաններում խոլանգիտների ու խոլանգիոհեպատիտների էթիոլոգիայի (պատճառագիտության) մեջ, բացի հանրահայտ պատճառներից, որոշակի դեր են խաղում նաև մի շարք մասնավոր գործոններ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Авдей Л. В. Клиника и хирургическое лечение холецистита. Минск, 1963.
2. Алиев Г. К. Азербайджанский медицинский журнал, 1938, 4, стр. 115.
3. Аничков Н. Н. и Захаревская М. А. Архив биологических наук, 1938, 49, 3, стр. 56.
4. Галайко Г. М. Хирургия, 1956, 11, стр. 12.
5. Губергрид А. Я. Болезни желчных путей. М., 1963.
6. Гуляев А. В. и Джавадя А. М. В кн.: Руководство по хирургии, т. VIII. М., 1962, стр. 215.
7. Дамье Н. Г. Советская медицина, 1955, 5, стр. 46.
8. Масумов С. А. Труды VI пленума правления Всесоюзного общества хирургов. Л., 1957, стр. 198.
9. Минасян А. О. Арохчапутюн, 1964, 3, стр. 17.
10. Напалков Н. И. и Ильинская О. В. Хирургия, 1957, 3, стр. 53.
11. Паронян Р. Л. Врачебное дело, 1952, 11, стр. 1447.
12. Перкин Э. М. Диссертация. М., 1959.
13. Пиковский Д. Л. Автореферат. Горький, 1951.
14. Слуцкая С. Г. Хирургия, 1957, 3, стр. 98.
15. Стручков В. И. Хирургия, 1956, 11, стр. 8.
16. Тальман И. М. Хирургия желчного пузыря и желчных протоков. М., 1963.
17. Триумфова Н. С. Автореферат. Л., 1958.
18. Belli L., Galmarini D., Perocehia A., di Francesco U. Journ. Chirurg. 1940, 79, 6, p. 540.
19. Krebs P. Chirurgia, 1960, 6, 250.
20. Merse E. B. Amer. Surgeri, 1957, 23, 8, p. 722.
21. Proscher H., Wagner S. Zentralblatt für Chirurgie, 1959, 36, 1472.