

## ŪMINIS CHOLANGITAS: KLINIKINIS PASIREIŠKIMAS, DIAGNOSTIKA, GYDYMAS

Aurimas Reipsleger

*Vilniaus universitetas, Medicinos fakultetas*

**Raktažodžiai:** ūminis cholangitas, klinikinė išraiška, diagnostika, gydymas, endoskopinė retrogradinė cholangiopankreatografija.

### Santrauka

Ūminis cholangitas yra gyvybei pavojinga būklė, reikalinga greitų ir efektyvių diagnostikos ir gydymo priemonių, siekiant išvengti tokių komplikacijų, kaip septinis šokas ir dauginis organų nepakankamumas. Ligai būdingas karščiavimas, dešiniojo viršutiniojo pilvo kvadranto skausmas, gelta. Aukštinis diagnostikos standartas yra endoskopinė retrogradinė cholangiopankreatografija (ERCP), tačiau galima taikyti ir kitus vaizdinius tyrimus, leidžiančius vizualizuoti tulžies latakus. Dauguma pacientų pasveiksta taikant konservatyvius gydymo metodus, tačiau apie 15 proc. pacientų prireikia biliarinės dekompresijos, kuri dažniausiai atliekama taikant ERCP. Tyrimo tikslas – įvertinti ir aptarti mokslinėje literatūroje pateikiamą informaciją apie ūminio cholangito klinikinį pasireiškimą, diagnostiką bei gydymą.

### Išvadas

Ūminis cholangitas yra gyvybei potencialiai pavojinga būklė, kurią charakterizuoja infekcija ir biliarinio medžio obstrukcija. Obstrukciją dažniausiai sukelia choledocholitiazė, gerybinė biliarinė stenozė, biliarinės anastomozės striktūra ir piktybinės ligos sukelta stenozė. Tulžies akmenys randami 10-15 proc. baltųjų populiacijos Jungtinėse Amerikos Valstijose. Nemaža šių žmonių dalis patenka į ligonines dėl biliarinės kolikos ir 6-9 proc. iš jų diagnozuojama ūmaus cholangito komplikacija [1]. Cholelitiazė anksčiau būdavo pati dažniausia obstrukcijos priežastis, bet piktybinės ligos, sklerozuojančio cholangito ir nechirurginių instrumentinių tyrimų sukulto cholangito paplitimas didėja [2]. Klasikinis cholangito klinikinis pasireiškimas, dar žinomas kaip Charcot triada, yra karščiavimas su šaltkėčiu, pilvo skausmas ir gelta. Reynold pentada, kurią sudaro Charcot triada kartu

su hipotenzija ir sutrikusia sąmonės būkle, pasireiškia labai mažai daliai pacientų [3].

**Tyrimo tikslas** – išanalizuoti bei aptarti įrodymais pagrįstą informaciją apie ūminio cholangito klinikinį pasireiškimą, diagnostiką bei gydymą.

### Tyrimo medžiaga ir metodai

Taikyta sisteminė mokslinės literatūros apžvalga ir analizė. Duomenų buvo ieškoma PubMed, Google Scholar, UpToDate bei Cochrane Libray duomenų bazėse. Viso teksto straipsniai atrinkti, jei jų pavadinimas, santrauka ar reikšminiai žodžiai nurodė, kad tyrimas tinkamas šiai apžvalgai. Naudoti raktažodžiai: acute cholangitis, clinical expression, diagnostics, treatment, endoscopic retrograde cholangiopancreatography.

### Tyrimo rezultatai

**Klinikinis pasireiškimas ir diagnostika.** Cholangito išraiška priklauso nuo jo sunkumo. Klasikiniu atveju liga pasireiškia smarkiu karščiavimu, trunkančiu ilgiau nei 24 valandas, pilvo skausmu ir gelta – šis simptomų rinkinys vadinamas Charcot triada arba hepatiniu karščiavimu. Skausmas dažniausiai lokalizuojasi viršutiniame dešiniajame kvadrante ir yra vidutinio stiprumo. Kai ūmaus cholangito eiga tampa sunkesnė, dar atsiranda hipotenzija ir sumišimas (Reynold pentada). Charcot triados mažas jautrumas (26,4%), bet didelis specifiskumas (95,9%). Charcot triada stebima nuo 26,4 iki 72 proc. pacientų, sergančių ūmiu cholangitu [3]. Iš pateiktų dažnių intervalų aiškiai matyti, kad vadinamoji klasikinė cholangito išraiška neretai nėra klasikinė. Dažnai gali nebūti vieno iš Charcot triadą sudarančių simptomų, bet galimas nerimo pojūtis ar net nekontroliuojamas drebėjimas [4].

Vaizdo tyrimai yra nepakeičiami diagnozuoti ūminį cholangitą. Dažniausi iš jų yra transabdominalinis ultragarsinis tyrimas, kompiuterinė tomografija, endoskopinė retrogradinė cholangiopankreatografija (ERCP), magnetinio rezonanso

cholangiopankreatografija (MRCP) ir endoskopinė ultrasonografija (EUS). Transabdominalis ultragarsinis tyrimas yra greitas, jautrus ir specifiškas tulžies latakų išsiplėtimą parodantis tyrimas, įprastai pirmiausiai pasirenkamas įtarus ūminį cholangitą. Esant ankstyvai tulžies latakų obstrukcijai, kartais dar gali nebūti latakų dilatacijos, o choledocholitiazę transabdominalis ultragarsinis tyrimas parodo labai prastai. Kompiuterinė tomografija yra daug jautresnis tyrimas diagnozuoti choledocholitiazę, nei transabdominalinis ultragarsinis tyrimas [5]. ERCP yra auksinis cholangito diagnozės standartas. Šio tyrimo metu galima pamatyti akmenų buvimą, stebėti obstrukcinius pažeidimus, stenozinius pakitimus ir netgi diagnozuoti cholangiokarcinomą. ERCP yra labai svarbus diagnostikai ir gydymui. MRCP pasižymi labai dideliu patikimumu, diagnozuojant cholangitą. Didelis MRCP privalumas, lyginant su ERCP, yra neinvazyvumas. MRCP metu galima įvertinti intra- ir ekstrahepatinių latakų išsiplėtimą, tulžies ir cholesterolio akmenis, mažo diametro striktūras. Atsižvelgiant ERCP invaziškumą ir galimas komplikacijas, MRCP įgauna vis daugiau populiarumo [6].

**Gydymas.** Ūmaus cholangito pradiniam gydymui svarbūs šie aspektai: kristaloidų infuzija, parenteriniai empiriniu būdu parinkti antibiotikai (antibiotikai turi veikti žarnyno mikroflorą, nes iš ten kyla infekcija), nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo, nulinė dieta per burną ir stebėjimas dėl įvairių pavojingų būklių, pavyzdžiui, septinio šoko. Prieš skiriant antibiotikus, reikėtų paimti kraujo pasėlių antibiotikų jautrumo patikslinimui. Trombozių profilaktikai galima mažomis dozėmis skirti spazmolitikų ir antikoagulantų. Nepaprastai svarbu stebėti paciento būklės dinamiką. Pagal chirurginę literatūrą, 80-90 proc. pacientų, esant vidutinio sunkumo cholangitui, gerai atsako į konservatyvų gydymą. Maždaug 15 proc. pacientų, nepaisant minėto gydymo, būklė blogėja ir jiems būtina kuo skubiau atlikti biliarinę dekompresiją [7]. Gydymo metodiką svarbu pasirinkti pagal ūmaus cholangito sunkumą. Sunki (dar vadinamas pūliuojančiu) ūminis cholangitis laikomas, kai yra nors vienos organų sistemos nepakankamumas. Esant lengvam ar vidutinio lygio cholangitui, biliarinis drenažas turi būti atliktas per 24 – 48 valandas. Kai paciento, sergančio lengva ar vidutinio lygio cholangito forma būklė nepaisant gydymo blogėja, arba esant sunkiam cholangitui, biliarinė dekompresija turi būti atlikta per 24 valandas [7]. ERCP ir sfinkterotomija su akmens pašalinimu ir(ar) stento įterpimu turėtų būti pirmo pasirinkimo instrumentinė procedūra drenažui atlikti. Kartais ERCP techniškai neįmanoma atlikti, arba procedūra būna nesėkminga. Tokiais atvejais perkutaninė transhepatinė cholangiografija arba chirurginė dekompresija yra indikuotina. PTC kaip ir ERCP pasižymi puikia diagnostine verte ir leidžia atlikti tokias pačias terapeutines intervencijas. Atlikti PTC galima

tik esant dilatuotai biliarinei sistemai ir ši procedūra laikoma invazyvesne, nei ERCP. Chirurginis drenažas taikomas pacientams, kuriems negalima atlikti arba nepasiteisino anksčiau minėti metodai, tačiau endoskopinis drenažas asocijuojamas su daug mažesniu mirštamumu ir sergamumu, lyginant su chirurgine dekompresija, atitinkamai – 4.7-10 proc. ir 10-50 procentų [8].

### Išvados

1. Ūminiam cholangitui būdingas karščiavimas, viršutinio dešiniojo kvadranto pilvo skausmas bei gelta, tačiau ši simptomų kombinacija nėra didelio jautrumo.
2. Auksinis standartas diagnozuojant ūminį cholangitą yra ERCP, galima atlikti EUS, KT, MRCP.
3. 80-90 proc. pacientų padeda konservatyvieji gydymo metodai. Apie 15 proc. pacientų reikia atlikti biliarinę dekompresiją. Pirmo pasirinkimo biliarinės dekompresijos metodas – ERCP.

### Literatūra

1. Williams EJ, Green J, Beckingham I, Parks R, Martin D, Lombard M. Guidelines on the management of common bile duct stones (CBDS). *Gut* 2008;57(7):1004-21. <https://doi.org/10.1136/gut.2007.121657>
2. Kimura Y, Takada T, Kawarada Y, Nimura Y, Hirata K, Sekimoto M, et al. Definitions, pathophysiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis: Tokyo guidelines. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2007;14(1):15-26. <https://doi.org/10.1007/s00534-006-1152-y>
3. Ahmed M. Acute cholangitis - an update. *World J Gastrointest Pathophysiol.* 2018;9(1):1-7. <https://doi.org/10.4291/wjgp.v9.i1.1>
4. Kinney TP. Management of ascending cholangitis. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2007;17(2):289-306, vi. <https://doi.org/10.1016/j.giec.2007.03.006>
5. Gallix BP, Aufort S, Pierredon MA, Garibaldi F, Bruel JM. Acute cholangitis: imaging diagnosis and management. *J Radiol* 2006;87(4 Pt 2):430-40. [https://doi.org/10.1016/S0221-0363\(06\)74025-2](https://doi.org/10.1016/S0221-0363(06)74025-2)
6. Mohammad Alizadeh AH. Cholangitis: diagnosis, treatment and prognosis. *J Clin Transl Hepatol* 2017;5(4):404-13. <https://doi.org/10.14218/JCTH.2017.00028>
7. Acute Cholangitis Treatment & Management: Prehospital Care, Emergency Department Care, Medical Care. 2021. <https://emedicine.medscape.com/article/774245-treatment>
8. Lai EC, Mok FP, Tan ES, Lo CM, Fan ST, You KT, et al. Endoscopic biliary drainage for severe acute cholangitis. *N Engl J Med* 1992;326(24):1582-6. <https://doi.org/10.1056/NEJM199206113262401>

**ACUTE CHOLANGITIS: CLINICAL EXPRESSION,  
DIAGNOSTICS, TREATMENT****A. Reipsleger**

Keywords: acute cholangitis, clinical expression, diagnostics, treatment, endoscopic retrograde cholangiopancreatography.

**Summary**

Acute cholangitis is a life-threatening condition that necessitates timely diagnosis and treatment in order to prevent the development of severe complications, such as sepsis and multiple organ failure. Patients typically present with fever, right upper abdominal quadrant pain and jaundice. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography is the diagnostic method of choice for acute cholangitis; however, all imaging methods that allow for the visualisation of the biliary tract may aid in diagnosing this condition. The majority of patients respond well to conservative treatment. Up to 15% of patients require biliary decompression, which is best achieved by ERCP.

Conclusions: 1. A combination of fever, right upper abdominal quadrant pain and jaundice is highly specific of acute cholangitis, though the sensitivity is low. 2. ERCP is the diagnostic method of choice in diagnosing acute cholangitis. Other imaging methods, such as endoscopic ultrasound, computerised tomography and magnetic resonance cholangiopancreatography may also aid in diagnosing the condition. 3. 80-90% of patients get better with conservative treatment. Up to 15% of patients require biliary decompression by ERCP.

Correspondence to: [aurimas.reipsleger@gmail.com](mailto:aurimas.reipsleger@gmail.com)

Gauta 2021-05-02

---