



В. В. Леонов,
Н. А. Маюра

Сумський державний
університет, медичний
інститут

© Леонов В. В., Маюра Н. А.

СИНДРОМ ФІТЦ-Х'Ю-КУРТІСА ЯК ПЕРЕДУМОВА ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

Резюме. Дослідження присвячено вивченню складу мікрофлори жовчовивідних шляхів та її кореляції з клінічною формою та тяжкістю запально-деструктивних процесів. Метою дослідження є оптимізація лікувально-діагностичної тактики для зменшення частоти ускладнень та віддалених рецидивів ускладненої ЖКХ. Встановлено, що традиційне бактеріологічне дослідження жовчі не бере до уваги деякі фактори ураження жовчовивідних шляхів, зокрема хламідійну контамінацію. Отже для вибору індивідуального методу антибіотикотерапії хворі потребують більш детального та сучасного обстеження.

Ключові слова: *холецистит, холангіт, панкреатит, хламідіоз, бактеріохолія, антибіотикорезистентність.*

Вступ

В останні десятиріччя спостерігається прогресивне зростання кількості хворих на запальні захворювання жовчовивідних шляхів, які насамперед асоціюються з жовчнокам'яною хворобою (ЖКХ), калькульозним холециститом та склерозуючим холангітом [4, 6]. Ці захворювання складають від 14 до 17 % у структурі всіх патологій, що вимагають оперативного лікування [1, 8]. Навіть у теперішній час, коли у практиці широко використовуються високоякісні антисептики, сучасні антибактеріальні засоби та прогресивні шовні матеріали, частота гнійно-септичних процесів після оперативних втручань на жовчовивідних шляхах варіював від 0,8 до 14,8 % у залежності від типу операції [2]. Це означає, що навіть за вищезгаданих умов не відбувається повноцінна елімінація мікрофлори жовчовивідних шляхів, що у свою чергу призводить до повторної контамінації гематогенним чи контактним шляхом тих анатомічних утворів, в яких мікрофлора у нормі відсутня [2, 5].

На теперішній час вже проведена величезна кількість досліджень, метою яких було вивчення висіваної культури мікрофлори жовчі у пацієнтів з запальними захворюваннями гепатобіліарної системи [6].

Втім навіть за умов використання ефективних антибактеріальних препаратів з профілактичною чи лікувальною метою з урахуванням чутливості мікрофлори спостерігаються рецидиви конкрементоутворення, постхолецистектомічний синдром та біліарні панкреатити [4, 8]. Цей факт наводить на думку про повернення мікрофлори до жовчовивідних шляхів незважаючи на вилучення механічного подразника. Отже, виникає потреба у пошуку такого фактора, який міг би впливати на зниження бактерицидних властивостей жовчі, яка у здорової людини є досить агресивним середови-

щем, яке забезпечує стерильність жовчовивідних шляхів [5, 10]. Таким фактором може бути не врахована при бакпосіві жовчі генералізована хламідійна інфекція з переважним ураженням органів верхнього поверху черевної порожнини, нині відома як синдром Фітц-Х'ю-Куртиса [5, 8].

Тривалий час причиною синдрому Фітц-Х'ю-Куртиса вважали виключно гонорейний перитоніт [2, 6]. Перші здогадки про роль хламідійної інфекції у розвитку перигепатиту і глісоперитонеальних зрощень були викладені L. Fransen (1982) та J. HenrySuchet (1983). У 1978 р. J. Muller Schoor публікує результати свого дослідження, до якого було залучено 11 молодих жінок з діагнозом «перигепатит», підтвердженим за допомогою діагностичної лапароскопії. Серед цих пацієнток у 9 були серологічні докази перенесеної хламідійної інфекції, причому в 5 з них високі титри антитіл до хламідії виявлено без лабораторних ознак гонококової інфекції. Пізніше це підтвердили результати інших досліджень [2, 10].

Втім більшість досліджень, що присвячені проблемі перигепатиту, входить до сфери інтересів дерматологів. Хірургічний аспект цієї проблеми досить рідко висвітлюється у сучасній літературі через етіопатогенетичні та клінічні особливості захворювання [1, 3, 9]. Це зумовлено низкою причин. По-перше, глісоперитонеальні зрощення практичні хірурги часто не виділяють в окрему групу і трактують їх як звичайні посттравматичні чи постзапальні спайки. По-друге, діагностування синдрому Фітц-Х'ю-Куртиса хірургами є непростим у соціальному аспекті, особливо у випадку літньої пацієнтки, і зазвичай у медичній документації хірургічного відділення такий діагноз не фігурує.

Патогенез синдрому Фітц-Х'ю-Куртиса досі детально не вивчено. Найобґрунтованішу

теорію прямої інфекції печінки через фалопієві труби запропонував у 1953 р. Р. Holm-Nielsen: перитонеальна рідина рухається з малого таза до діафрагми, де абсорбується в правій підреберній ділянці [1]. На користь теорії цієї свідчить більша частота перигепатиту за інфекційного малого таза у підлітків та у пацієнтів, які використовували внутрішньоматкові контрацептивні засоби [7]. Втім, описані в літературі поодинокі випадки захворювання з аналогічною клінікою у чоловіків, що заперечує пряму інфекцію печінки і свідчить про інші шляхи поширення: гематогенний і лімфогенний [9]. Теорія гематогенного поширення найменш доведена – вона ґрунтується на тому, що у пацієнтів із синдромом Фітц-Х'ю-Куртиса були виявлені вогнищеві ураження печінки, які вдалося усунути за допомогою антибактеріальної терапії [6, 8]. Але досі немає даних про виділення збудника з гемокультури. Імовірнішим є лімфогенне поширення, яке пояснює, чому у хворих немає генералізованої інтраабдомінальної інфекції, а лише обмежений процес у правому підребер'ї [5, 10].

Матеріали і методи досліджень

Обстежено 104 хворих з хірургічною патологією жовчних шляхів, які знаходились на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні КЗ СМКЛ № 5 м. Суми у 2013–2014 роках. Хронічний холецистит було діагностовано у 65 (62,5 %) пацієнтів, гострий холецистит – у 39 (37,5 %) пацієнтів, з них катаральна форма гострого холециститу складала 41 %, флегмонозна форма – 52,6 %, гангренозна – 6,4 %. У 93 обстежених пацієнтів запалення жовчного міхура супроводжувалось розвитком гнійно-запальних (холангіт, перивезикальний інфільтрат, холецистохоледохонориця, емпієма стінки міхура, підпечінковий абсцес, жовчний перитоніт) обтураційних (холедохо- і холецистолітіаз, водянка жовчного міхура) ускладнень. За медичними показаннями хворим проводилось хірургічне лікування методом лапаротомного (у 34 пацієнтів) або лапароскопічного втручання (у 70 пацієнтів). Проведено бактеріологічне дослідження 104 проб жовчі, відібраних інтраопераційно. Відбір, транспортування зразків клінічного матеріалу, виділення та ідентифікацію збудників, вивчення їх антибіотикочутливості проводили згідно з нормативними.

Результат досліджень та їх обговорення

Бактеріологічними дослідженнями виявлена наявність мікрофлори в жовчі у 91,3 % пацієнтів з запаленням жовчного міхура та жовчних проток. Встановлено, що найчастіше в пробах жовчі виділялись монокультури мікроорганізмів.

Серед них домінують ентеробактерії, що фіксуються у 44,2 % проб, причому, з 37,5 % проб жовчі висівалась культура *E. coli*. Досить високою є контамінація жовчі також бактеріодами, що складає третю частину від виділених білікультур мікроорганізмів. Слід зазначити, що бактерії та пептострептококи виділяються з жовчі у всіх хворих з клінічними ознаками гнійного холангіту. Цей факт дозволяє зробити припущення щодо етіологічного значення неспорують анаеробів у виникненні тяжких форм холангіогенної інфекції. Аналіз посівів жовчі виявляє значну долю дріжджоподібних грибів (до 3,1 %) серед мікроорганізмів, що колонізують жовчні шляхи у хворих з патологією гепатобіліарної системи. Вивчення антибіотикочутливості виділених штамів білікультур дозволяє встановити, що ешеріхії та клебсієли найчастіше виявляють резистентність до пеніцилінів, цефалоспоринів I–II покоління, макролідів, тетрациклінів, рифампіцину, лінкозамідів. До 69,7 % ідентифікованих ентеробактерій є полірезистентними, тобто виявляють стійкість до антибіотиків 3-х та більше груп. Більшість виділених з клінічного матеріалу бактерій не виявляє чутливості до бензилпеніциліну, напівсинтетичних пеніцилінів, всіх груп цефалоспоринів. Відмічена висока питома вага бактерій, резистентних до тетрацикліну (81,3 %), макролідів (52,9 %), а також до препаратів, що використовуються в хірургічній практиці для лікування та профілактики змішаних аеробно-анаеробних інфекцій – лінкоміцину (68,8 %), кліндаміцину (31,2 %).

Згідно сучасних уявлень про хламідійну природу ураження жовчовивідних шляхів можна виділити два основних варіанти клінічних проявів синдрому Фітц-Х'ю-Куртиса, з якими стикаються у своїй практиці абдомінальні хірурги.

Перший варіант (гострий) трапляється у молодих сексуально активних жінок. Оскільки перигепатит – це ускладнення венеричної інфекції, яка вже маніфестувала, то в багатьох випадках клінічні ознаки останньої будуть виражені вкрай слабо. Зазвичай таким пацієнтам встановлюють діагноз «печінкова колька» чи «гострий холецистит». Ретроспективні дослідження вказують, що в цю групу потрапляють жінки віком від 15 до 35 років, у 6 із 7 пацієнток під маскою «недіагностованого болю» ховається синдром Фітц-Х'ю-Куртиса. Лише приблизно у 2,6 % хворих, що госпіталізованих з приводу гострого холециститу, можна діагностувати хламідійний перигепатит, який має досить специфічну макроскопічну картину. Під час лапароскопії у цих пацієнток виявляють незначну кількість серозного випоту



у малому тазу, гіперемовану очеревину у правому підребер'ї, стеаринових бляшок немає, печінка не змінена, спаяна з передньою черевною стінкою пухкими зрощеннями, які легко роз'єднуються тупим шляхом. Жовчний міхур часто незмінений, у деяких випадках може мати місце ін'єкція його судин. Інтраопераційні дані не відповідають вираженій клінічній картині, яка вказувала на діагноз гострого холециститу і дала підстави для проведення операційного втручання

Другий варіант (хронічний) переважно трапляється у жінок віком понад 50 років. Цих пацієнток госпіталізують з діагнозом хронічного калькульозного холециститу. На момент госпіталізації немає даних щодо наявності у них венеричних захворювань, однак при ретельному зборі анамнезу можна отримати дані про перенесену і проліковану гонококову чи хламідійну інфекцію багато років тому. При ультрасонографічному дослідженні у пацієнток виявляється холецистолітаз, що є показанням до планової лапароскопічної холецистектомії. Інтраопераційно виявляється хронічно запалений жовчний міхур, в якому пальпуються конкременти, випоту по правому фланку та в порожнині малого тазу немає, але у правому підребер'ї візуалізуються множинні напружені глісоперитонеальні зрощення які нагадують «струни скрипки». Вони тонкі, прозорі, не містять судинного малюнку.

Слід відмітити, що субстратом, на якому персистують хламідії, є циліндричний епітелій, який вистилає жовчовивідні шляхи. Але оскільки епітеліальна вистілка біліарної системи виконує не тільки бар'єрну функцію, а ще

й бере безпосередню участь в регуляції колідного стану жовчі, можна також припустити, що персистування хламідійної інфекції сприяє рецидивам утворення конкрементів у загальному жовчному протоку с можливим закиданням їх до загального протоку підшлункової залози з подальшим розвитком біліарного панкреатиту у пацієнтів після холецистектомії. Як було зазначено вище, підбір антибактеріальних препаратів як для інтраопераційної профілактики, так і для лікування гнійно-септичних ускладнень базується виключно на даних культурального вивчення складу жовчі. Втім, такий збудник, як хламідія, при цьому не може бути визначений, оскільки хламідія є облігатним внутрішньоклітинним паразитом, який на може розвиватися на звичайних середовищах.

Висновки

1. Хворі з гострими захворюваннями жовчовивідних шляхів, такими як гострий холецистит, холангіт, біліарний панкреатит вимагають детального лабораторного обстеження. При цьому особливої уваги потребує група ризику — молоді жінки, у яких в анамнезі виявляються венеричні захворювання.

2. Виявлення спеціалізованими методами латентної хламідійної інфекції в організмі пацієнтки дозволяє індивідуально підбирати таргетну антибактеріальну терапію з урахуванням чутливості всього спектру збудників, що сприятиме більш швидкому регресу запальних змін біліарної системи та дозволить проводити ефективнішу профілактику рецидивів панкреатиту чи конкрементоутворення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бухарин О. В. Видовой спектр и антибиотикорезистентность энтеробактерий, выделенных из желчи больных холангитом/ О.В. Бухарин, В. А. Грищенко, А. А. Третьяков, Д. А. Черныков // Антибиотики и химиотерапия. — 2006. — № 3–4 (51). — С. 7–12.
2. Клинические формы холангиогенной инфекции в хирургической практике/ А. Пострелов, О. Гранстрем, Н. Драгомирецкая [и др.] // Вестник хирургии. — 2002. — № 2(161). — С. 45–47.
3. Микробиологические аспекты хирургической патологии билиарной системы/ В. А. Черкасов, Д. А. Зубарева, П. Я. Садаков, Э. С. Горовиц // Вестн. — 2003. — Т. 162 (2). — С. 109–112.
4. Профилактика и лечение внутрибрюшных гнойных осложнений после выполнения лапароскопической холецистэктомии с применением вмешательств под контролем ультразвукового исследования / М. Е. Ничитайло, П. В. Огородник, С. И. Шербина, В. В. Беляев // Клінічна хірургія. — 2005.- №2. — С.13 – 16.
5. Baek H. C. A case of FitzHugh—Curtis syndrome in a male / H. C. Baek, Y. S. Bae, K. J. Lee [et al.] // Kor. J. Gastroenterol. — 2010. — № 55 (3). — P. 203–207.
6. Choi T.Y. Chlamydia antibody in FitzHugh—Curtis syndrome / T. Y. Choi, J. O. Kang, S. R. Y. Chung, Ahn // Korean J. Lab. Med. — 2008. — Vol. 28 (4). — P. 293–298.
7. FitzHugh—Curtis syndrome: CT findings of three cases / H. J. Cho, H. K. Kim, J. H. Suh [et al.] // Emerg. Radiol. — 2008. — Vol. 15 (1). — P. 43–46.
8. Hong D. G. FitzHugh—Curtis syndrome: single centre experiences/ D. G. Hong, M. H. Choi, G. O. Chong [et al.] / D. G. Hong, M. H. Choi, G. O. Chong [et al.] // J. Obstet. Gynaecol. — 2010. — Vol. 30 (3). — P. 277–280.
9. MacLean A. B. FitzHugh—Curtis syndrome / A. B. MacLean // J. Obstet. Gynaecol. — 2008. — Vol. 28 (3). — P. 259–260.
10. Palade R. The FitzHugh—Curtis syndrome in laparoscopic surgery / R. Palade, D. Vasile, M. Grigoriu, D. Voiculescu // Chirurgia (Bucur). — 2002. — N 97 (6). — P. 557–561.

СИНДРОМ ФИТЦ
- ХЬЮ – КУРТИСА
КАК ПРЕДУСЛОВИЕ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧНЫХ
ПУТЕЙ

В. В. Леонов, Н. А. Майора

Резюме. Исследование посвящено изучению состава микрофлоры желчевыводящих путей и ее корреляции с клинической формой и тяжестью воспалительно-деструктивных процессов. Целью исследования является оптимизация лечебно-диагностической тактики для уменьшения частоты осложнений и отдаленных рецидивов осложненной ЖКХ. Установлено, что традиционное бактериологическое исследование желчи не принимает во внимание некоторые факторы поражения желчевыводящих путей, в том числе хламидийную контаминацию. Поэтому для выбора индивидуального метода антибиотикотерапии больные требуют более детального и современного обследования.

Ключевые слова: холецистит, холангит, панкреатит, хламидиоз, бактериохолия, антибиотикорезистентность.

FITZ – HYU – KURTIS
SINDROM AS A COUSE
OF INFLAMMATORY BYLE
DUCTS DISEASES

V. V. Leonov, N. A. Mayura

Summary. The study is devoted to the composition of biliary tract microflora and its correlation with clinical form and severity of inflammatory and destructive processes. The aim of the study is to optimize the diagnostic and treatment tactics to reduce the frequency of complications and distal metastases complicated GSD. Established that traditional bacteriological examination of bile does not take into attention some factors of biliary tract lesions, including chlamydial contamination. So to select individual method of antibiotic therapy, patients require more detailed and current survey.

Key words: cholecystitis, cholangitis, pancreatitis, chlamydiosis, bacteriocholia, antibioticoresistance.