

6. Володин Б.Ю., Петров С.С., Куликов Е.П. и др. Особенности личности больных раком молочной железы и тела матки // Паллиат. мед. и реабилит. — 2005. — № 4. — С.12–16.

7. Марютина Т.М., Ермолаев О.Ю. Психофизиология функциональных состояний. Введение в психофизиологию. — М.: Флинта, 2001. — С. 73–118.

8. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. — М.: МЕДпресс, 1999. — 587 с.

9. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. — СПб.: Питер. — 1999. — 752 с.

10. Свядощ А.М. Психотерапия. — СПб.: Питер, 2000. — С. 172–175.

11. Собчик Л.Н. СМЛ. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. — СПб.: Речь. 2003. — 219 с.

12. Чаклин А.В. Психологические аспекты онкологии // Вопр. онкол. — 1992. — Т. 38. — № 7. — С. 873–888.

13. Sibgatullina I., Greussl S. Kunstlerische Gestalt als Mechanismus der Schaffung der psychologischen hessource eines Rahmen der Evolution, Wien – Kazan, 2005

14. Vistad I., Fossa S.D., Kristensen G.B., Dahl A.A. Cronic fatigue and its correlates in long-term survivors of cervical

cancer treated with radiotherapy // BJOG: Int. J. Obstet. And Gynaecol. — 2007. — Vol.114, N9. — P.1150–1158.

Поступила 02.04.09.

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH THYROID CANCER IN THE POSTOPERATIVE PERIOD AND THE EFFECTIVENESS OF MUSCLE RELAXATION IN THE NORMALIZATION OF THEIR MENTAL STATE

M.V. Fedorenko

Summary

Outlined were the personality features of patients with thyroid cancer at long-term periods after radical anti-tumor treatment in the context of psychological training methods of progressive muscle relaxation by Jacobson, aimed at the removal of stress load, and other psychotherapeutic skills to improve the psychological status of cancer patients.

Key words: stress, reactive and personal anxiety, hypochondria, hysteria, adaptation, progressive muscle relaxation, the method of resonance-creation.

УДК 616.36–006.6–008.5:616.361–002.2–08–39.71

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА У БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ПРИ ВЫСОКОМ ОПУХОЛЕВОМ БЛОКЕ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Сирень Зуфарович Шарафиев, Равиль Шамилович Шаймарданов, Минкадыр Ахметгалиевич Купкенов

Кафедра хирургии (зав. — проф. И.С. Малков) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования, Казанский городской центр гепатопанкреатобилиарной хирургии (руководитель — доц. Р.Ш. Шаймарданов) городской клинической больницы № 7, г. Казань, e-mail: siren-surgen@mail.ru

Реферат

Проведено бактериологическое исследование желчи у 155 больных с механической желтухой опухолевой этиологии до и после наружного дренирования внутрипеченочных протоков. В 46,5% наблюдений желчь оставалась стерильной, в 53,5% — инфицированной. После наружного дренирования внутрипеченочных протоков на 5–6е сутки происходило 100% бактериальное инфицирование желчи.

Ключевые слова: холангит, механическая желтуха, бактериология желчи, опухоль желчевыводящих путей.

Одной из основных проблем при лечении больных механической желтухой (МЖ) является проведение адекватного антибактериального лечения, направленного на профилактику и лечение холангита [1, 2, 4–6, 8–11]. При обструкции желчевыводящих путей (ЖВП) вследс-

твие развития синдрома ахолии происходят колонизация кишки микрофлорой и транслокация бактерий и эндотоксина в кровь с развитием портальной бактериемии и эндотоксинеми. У большинства больных МЖ сопровождается холангитом [1, 4, 6, 9, 11, 12]. Особую значимость проблема бактериальной контаминации желчи и желчных протоков приобретает при наружном, особенно, длительном дренировании ЖВП. Наружное дренирование вне- и внутрипеченочных протоков в хирургической гепатологии применяется достаточно часто, а при опухолевых блоках проксимальных печеночных протоков (ППП) в 85 – 90% случаев становится завершающим методом лечения [3, 7].

В специальной литературе проблемы бактериальной контаминации желчи и

желчных протоков при длительном наружном дренировании ЖВП освещены недостаточно. Нет конкретных рекомендаций и алгоритмов по антибактериальной терапии у больных этой группы. В литературе мы также не нашли объяснения причин развития холангитов при длительном наружном дренировании ЖВП, возникающих вопреки антибактериальной терапии. Поэтому мы сочли необходимым изучить пути бактериальной контаминации желчи при обструкции ЖВП на различных уровнях, а также при длительном их наружном дренировании.

Целью исследования являлось улучшение результатов лечения больных с механической желтухой при высоком опухолевом блоке желчевыводящих путей через разработку алгоритма антибиотикотерапии.

С 1998 по 2007 г. в Казанском городском центре гепатопанкреатобилиарной хирургии проводилось лечение 435 больных МЖ. У 156 (35,9%) больных желтуха была доброкачественного генеза, у 279 (64,1%) — опухолевого. Возраст больных варьировал от 32 до 85 лет, мужчин было 196 (45,1%), женщин — 239 (54,9%). У 155 из 279 больных имел место высокий блок на почве опухолевой обструкции ППП. Причинами высокого блока ЖВП были опухоль Клатскина (84), опухоль желчного пузыря с прорастанием гепатикохоледа (30), метастатическая опухоль в ворота печени — гепатодуоденальную связку (41). Ранее этим больным были выполнены оперативные вмешательства по поводу злокачественных заболеваний органов портальной зоны.

Из 114 пациентов с опухолями Клатскина и раком желчного пузыря только у 10 (8,8%) были сделаны радикальные и условно радикальные вмешательства, остальным 104 (91,2%) — паллиативные операции. Выполнены следующие оперативные вмешательства: резекция гепатикохоледа (8), гемигепатэктомия (2), гепатодигестивные анастомозы (операция Лонгмайера) (3), реканализация опухоли (14), наружное дренирование внутрипеченочных желчных протоков как окончательный метод лечения (87). Кроме того, 41 больному с метастатическими опухолями ворот печени с целью декомпрессии ЖВП и разрешения желтухи были нало-

жены чрескожно-чреспеченочные холангиостомы (ЧЧХС). Таким образом, из 155 больных с высоким опухолевым блоком ЖВП у 128 (82,5%) пациентов наружное дренирование внутрипеченочных желчных протоков применялось как окончательный метод лечения. У 21 (13,5%) из них при поступлении в стационар клинически имели место явления холангита с классической триадой симптомов.

Анализ флоры желчных протоков проводили стандартным бактериологическим методом, включавшим посев на специальные среды, выделение чистой культуры, идентификацию микроорганизмов ферментным способом, определение чувствительности к антибиотикам при помощи набора дисков. Было выполнено несколько серий исследований: в первой — после наружного дренирования ЖВП производился посев желчи, взятой интраоперационно (во время ЧЧХС), во второй — исследование желчи из дренажа печеночных протоков на 2–6-е сутки, в третьей — то же через 1 и 2 месяца. Кроме того, проводили бактериологические исследования стенки дренажной трубки по стандартной методике на 5–6-е сутки и через 1 и 2 месяца.

В первой серии желчь была исходно инфицированной в 53,5% наблюдений, стерильной — в 46,5%. Из инфицированной желчи высевалась монокультура в 93,2% случаев, ассоциация бактерий — в 6,8%.

Среди микроорганизмов преобладали *Enterobacter* spp., *Escherichia coli* и *Klebsiella*, а среди анаэробов — *Peptococcus niger* и *Bacteroides fragilis*.

Бактериология желчи изучалась у больных, у которых имелись симптомы холангита. У 11 (52,4%) из них желчь была стерильной, у остальных (47,6%) высевались *Enterobacter* spp., *Escherichia coli*, *Klebsiella* и *Bacteroides fragilis*. Бактериальная флора данной серии в 85% наблюдений была чувствительна к полусинтетическим пенициллинам, в 87% — к аминогликозидам и в 95% — к цефалоспорином I и II поколений. Все анаэробы были чувствительны к метронидазолу в 100% случаев.

Во второй серии, со 2-х суток у больных со стерильной желчью начинали высеваться микроорганизмы и на 5-е сутки инфицирование наблюдалось в 100% слу-

чаев. На 5–6-е сутки бактериальная флора стала еще разнообразнее: чаще высевались *Enterobacter* spp., реже *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus* и *Klebsiella*, в 53,3% случаев — монокультура, в 46,7% — ассоциация бактерий.

Вместе с микроорганизмами менялась и их антибиотикочувствительность. Бактериальная флора у больных этой группы была абсолютно резистентна к полусинтетическим пенициллинам, аминогликозидам и цефалоспорином I и II поколений. В 90–95% наблюдений выявлялась чувствительность к цефалоспорином III и IV поколений (цефтриаксон, цефтазидим и др.) и фторхинолонам (ципрофлоксацин, пефлоксацин), защищенным пенициллинам (амоксиклав/клавулановая кислота, ампициллин/сульбактам). Все анаэробы, как и в I-й серии, были чувствительны к метронидазолу в 100% случаев.

В третьей серии состав микрофлоры желчи и её антибиотикочувствительность по сравнению с таковыми во 2-й серии существенно не менялась, но при наличии холангита изменялась КОЕ — колониеобразующая единица, показатель количества жизнеспособных микроорганизмов в единице объема (в 1 мл, в 1 г), достигавшая — 10^7 – 10^9 . В 37,5% случаев высевалась монофлора, в 62,5% — микробная ассоциация.

Одновременно с исследованием желчи проводились бактериологические исследования внутренней поверхности дренажной трубки в ранние и отдаленные сроки: на 5-е сутки КОЕ стенки дренажа — $2,9 \times 10^5$, КОЕ желчи — $2,9 \times 10^5$ (т. е. было одинаковым), через один месяц — соответственно $2,7 \times 10^7$ и $2,9 \times 10^5$ (т.е. превышало в 100 раз), через 2 месяца — $3,1 \times 10^8$ и $2,7 \times 10^5$ (в 1000 раз). В эти сроки клинически наблюдались симптомы холангита, резистентного антибактериальному лечению. При смене дренажа желчных протоков явления холангита разрешались.

Таким образом, при длительном дренировании ЖВП через 1–2 месяца закономерно возникает симптоматика холангита, так называемая дренажная лихорадка. Кроме целенаправленной антибактериальной терапии, в таких случаях необходимо менять дренажные трубки, а еще лучше — выполнять ротацию дренажа до развития явлений холангита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахаладзе Г.Г. Патогенетические аспекты гнойного холангита, почему нет системной воспалительной реакции при механической желтухе? Антибактериальная терапия при гнойном холангите // Анн. хир. гепатол. — 2009. — № 2. — С. 9–15.
2. Бородач В.А., Штофин С.Г., Бородач А. В. и др. Бактериальная флора и гистологическое строение общего желчного протока у больных холедохолитиазом и холангитом // Анн. хир. гепатол. — 2006. — № 1. — С. 59.
3. Вишневский В.А., Тарасюк Т.И. Диагностика и хирургическое лечение рака проксимальных печеночных протоков (опухоль Клатскина) // Прак. онкол. — 2004. — № 2. — С. 126.
4. Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г. Билиарный сепсис: некоторые особенности патогенеза // Хирургия. — 1999. — № 10. — С. 18–24.
5. Жулев С.А. Инфицированность протоковой желчи у больных острым и хроническим холангитом // Анн. хир. гепатол. — 1999. — № 2. — С. 100.
6. Паршиков В.В., Измайлов С. Г., Медведев А.П. и др. Антибактериальная терапия при гнойном холангите // Анн. хир. гепатол. — 2009. — № 2. — С. 33–37.
7. Седов А.П. Рак проксимальных сегментов печеночных протоков (опухоль Клатскина). — Белгород: Изд-во БелГУ, 2003. — 112 с.
8. Черкасов В.А., Зубарева Н.А. и др. Антибиотики в хирургии желчных путей // Вестн. хир. — 2002. — № 5. — С. 111–115.
9. Черкасов В.А., Зубарева Н.А. и др. Микробиологические аспекты хирургической патологии билиарной системы // Вестн. хир. — 2003. — № 8. — С. 109–113.
10. Arai T., Nagino M., Nimura Y. Biliary bacterial infection in liver surgery // Nippon Geka Gakkai Zasshi. — 2002. — Vol. 103. — P. 869–872.
11. Hanau L.H., Steigbigel N.H. Acute (ascending) cholangitis // Infect. Dis. Clin. North. Amer.—2000.— Vol. 14, № 3. —P. 521–546.
12. Povoski S.P., Karpeh M.S.Jr., Conlon K.C. Preoperative biliary drainage: impact on intraoperative bile cultures and infectious morbidity and mortality after pancreaticoduodenectomy // J. Gastrointest. Surg. — 1999. — Vol.3, № 5. —P. 496–505.

Поступила 01.12.09.

PREVENTION AND TREATMENT OF PURULENT CHOLANGITIS IN PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE WITH A HIGH TUMOR BLOCKAGE OF THE BILIARY TRACT

S.Z. Sharafiev, R.Sh. Shaimardanov, M.A. Kupkenov

Summary

Conducted was a bacteriological study of bile from 155 patients with obstructive jaundice of tumor etiology before and after external drainage of intrahepatic ducts. In 46,5% of cases the bile remained sterile in 53,5% - it was infected. On the 5-6th day after external drainage of the intrahepatic ducts bacterial infection of bile was observed in 100% of the cases.

Key words: cholangitis, obstructive jaundice, bacteriology of bile, biliary tract tumor.