

УДК 616.367-002-06:616.37-002.1]-078.33:616.008.843.6

*Б.М. Вервега***ВИЯВЛЕННЯ ЗАПАЛЕННЯ ЖОВЧНИХ ПРОТОК ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ БІЛІАРНОГО ПОХОДЖЕННЯ**

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Резюме. Обстежено 132 хворих на гострий біліарний панкреатит. Першу групу становили 40,9 % хворих, які надійшли в ранні терміни (до 48 годин від початку захворювання). У 59,1 % пацієнтів другої групи мікробіологічне дослідження жовчі проводили в терміні понад 48 годин від моменту нападу при наростанні ознак протокової гіпертензії. Встановлено, що запалення жовчних проток виникає у 16,7 % випадків захворю-

вання на гострий біліарний панкреатит. Мікробіологічне дослідження жовчі виявило переважання аеробних грамнегативних паличок та грампозитивних коків, що може бути причиною виникнення гострого запалення підшлункової залози.

Ключові слова: гострий біліарний панкреатит, холангіт, мікробіологічне дослідження жовчі.

Вступ. У клінічній практиці часто трапляється поєднання запалення підшлункової залози із запальним ураженням жовчних проток, що може свідчити про їхній тісний патогенетичний зв'язок [2, 4, 5, 7, 8]. Відомо, що мікрофлора жовчі осіб із холедохолітазом зумовлює її токсичну дію на клітини підшлункової залози [9]. Тяжкість перебігу гострого панкреатиту, викликаного інфікованою жовчю, залежить від виду патогенних мікроорганізмів, які розповсюджуються дуктогенним або лімфогенним шляхом та ініціюють розвиток інтерстиційного панкреатиту із вогнищевим ацинарним некрозом [1, 3, 6]. Це дає змогу розглядати тривало існуючу інфекцію в жовчних протоках як етіологічний чинник виникнення гострого біліарного панкреатиту (ГБП).

Мета дослідження. З'ясувати частоту виникнення запальних уражень жовчних шляхів при гострому біліарному панкреатиті та вивчити мікробіологічний склад жовчі.

Матеріал і методи. Обстежено 132 хворих на ГБП. Серед пацієнтів було 108 (81,8 %) жінок та 24 (18,2 %) чоловіки. Середній вік пацієнтів становив $51,3 \pm 1,2$ року. Згідно з Міжнародною класифікацією (Атланта, 1992) у 95 пацієнтів діагностовано легкий (набрякова форма) і в 37 – тяжкий (некротична форма) перебіг гострого панкреатиту. У терміни до 48 годин від початку захворювання надійшли 54 (40,9 %) пацієнти, їх ми віднесли до першої групи. У решти хворих, що склали другу групу (59,1 %), дослідження проводили в терміні понад 48 годин від моменту нападу при наростанні ознак протокової гіпертензії.

Діагностика холангіту базувалася на результатах клінічно-лабораторних методів обстеження, ультрасонографії, фіброгастроуденоскопії та ендоскопічної ретроградної холангіографії. Мікробіологічне дослідження включало забір жовчі безпосередньо із спільної жовчної протоки (СЖП) під час проведення ендоскопічної ретроградної холангіографії шляхом аспірації шприцом, приєднаним до сухої стерильної стандартної канюлі, посів на поживне середовище, виділення чистої культури, ідентифікацію мікроорганізмів. Для виявлення аеробних мікроорганізмів застосо-

ували загальноприйняті диференційно-діагностичні та вибіркові тверді й рідкі середовища. Для виділення кокової мікрофлори – цукровий бульйон, жовтково-сольовий агар (для стафілокока), і кров'яний агар (для стафілококу і стрептокока). Виділення ентеробактерій здійснювали на середовище Ендо. Ідентифікацію флори проводили за біохімічними властивостями з використанням стандартних ідентифікаційних систем.

При статистичній обробці отриманих даних використано значення середнього арифметичного, дисперсії, критерію Стьюдента (Т), коефіцієнта достовірності (р).

Результати дослідження та їх обговорення. У першій групі клінічні ознаки гострого запалення жовчних проток виявлено в 13,0 % пацієнтів. У другій групі фебрильну температуру тіла на тлі жовтяниці, ознобу відповідно спостерігали в 11 (14,1 %) пацієнтів. Лейкоцитоз (понад 9 Г/л) при надходженні виявлено у 88,9 % осіб першої та в 67,9 % – другої групи. Прискорення ШОЕ спостерігали у 34 (63,0 %) пацієнтів першої та в 38 (48,7 %) осіб другої групи. За результатами лабораторних обстежень ознаки біліарної гіпертензії (підвищення рівня прямої фракції білірубіну, лужної фосфатази, γ -глутамінтранспептидази) виявлено у 31 (57,4 %) пацієнта першої та в 49 (62,8 %) осіб другої групи (табл. 1).

Наведені дані вказують на певну неоднорідність груп. Так, у першій групі було менше пацієнтів з клінічно-лабораторними ознаками жовтяниці та тяжким перебігом ГБП, на відміну від другої групи, де переважала частка пацієнтів з некротичною формою захворювання.

Під час ультрасонографічного обстеження холангіт верифіковано в 4 (7,4 %) осіб першої та в 7 (9,0 %) осіб другої групи.

При огляді великого дуоденального сосочка під час фіброгастроуденоскопії, його інструментальною “пальпацією” чи після канюлювання у 8 (14,8 %) пацієнтів першої групи та в 14 (17,9 %) осіб другої групи спостерігали відходження застійної гнійної жовчі із СЖП (рис.).

Під час канюлювання великого дуоденального сосочка проводили забір жовчі (1,0 мл) із

Таблиця 1

Клініко-лабораторна характеристика хворих на гострий міліарний панкреатит (n=132) (M±m)

Ознака	перша група (n=54)	друга група (n=78)
Вік (роки)	52,7±2,6	50,9±1,9
Стать (чол./жін.)	10:44	12:66
Легка форма	75,9 %	69,2 %
Тяжка форма	24,1 %	30,8 %
Жовтяниця	33,3 %	55,1 %
Амілаза (г/год.л)	63,2±5,4	88,6±7,3
Білірубін загальний, (мкмоль/л)	56,4±8,3	66,6±6,9
АлАТ (ммоль/год л)	2,4±0,2	2,7±0,2
АсАТ (ммоль/год л)	0,9±0,1	1,2±0,1
Лужна фосфатаза (од/л)	320,1±27,2	381,5±51,8

Таблиця 2

Мікробний спектр жовчі спільної жовчної протоки при гострому міліарному панкреатиті

Збудники	частота виділення (%)	
	перша група (n=54)	друга група (n=78)
<i>Escherichia coli</i>	29,6	20,5
<i>Enterobacter aerogenes</i>	13,0	17,9
<i>Citrobacter freundii</i>	7,4	10,3
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	5,6	9,0
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	18,5	3,8
<i>Streptococcus haemolyticus</i>	11,1	15,4
<i>Enterococcus spp.</i>	3,7	12,8
<i>Streptococcus anhaemolyticus</i>	3,7	2,6
<i>Staphylococcus aureus</i>	3,7	7,7
<i>Pseudomonas spp</i>	-	9,0
<i>Citrobacter diversus</i>	-	6,4

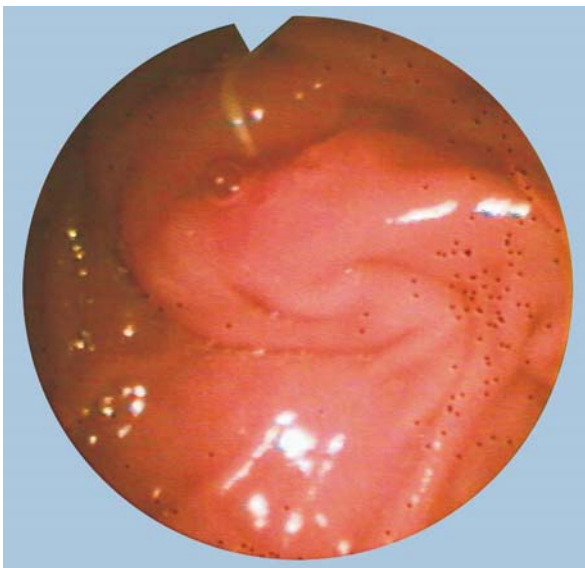


Рис. Холангіт

СЖП шляхом аспірації шприцом, під'єднаним до сухої стерильної стандартної канюлі. При мікробіологічному дослідженні жовчі в 42 (77,8 %)

пацієнтів першої групи та в 66 (84,6 %) осіб другої групи забори були позитивними. У першій групі монокультуру визначили в 64,3 % випадків посіву, у той час коли в другій групі цей показник становив 70,0 %.

Мікрофлора жовчі представлена наступними видами бактерій: *Escherichia coli*, *Enterobacter aerogenes*, *Klebsiella pneumoniae*, *Citrobacter freundii*, *Pseudomonas spp.*, *Citrobacter diversus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus haemolyticus*, *Enterococcus spp.*, *Streptococcus anhaemolyticus*, *Staphylococcus aureus*. Характер мікрофлори, яка представлена нами в таблиці 2, виявляв у першій групі переважання *Escherichia coli* (29,6 %), *Staphylococcus epidermidis* (18,5 %), *Enterobacter aerogenes* (13,0 %), *Streptococcus haemolyticus* (11,1 %). У другій групі домінуючими були *Escherichia coli* (20,5 %), *Enterobacter aerogenes* (17,9 %), *Streptococcus haemolyticus* (15,4 %), *Enterococcus spp.* (12,8 %).

Таким чином, отримані результати свідчать про переважання аеробних грамнегативних паличок та грампозитивних коків у жовчі хворих на гострий біліарний панкреатит, що може бути причи-

ною виникнення гострого запалення підшлункової залози.

Висновки

1. Запалення жовчних проток виникає в 16,7 % випадків захворювання на гострий біліарний панкреатит.

2. Результати мікробіологічного дослідження жовчі хворих на гострий біліарний панкреатит свідчать про переважання аеробних грамнегативних паличок та грампозитивних коків, що може бути причиною виникнення гострого запалення підшлункової залози.

Перспективи подальших досліджень. У подальшому планується провести порівняльну оцінку мікробіологічного складу жовчі осіб із запаленням жовчних проток на ґрунті жовчнокам'яної хвороби та хворих на гострий біліарний панкреатит й холангіт.

Література

- Видовий склад та чутливість до антибіотиків мікрофлори жовчі у хворих з запальними захворюваннями жовчних шляхів / В.Ф. Дяченко, А.М. Марюченко, Ю.В. Артьомов [та ін.] // Аналі Мечніковського інституту. – 2007. – № 3. – С. 28-30.
- Гострий біліарний панкреатит: обґрунтування диференційованих тактичних підходів / В.П. Андрищенко, Ю.С. Лисюк, Д.М. Бідюк [та ін.] // Наук. вісн. Ужгород. ун-ту. – 2011. – № 2 (41). – С. 14-17.
- Комплексне лікування гострого холангіту, зумовленого холедохолітазом / В.В. Хацко, О.Д. Шаталов, О.М. Дудін [та ін.] // Шпит. хірургія. – 2010. – № 3. – С. 25-28.
- Мартинюк О.В. Деякі питання інтенсивної терапії при гострому панкреатиті та сучасна антибактеріальна терапія (Огляд літератури) / О.В. Мартинюк // Мед. неотложных состояний. – 2011. – № 4 (35). – С. 11-18.
- Щербиніна М.Б. Розподіл біліарної патології в поєднанні з іншими захворюваннями органів травлення за статтю та віком пацієнтів / М.Б. Щербиніна, В.М. Гладун, А.М. Буренко // Сім. мед. – 2010. – № 2. – С. 102-106.
- Применение адаптированных бактериофагов в комплексном лечении больных острым гнойным холангитом / Р.В. Бондарев, В.И. Бондарев, С.С. Селиванов, А.А. Орехов // Укр. ж. хірургії. – 2011. – № 5 (14). – С. 150-154.
- Фиалкина С. В. Микробиоценоз кишечника при механической желтухе, вызванной обтурацией желчных протоков / С.В. Фиалкина, С.А. Бекбауов, Д.А. Мазница // Ж. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол. – 2012. – № 3. – С. 61-64.
- Mitchell S. Cappel. Common Hepatic Emergencies Acute Pancreatitis: Etiology, Clinical Presentation, Diagnosis, and Therapy / S. Mitchell // Medical Clinics of North America. – 2008. – Vol. 92 (4). – P. 889-923.
- A Prospective Evaluation of the Bedside Index for Severity in Acute Pancreatitis Score in Assessing Mortality and Intermediate Markers of Severity in Acute Pancreatitis / V. Singh, B. Wu, Th. Bollen [et al.] // Am. J. of Gastroenterology. – 2009. – Vol. 104, Apr. – P. 966-971.

ВЫЯВЛЕНИЕ ВОСПАЛЕНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ БИЛИАРНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Б.М. Вервега

Резюме. Обследовано 132 больных с острым билиарным панкреатитом. Первую группу составили 40,9 % больных, поступивших в ранние сроки (до 48 часов от начала заболевания). В 59,1 % больных второй группы микробиологическое исследование желчи проводили в сроки более 48 часов с момента приступа при нарастании признаков протоковой гипертензии. Установлено, что воспаление желчных протоков возникает в 16,7 % случаев заболевания на острый билиарный панкреатит. При микробиологическом исследовании желчи выявлено преобладание аэробных грамотрицательных палочек и грамположительных кокков, что может быть причиной возникновения острого воспаления поджелудочной железы.

Ключевые слова: острый билиарный панкреатит, холангит, микробиологическое исследование желчи.

DETECTION OF BILE DUCT INFLAMMATION IN ACUTE PANCREATITIS OF BILIARY ORIGIN

B.M. Verveha

Abstract. Objective. To determine the frequency of inflammatory lesions of the biliary tract in acute biliary pancreatitis and examine the microbiological composition of bile.

Material and methods. The study involved 132 patients with acute biliary pancreatitis. The first group consisted of 40,9 % of patients admitted in the early stages (up to 48 hours of onset of disease). In 59,1 % of patients of the second group the bile microbiological studies were performed in terms of more than 48 hours after the attack with an increase of signs of ductal hypertension.

Results and discussion. The inflammation of bile ducts occurs in 16,7 % of cases of acute biliary pancreatitis. The results of the microbiological examination indicate qualitative changes in bile. The dominant microorganisms were *Escherichia coli*, *Enterobacter aerogenes*, *Streptococcus haemolyticus*.

Conclusion. One of the causes of acute biliary pancreatitis is the inflammation of the bile ducts. Microbiological examination of bile revealed the predominance of aerobic gram-negative bacilli and gram-positive cocci, which may cause acute inflammation of the pancreas.

Key words: acute biliary pancreatitis, cholangitis, microbiological examination of bile.

Danylo Halytsky National Medical University (Lviv)

Рецензент – проф. С.Є. Дейнека

Buk. Med. Herald. – 2013. – Vol. 17, № 4 (68). – P. 36-38