

МІКРОБНИЙ ПЕЙЗАЖ ЖОВЧІ У ХВОРИХ ПРИ ГОСТРОМУ ГНІЙНОМУ ХОЛАНГІТІ

О. О. Шкурупій

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

MICROBIAL LANDSCAPE OF BILE IN PATIENTS WITH AN ACUTE PURULENT CHOLANGITIS

O. O. Shkurupiy

Найбільш частим та небезпечним ускладненням гострих захворювань органів панкреатобіліарної зони є ГХ.

Частота цього ускладнення, за даними літератури, становить від 11 до 60% [1 – 3]. Незважаючи на впровадження сучасних методів діагностики, техніку оперативних втручань, антибактеріальних препаратів широкого спектру дії, активних методів детоксикації організму, післяопераційна летальність при ГХ становить 4,7 – 88% [1 – 4].

У теперішній час визначені майже 30 причин, що зумовлюють порушення відтоку жовчі [5 – 7]. Холедохолітиаз є провідним чинником виникнення ГХ та обтурації жовчних проток. З інших причин виділяють посттравматичну стриктуру жовчних проток, пухлини біліопанкреатодуоденальної зони, фіброз ампули СЖП або великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВСДК), паразитарну інфекцію [1, 5 – 7].

Важливим чинником, що зумовлює ГХ, є бактеріальна інфекція [3, 4]. Холестаза створює сприятливі умови для розмноження мікроорганізмів [1, 3, 4]. Незначна кількість кишкових мікроорганізмів постійно міститься у жовчних протоках, це зумовлене дуоденобіліарним рефлюксом, що виникає при розкритті ВСДК.

Мікроорганізми потрапляють також у кровообіг ворітної вени з товстої кишки [6, 7]. У нормі вони підтримують певний тонус імунної системи організму завдяки реакції на них лімфатичних вузлів кишечника і фіксованих макрофагів печінки. Природні механізми санації жовчовивідних шляхів (секреторна ак-

Реферат

Проведений бактеріологічний аналіз у 136 пацієнтів при гострому гнійному холангіті (ГХ). Причинами ГХ були: холедохолітиаз — у 40 (29,9%) хворих, поєднання стриктури спільної жовчної протоки (СЖП) і холедохолітиазу — у 39 (28,7%), стискання зовнішніх жовчовивідних шляхів набряклою головкою підшлункової залози (ПЗ) при вторинному панкреатиті — у 15 (11%), перихоледохеальний лімфаденіт — у 3 (2,2%).

Ключові слова: гострий гнійний холангіт; бактеріологічний аналіз; мікробний пейзаж.

Abstract

Bacteriological analysis was conducted in 136 patients with an acute purulent cholangitis (APCH). The APCH causes were: choledocholithiasis — in 40 (29.9%) patients, coexistence of a common biliary duct stricture and choledocholithiasis — in 39 (28.7%), compression of external biliary ducts by the oedematous pancreatic head in secondary pancreatitis — in 15 (11%), pericholedocheal lymphadenitis — in 3 (2.2%).

Key words: acute purulent cholangitis; bacteriological analysis; microbial landscape.

тивність печінки, продукція слизових залоз жовчних проток) досить ефективно усувають транзиторну бактеріохолію без клінічних і морфологічних змін у жовчних протоках [4 – 6].

У фізіологічних умовах антибактеріальний ефект жовчних кислот забезпечує стерильність жовчі, проте, при виникненні патологічних процесів у жовчних протоках в неї потрапляє велика кількість мікроорганізмів [4 – 6]. Одним з важливих чинників, що сприяють виникненню біліарної інфекції, є колонізація мікроорганізмами жовчовивідних шляхів, ініціюючим моментом якої є бактеріальна адгезія [4].

Мета дослідження: вивчення мікробного пейзажу жовчі у хворих при ГХ для оптимізації антибактеріальної терапії.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведений бактеріологічний аналіз у 136 пацієнтів при ГХ за період 2001 – 2004 рр., яких лікува-

ли у Полтавській обласній клінічній лікарні імені М. В. Скліфосовського та Національному інституті хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України.

Причинами виникнення ГХ були: холедохолітиаз — у 40 (29,4%) хворих, поєднання стриктури термінального відділу СЖП і холедохолітиазу — у 39 (28,7%), стискання зовнішніх жовчних проток запальним перивезикальним інфільтратом — у 39 (28,7%), набряклою головкою ПЗ при вторинному панкреатиті — у 15 (11%), перихоледохеальний лімфаденіт — у 3 (2,2%).

Жовч забирали для дослідження після виконання оперативних і мініінвазивних втручань. Холецистектомія (ХЕ) і дренивання СЖП за Кером виконані у 39 хворих; ХЕ, дренивання СЖП за Холстедом — Пиковським — у 25, ендоскопічна ретроградна папілосфінктеротомія з назобіліарним дрениванням — у 19; субопераційно після накладення білідигестивних анастомозів — у 53.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Якісний аналіз бактеріохолії проводили у 1, 3, 7—му та 10—ту добу і перед видаленням дренажу. *Escherichia coli* виявлені у 63,3% спостережень, *Klebsiella* — у 16,3%, *Enterobacter aerogenes* — у 8,2%, *Proteus* — у 6,1%, *Enterococcus faecalis* — у 4,1%, *Pseudomonas aeruginosa* — у 2,0%, у 27% — асоціації мікроорганізмів.

З метою вивчення зміни якісного складу мікрофлори жовчі після проведення комплексу лікувальних заходів, включаючи внутрішньопро- токову санацію, здійснене мікробіо-

логічне дослідження жовчі у 1, 3, 7— му та 10—ту добу і перед видаленням дренажу.

Повна ерадикація збудника відзначена у 30 (22%) пацієнтів. Незважаючи на проведення антибактеріальної терапії, на підставі аналізу антибіограм повної стерильності жовчі не вдалося досягти у 19 (14%) хворих, при цьому постійно виявляли *Escherichia coli*. Проте, клініко— лабораторні показники у цих пацієнтів були в межах нормальних величин, всі вони виписані по закінченні лікування.

На 3—тю добу після дренажальних втручань за даними бактеріо-

логічного дослідження жовчі збудники не виявлені у 12 (24,5%), до 7 діб — у 26 (53,1%) пацієнтів.

Таким чином, при вивченні мікробного пейзажу жовчі при ГТХ непухлинного генезу відзначені такі закономірності.

1. Найчастіше при ГТХ виявляли *Escherichia coli* — більш ніж у 60% спостережень.

2. Повної санації жовчовивідних шляхів вдалося досягти майже у 40% пацієнтів.

3. Конкременти при холедохолітазі є провідним чинником, що сприяє прогресуванню інфекції жовчовивідних шляхів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Асташов В. Л. Современные принципы комплексной терапии острого холангита / В. Л. Асташов, С. И. Чиж, Ю. Н. Саморуков // Воен.—мед. журн. — 2005. — № 2. — С. 27 — 32.
2. Диагностика и лечение острого холангита / В. В. Родионов, В. М. Могучев, В. Л. Прикупец [и др.] // Хирургия. — 1986. — № 7. — С. 21 — 25.
3. Каніковський О. Є. Антибактеріальне лікування холангіту / О. Є. Каніковський, О. В. Харчук // Харк. хірург. школа. — 2009. — № 2.1. — С. 110 — 112.
4. Васильев А. Н. Клинические формы холангиогенной инфекции в хирургической практике / А. Н. Васильев // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. — 2002. — Т. 161, № 1. — С. 45 — 47.
5. Саенко В. Ф. Гнойный холангит. Патогенез и принципы лечения / В. Ф. Саенко, М. Е. Ничитайло, И. М. Тодуров // Материалы 2—го конгр. Ассоциации хирургов им. Н. И. Пирогова. — СПб., 1998. — С. 56.
6. Гнойный холангит / А. А. Машинский, А. И. Лотов, С. С. Харнас, О. С. Шкроб // Хирургия. — 2002. — № 3. — С. 58 — 65.
7. Sung J. Y. Defense system in the biliary tract against bacterial infection / J. Y. Sung, J. W. Costerton, E. A. Shaffer // Dig. Dis. Sci. — 1992. — Vol. 37, N 5. — P. 689 — 696.

