

Медицинские науки

**МИКРОФЛОРА ЖЕЛЧИ ПРИ
ОСТРОМ ГНОЙНОМ ХОЛАНГИТЕ
НА ФОНЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ
ЖЕЛТУХИ НЕОПУХОЛЕВОЙ
ЭТИОЛОГИИ****Кашаева М.Д.***Институт медицинского образования
Новгородского государственного
университета им. Ярослава Мудрого,
Великий Новгород. РФ***Введение**

Постоянно возрастающий интерес к проблеме острого гнойного холангита за последние десятилетия обусловлен не только увеличением числа больных с воспалительными поражениями желчевыводящих протоков, но и частотой холангитов с тяжелым клиническим течением, септическими проявлениями, неблагоприятным прогнозом проводимых оперативных вмешательств [1, 2]. Частота инфекции увеличивается у больных с возрастом, с длительностью желчно-каменной болезни и холедохолитиаза, при повторных операциях. В. Nenhau et al. [13] считает, что инфекция развивается как результат стаза желчи, связанного с плохим дренированием билиарного дерева. По мнению Э.И. Гальперина и соавт. [8], инфекция в желчных протоках возникает при наличии какого-либо препятствия или при неполных интерминирующих закупорках, в частности, камнями, которые обнаруживаются чаще в области большого дуоденального сосочка. Только полная или почти полная обтурация гепатикохоледоха камнем, песком, замазкообразными массами, рубцевание просвета протока или его сдавление могут привести к застою желчи — желчной гипертензии [9]. Без застоя желчи в протоках холангит, как правило, не развивается. Холестаз создает благоприятные условия для размножения в желчных путях аэробных и анаэробных микроорганизмов. Внезапное повышение давления в желчных путях выше критического уровня (секреторного давления печени) может вызвать возникновение холангио-венозного рефлюкса, что приводит к распространению инфекции. У больных с острым гнойным холангитом при давлении в желчных протоках 360-400 мм вод. ст. наблюдается бактериемия и эндотоксемия [11]. Инфицирование желчевыводящей системы может происходить различными путями: восходящим (энтерогенным), нисхо-

дющим (гематогенным) и лимфогенным. До настоящего времени нет полной ясности в отношении каждого из путей проникновения бактерий в желчь [10, 12]. Доминирует мнение, что наиболее частой причиной колонизации желчевыводящих путей является энтерогенное и лимфогенное распространение микроорганизмов из кишечника [4, 12]. Для развития инфекции одного проникновения в желчь недостаточно. Наряду с застоем желчи имеют значение повреждение слизистой желчевыводящих протоков, изменение физико-химических свойств желчи [3, 6, 7]. Обтурация общего желчного протока с нарушением оттока желчи, компрессия интрамуральных протоков и сосудов, нарушение микроциркуляции, гипоксия являются основными патогенетическими звеньями, определяющими развитие и прогрессирование инфекции [5, 12]. Современными исследованиями установлено, что в большинстве случаев имеет место смешанная аэробная и анаэробная микрофлора. Из аэробов наиболее часто высеваются кишечная палочка (40-50%), стафилококки (14-30%), клебсиелла, стрептококки, энтерококки, из анаэробов — *B. Fragilis*, пептококки, пептострептококки, эубактерии. Таким образом, основными факторами, вызывающими острый гнойный холангит, по мнению большинства исследователей, являются: застой желчи, инфицирование желчных путей, изменение физических свойств желчи. Принято считать, что изолированное влияние только одного из этих основных патогенетических компонентов — застоя, дискразии, воспаления — возможно только на коротком отрезке времени, а в дальнейшем инфицированность желчи обуславливается взаимодействием всех трех факторов.

Материалы и методы

Для характеристики микрофлоры, выяснения ее роли в этиологии острого гнойного холангита, а также с целью динамического наблюдения за обсемененностью желчи, проводилось ее бактериологическое исследование. Бактериологическое исследование желчи проведено 278 больным с механической желтухой с тяжелой клинической симптоматикой. Микрофлора высеяна у 178. Они отнесены к больным с острым гнойным холангитом. Методические особенности исследований предполагали следующие 2 этапа долабораторный (клинический) и лабораторный. На долабораторном этапе основное значение придается правильному забору материала. Материалом для исследования служила протоковая желчь. Для исключения контаминации ее нормальной микрофлорой про-

бы забирали в асептических условиях при помощи притертого одноразового шприца. В дооперационном периоде желчь получали во время ЭРХПГ или дуоденоскопии через катетер эндоскопа введенный в холедох. Для бактериологических исследований брали 2-3 мл желчи. В послеоперационном периоде для динамического контроля полноты санации желчевыводящих путей исследованию подвергали образцы желчи оттекающей по наружным дренажам гепатикохоледоха. Лабораторный этап состоял в идентификации микрофлоры и определении количественной характеристики обсемененности желчевыводящих путей, что вычисляли по формуле: $C = n \times A \times 5$, где C – количество микробных тел в 1 мл желчи; n — число выросших колоний; A – разведение.

Результаты и их обсуждение. Анализ бактериологических исследований показал, что у 89,1% причиной острого гнойного холангита явились ассоциации аэробных и анаэробных микроорганизмов. У 6,9% больных высевались только неклостридиальные анаэробы, у 4% — только аэробы. Анализ видовой структуры микрофлоры желчи выявил следующее: аэробный спектр бактериальной флоры был представлен различными энтеробактериями, кишечной палочкой, различными видами протей, стафилококками, стрептококками. Доминирующим возбудителем инфекции была кишечная палочка (табл.). Среди неклостридиальных анаэробов чаще всего высевались бактероиды и фузобактерии.

Таблица

Характер микрофлоры желчи при остром гнойном холангите

Микрофлора желчи	Число больных	%
Аэробы и факультативные анаэробы	58	30,9
<i>E. coli</i>	20	
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	6	
<i>Proteus vulgaris</i>	10	
<i>Staphylococcus</i>	8	
<i>Streptococcus</i>	2	
<i>Enterobacter</i>	3	
<i>Klebsiella</i>	9	
Облигатные анаэробы	120	69,1
<i>Bacteria fragilis</i>	56	
<i>Bacteria melaninogenicus</i>	38	
<i>Fusobacterium mortifortum</i>	15	
<i>Peptococcus</i>	11	

При остром гнойном холангите выявлена корреляция между тяжестью течения заболевания и характером микрофлоры. У больных с выраженными явлениями гнойной интоксикации и тяжелой степенью печеночной недостаточности в инфекционном процессе принимали участие ассоциации кишечной палочки и бактероидов, наиболее часто *Bact. fragifis* с высокой степенью концентрации — 10^9 - 10^{12} КОЕ/мл. Такая

микрофлора обнаружена у 48 больных (27,0%) острым гнойным холангитом, из них 40 с длительностью холестаза 3-6 недель. При этом в клинической картине отмечались следующие характерные признаки: гектическая температура, сильные многократные ознобы в течение суток выраженного потоотделения, повышение уровня трансаминаз, обнаружение во время эндоскопических вмешательств или на операции

мутной желчи с неприятным запахом, инфильтрации перихоледохеальных тканей с окрашиванием их в буровато-зеленый цвет. Бактериологические исследования показали высокую обсемененность протоковой желчи. В 16,3% случаев она составила 10^{12} КОЕ/мл, все 29 больных с 3-6 недельным холестазом, у 125 (70,2%) — 10^{10} КОЕ/мл, из них 58 с 2-недельным холестазом, в 13,5% — 10^6 - 10^7 КОЕ/мл (23 из 24 пациентов с желтухой до 10 дней, остальные 7 с КОЕ — 10^8 - 10^{10}).

Заключение

Таким образом, у больных острым гнойным холангитом превалируют ассоциации различных микроорганизмов. В аэробном спектре доминирует кишечная палочка, среди анаэробов — бактероиды и фузобактерии. Выявлена корреляция между длительностью холестаза, тяжестью течения заболевания и характером микрофлоры желчи. У больных с выраженными явлениями гнойной интоксикации и тяжелой степенью печеночной недостаточности в воспалительном процессе принимали участие ассоциации кишечной палочки и бактероидов, среди них наиболее часто высевались *Bact. Fragilis* (с высокой степенью концентрации 10^{10} - 10^{12} КОЕ/мл). Полученные данные имеют большое значение для комплексной терапии острого гнойного холангита.

Список литературы

1. Абеуов М.Е. Гнойный холангит в хирургии желчных путей // Материалы научно-практической конференции КазНИИ клинической и экспериментальной хирургии им. А.Н. Сызганова. — Алматы, 1994. — С. 64-65.
2. Алиев М.А., Масалин М.М., Оразбеков Н.И. и соавт. Доброкачественная непроходимость желчных путей // Методические рекомендации. — Алматы, 1993. — С. 5-8.
3. Nenyau S., Sufrany L. Endoscopische papillotomie in Notfalleingriff bei obstruktiven Gallenwegkrankheiten // Intensive Medizin. — 1981. — Bd. 18. — №II. — S. 242-248.
4. Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф., Карагюлян С.Р. Рубцовые стриктуры желчных протоков. — М.: Медицина, 1982. — 239 с.
5. Гальперин Э.И. О тактике лечения острого холецистита // Хирургия. — 1983. — №11. — С. 114-116.
6. Kinoshita H., Hirohachi K., Igawa S. et al. Cholangitis // Nid. J. Surg. — 1984. — V. 8. — №6. — P. 963-969.
7. Cetta F. The rout infection in patient with bacterial // Am. J. Suig. — 1983. — V. 7. — P. 562.

8. Lotviet T. Bacterial infections of the liver and biliary tract // Scand. I. Gastroenterol. — 1983. — V. 18. — Suppl. 85. — P. 33-36.
9. Арикьянц М.С., Тышко А.Г. Роль неклостридиальной анаэробной микрофлоры в этиологии и патогенезе желчнокаменной болезни // Хирургия. — 1988. — №9. — С. 70-72.
10. Андрейчин М.А. Микрофлора желчи при воспалительных заболеваниях печени и желчных путей // Врачебное дело. — 1984. — №5. — С. 4-9.
11. Бекбергенов Б.М., Сергеева Н.А., Подачин А.В. и соавт. Бактериохолия и содержание холевой кислоты в желчи при желчнокаменной болезни // Антибиотики и химиотерапия. — 1990. — №1. — С. 37-40.
12. Витебский Я.Д., Веселов А.Я., Чернов В.Ф. Изучение механизмов инфицирования желчи // Физиология и хирургия печени. — Томск, 1982. — С. 48-49.
13. Арикьянц М.С., Тышко А.Г. Роль неклостридиальных анаэробов в этиологии и патогенезе осложненных форм острого холецистита // Клиническая хирургия. — 1986. — №9. — С. 20-22.

**ХРОНОФЕНОМЕНОЛОГИЯ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

Михайлис А.А.

*Ставропольская государственная
медицинская академия,
Ставрополь, Россия*

В развитых странах гипертоническая болезнь (ГБ) является одной из наиболее распространенных патологий, составляющих содержание сердечно-сосудистого континуума (ССК). Несмотря на огромное количество препаратов и их групп, применяемых для лечения артериальной гипертензии (АГ), проблема стабилизации АД и эффективного контроля болезни стоит в кардиологии на одном из первых мест. Осложнения ГБ и гипертонических кризов (ГК) в виде инфарктов, инсультов, острой и хронической сердечной недостаточности, в совокупности своей, являются главными причинами смертности и инвалидизации населения развитых стран. В этой связи особую актуальность приобретает разработка методов профилактики обострений АГ.

Одним из разделов хрономедицины является хронопрофилактика (Комаров, Рапорт, 2000). В этом ключе определен интe-