



Н. А. Маюра, В. В. Леонов,
О. О. Перерва

Сумський державний
університет

© Колектив авторів

ПОШИРЕНІСТЬ ХЛАМІДІЙНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ХВОРИХ З ХІРУРГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ПАНКРЕАТОБІЛІАРНОЇ ЗОНИ

Резюме. Дослідження присвячено вивченню присутності хламідій у мікрофлорі 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. Отже для вибору індивідуального методу антибіотикотерапії хворі потребують більш детального та сучасного обстеження.

Ключові слова: холецистит, холангіт, панкреатит, хламідіоз.

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 біліарним панкреатитом. Кількість хворих з поєднаною панкреатохолангіодуоденальною патологією збільшилася за останнє десятиріччя майже вдвічі [1]. 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 вірює від 0,8 до 14,8 % у залежності від типу операції [6, 7]. 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 [3, 5, 10].

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 [9]. 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 бактеріцидних властивостей жовчі, яка у здорової людини є досить агресивним середовищем, яке забезпечує стерильність жовчовивідних шляхів [2, 8]. Таким фактором може бути не врахована при бакпосіві жовчі генералізована хламідійна інфекція з переважним ураженням органів верхнього поверху червоної порожнини, нині відома як синдром Фітц-Х'ю-Куртиса.

Тривалий час причиною синдрому Фітц-Х'ю-Куртиса вважали виключно гонорейний

перитоніт. Перші здогадки про роль хламідійної інфекції у розвитку перигепатиту та глісOPERITONEАЛЬНИХ зрощень були викладені L. Fransen у 1982 р. та J. HenrySuchet у 1983 р. Втім більшість досліджень, що присвячені проблемі перигепатиту, входить до сфери інтересів дерматологів. Хірургічний аспект цієї проблеми досить рідко висвічується у сучасній літературі через етіопатогенетичні та клінічні особливості захворювання [2, 7]. Втім анатомо-фізіологічні зв'язки між жовчовивідними шляхами та підшлунковою залозою стають передумовою для виявлення у хворих поєднаної патології панкреатобіліарної зони, у лікуванні якої хірурги та гастроентерологи традиційно спираються на лікування лише однієї нозологічної форми (холецистит, панкреатит). Сучасний же досвід вказує на необхідність розробки комплексного діагностично-лікувального алгоритму.

Матеріали та методи досліджень

Обстежено 65 хворих з хірургічною патологією жовчовивідних шляхів, які знаходились на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні КЗ СМКЛ № 5 м. Суми у 2014-2015 р. Для дослідження було відібрано хворих, у яких окрім основного діагнозу «холецистит» чи «панкреатит» були наявні клінічні та інструментальні ознаки хронічного холангіту. Усім хворим з урахуванням показів і протипоказів хірургічне лікування методом лапароскопічного втручання. З метою виявлення хламідійної інфекції пацієнтам було виконано серологічне дослідження крові на наявність IgM, IgG до *Chlamydia trachomatis* за стандартизованою методикою (кількісний показник з позитивним значенням >0,5 DU) та пошук збудника у мазках зі слизової оболонки видаленого жовчного міхура методом ПЛР (стандартизована якісна реакція). Також проведено гістологічне дослідження 23 зразків операційного матеріалу. Периопераційну антибактеріальну терапію у попередньо обстежених хворих проводили згідно сучасних рекомендацій лікування сис-

темного хламідіозу [2], а ті хворі, які не були обстежені, лікувалися за принципами Токійських клінічних рекомендацій (2013) [11], а після отримання результатів обстеження на хламідіоз включалися до групи стандартної етіотропної терапії в амбулаторних умовах.

Результати досліджень та їх обговорення
Отримані при комплексному обстеженні дані зведено у таблицю для подальшого проведення кореляційного аналізу. З таблиці добре видно, як корелюють дані обстеження з відповідною нозологічною формою у хворих.

Таблиця

Поширеність ознак наявності хламідійної інфекції у хворих з патологією панкреатобіліарної зони

№ п/п	Ч	Ж	Вік	Клінічна форма				Антитіла				Операція	ПЦР
				Г.холецистит	Хр. холецистит	Г. панкреатит	Хр. панкреатит	IgM		IgG			
								Якісний	Кількісний	Якісний	Кількісний		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	+		23			+		+	8,42	-	0,013	+	+
2	+		25			+		+	6,72	-	0,28	+	
3		+	28	+				+	4,62	+	2,27	-	
4		+	36		+			-	0,44	+	3,18	+	+
5		+	44				+	-	0,01	+	4,54	-	
6		+	27		+			+	1,68	+	3,44	+	+
7		+	42		+			-	0,17	+	2,24	+	-
8		+	22	+				+	4,31	+	2,28	-	
9		+	32				+	+	1,18	+	3,21	-	
10		+	37		+			-	0,07	+	2,11	+	+
11		+	38		+			-	0,12	+	0,67	+	-
12		+	32			+		+	6,34	+	1,51	-	
13		+	37				+	+	3,12	+	1,14	-	
14		+	35	+				+	1,34	+	0,75	+	-
15		+	26	+				+	6,64	-	0,21	-	
16		+	22	+				+	3,28	+	4,52	-	
17		+	28	+				-	0,42	-	0,38	-	
18		+	33		+			-	0,24	+	3,48	-	
19		+	38		+			-	0,16	+	1,92	+	-
20		+	49		+			-	0,04	-	0,42	+	-
21		+	37			+		+	2,16	+	2,24	-	
22		+	34				+	+	6,24	+	9,86	-	
23		+	32				+	-	0,47	+	2,08	-	
24		+	26	+				+	3,56	+	1,82	-	
25		+	29		+			-	0,23	+	2,56	+	+
26		+	32		+			-	0,17	+	0,89	+	-
27		+	44				+	+	2,16	+	6,82	-	
28		+	33	+				-	0,44	+	3,15	+	+
29		+	37		+			+	0,76	+	1,15	+	-
30		+	52				+	-	0,16	+	3,24	+	-
31		+	42				+	+	2,75	+	1,16	-	
32		+	36				+	+	1,17	+	2,76	-	
33		+	45				+	+	0,92	+	2,14	-	
34		+	22	+				+	6,45	+	2,14	-	
35		+	35		+			-	0,22	+	0,89	+	-



Продовження таблиці

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
36		+	37		+			-	0,32	+	1,16	+	+
37		+	38		+			+	1,22	+	1,38	+	+
38		+	37				+	+	2,56	+	0,84	-	
39		+	42				+	+	1,54	+	1,16	-	
40		+	35			+		+	4,37	+	0,72	-	
41		+	32			+		+	7,32	-	0,24	+	+
42		+	56				+	-	0,33	+	0,87	-	
43		+	36	+				+	0,89	+	1,22	+	+
44		+	37				+	+	1,24	+	1,15	-	
45		+	32			+		+	5,52	+	3,18	-	
46		+	37			+		+	3,56	+	1,17	+	+
47		+	29		+			-	0,22	+	0,86	+	-
48		+	34		+			-	0,36	+	2,14	+	+
49		+	37		+			-	0,18	+	2,56	+	+
50		+	38			+		+	2,62	+	0,72	+	+
51		+	36		+			-	0,38	+	0,84	+	-
52		+	41		+			-	0,38	+	2,56	+	+
53		+	32			+		+	1,82	+	0,66	-	
54		+	34				+	+	1,06	+	2,06	+	-
55		+	37		+			+	0,62	+	2,38	+	+
56		+	38		+			-	0,38	+	1,92	+	-
57		+	27	+				+	3,62	+	1,88	+	+
58		+	30	+				-	0,38	+	0,86	-	
59		+	38		+			+	0,64	+	3,17	+	+
60		+	34			+		+	7,62	+	3,62	-	
61		+	38		+			-	0,07	+	0,64	+	-
62		+	41		+			-	0,22	+	1,74	+	+
63		+	21	+				+	1,22	-	0,42	-	
64		+	31	+				+	3,16	+	1,58	+	+
65		+	44		+			-	0,11	+	0,51	+	-

Гістологічне дослідження отриманих інтраопераційно зразків стінки жовчного міхура не дало однозначних відомостей щодо наявності чи відсутності збудника безпосередньо у тканинах, оскільки на сьогоднішній день немає стандартів пошуку внутрішньоклітинних паразитів у фіксованому препараті методами світлової мікроскопії. Отже були отримані лише ознаки, що характерні для підгострого запалення жовчовивідних шляхів (рис. 1).

Дослідженнями встановлено, що субстратом, на якому персистують хламідії, є циліндричний епітелій, що вистилає жовчовивідні шляхи. Але оскільки епітеліальна вистілка біліарної системи виконує не тільки бар'єрну функцію, а ще й бере безпосередню участь у регуляції колоїдного стану жовчі, можна також припустити, що персистування хламідійної інфекції сприяє рецидивам утворення конкрементів у загальному жовчному протоку з 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 базувався виключно на даних культурального вивчення складу жовчі. Втім, такий збудник, як хламідія, при цьому не може бути визначений, оскільки хламідія є облигатним внутрішньоклітинним паразитом, який не може розвиватися на звичайних середовищах.

Висновки

1. Встановлено, що кількісні характеристики наявності хламідійної інфекції в організмі людини значною мірою корелюють з клінічними проявами таких захворювань, як холецистит (з наявністю конкрементів або без них) та рецидивуючий біліарний панкреатит.

2. Спеціалізовані дослідження дозволяють виявити збудника безпосередньо у слизовій

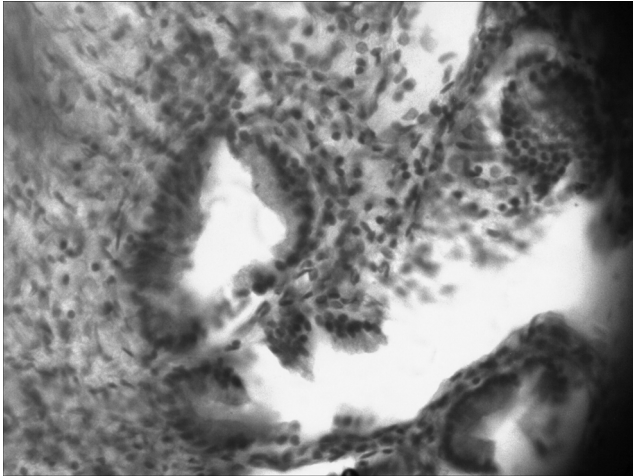


Рис. 1 Дистрофія та відшарування епітелію слизової оболонки жовчного міхура

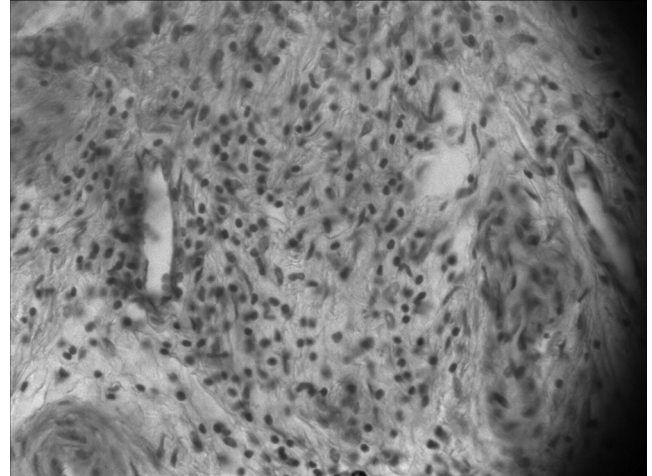


Рис. 2 Розростання сполучної тканини у стінці жовчного міхура

оболонці жовчного міхура. Це свідчить про необхідність сучасного обстеження хворих до оперативного втручання.

3. Особливої уваги потребує група ризику – молоді жінки, у яких в анамнезі виявляються венеричні захворювання. Виявлення спеціалізованими методами латентної хламідійної ін-

фекції 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 дозволяє проводити ефективну профілактику рецидивів панкреатиту чи конкрементоутворення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Василюк С. М. Синдром Фітц–Хгю–Куртіса у хірургічній практиці / С. М. Василюк // Хірургія України. – 2013. – № 1. – С. 100–106.
2. Куніцький Ю. Л. До питання про діагностичний алгоритм при поєднаних захворюваннях органів гепатопанкреатодуоденальної системи / Ю. Л. Куніцький // AML XVII. – 2011. – № 3 – С. 32–34.
3. Ничитайло М. Е. Инфекционно-воспалительные осложнения лапароскопической холецистэктомии / М. Е. Ничитайло // Клінічна хірургія. – 2004. – № 4–5. – С. 54.
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. Щербина, В. В. Беляев // Клінічна хірургія. – 2005. – № 2. – С. 13–16.
5. A case of Fitz–Hugh–Curtis syndrome in a male / H. C. Baek, Y. S. Bae, K. J. Lee [et al.] // Kor. J. Gastroenterol. – 2010. – N 55 (3). – P. 203–207.
6. Black C.M. Chlamydial infection: A clinical and public health perspective. // Atlanta, Ga. – 2013. – 170 p.
7. Chlamydia antibody in FitzHugh–Curtis syndrome / T. Y. Choi, J. O. Kang, S. R. Chung, Y. Ahn // Korean J. Lab. Med. – 2008. – Vol. 28 (4). – P. 293–298.
8. FitzHugh–Curtis syndrome: single centre experiences / D. G. Hong, M. H. Choi, G. O. Chong [et al.] // J. Obstet. Gynaecol. – 2010. – Vol. 30 (3). – P. 277–280.
9. Fitz–Hugh–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.
10. MacLean A. B. Fitz–Hugh–Curtis syndrome / A. B. MacLean // J. Obstet. Gynaecol. – 2008. – Vol. 28 (3). – P. 259–260.
11. Usefulness of contrast enhanced CT scan for diagnosis of Fitz–Hugh–Curtis syndrome / F. Le Moigne, J. L. Lamboley, T. Vitry [et al.] // Gastroenterol. Clin. Biol. – 2009. – Vol. 33 (12). – P. 1176–1178.



РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ
ХЛАМИДИЙНОЙ
ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ
С ХИРУРГИЧЕСКОЙ
ПАТОЛОГИЕЙ
ПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ
ЗОНЫ

*Н. А. Майора, В. В. Леонов,
О. О. Перерва*

Резюме. Исследование посвящено изучению присутствия хламидий в составе 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. Поэтому для выбора индивидуального метода антибиотикотерапии больные требуют более детального и современного обследования.

Ключевые слова: холецистит, холангит, панкреатит, хламидиоз.

THE PREVALENCE OF
CHLAMYDIAL INFECTION
IN PATIENTS WITH
SURGICAL PATHOLOGY OF
PANCREATOBILIARY AREA

*N. A. Majura, V. V. Leonov,
O. O. Pererva*

Summary. The study is devoted to the presence of chlamydias in 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. So to select individual method of antibiotic therapy, patients require more detailed and current survey.

Key words: cholecystitis, cholangitis, pancreatitis, chlamydiosis.