

4. Профилактика мозговых усладнений артериальной гипертензии / В.О. Бобров, І.С. Зозуля [та інш.] // Методичний посібник. – К., «Четверта хвиля», 2002. – 27 с.
5. Проблема патології нервової системи в Україні та стан вітчизняної неврологічної служби на межі десятиріччя / М.К. Хобзей, О.М.Зінченко, М.В. Голубчиков, Т.С. Міщенко // Медична газета «Здоров'я України» – 2010. – №3 (14). – С. 3-4.
6. Сіренко Ю.М. Ураження органів-мішеней при артеріальній гипертензії: профілактика, діагностика та лікування / Ю.М. Сіренко, В.М. Граніч // Методичні рекомендації. - К., - 2003. - 42с.

Резюме

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ  
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ  
ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ  
ПОЛТАВСКОГО РЕГИОНУ**

**Литвиненко Н.В., Кривчун А.М.**

В статье приведены эпидемиологические данные артериальной гипертензии и гипертонической дисциркуляторной энцефалопатии среди сельских жителей Полтавской области. Выявлено, что распространенность артериальной гипертензии в Полтавской сельской популяции составила 47,6%. Среди 409 гипертонических пациентов у 22% поражения нервной системы не выявлено, дисциркуляторную гипертоническую энцефалопатию диагностировали у 78%. Степень патологических изменений в нервной системе коррелировала с нарушениями липидного обмена.

**Ключевые слова:** гипертоническая дисциркуляторная энцефалопатия, факторы риска.

Стаття надійшла 15.11.2010 р.

**EPIDEMIOLOGICAL PECULIARITIES  
HYPERTENSIVE ENCEPHALOPATHY AT  
PATIENTS POLTAVA REGION WICH LITES  
IN VILLAGE**

**Lytvynenko N.V., Kryvchun A. M.**

In article explain epidemiological peculiarities of arterial hypertensive and hypertensive dyscirculative encephalopathy among the people which lites in village Poltava region. Constant, that quantaly arterial hypertension was 47,6%. Among 409 hypertensive patients at 20% people diagnostic pathology of nervosus system hypertensive dyscirculative encephalopathy was diagnostic at 78% ( I degree – at 26%, II – at 49%, III– 3% patients). Degree of pathological changes in nervosus system correlated with disturbances lipids.

**Key words:** hypertensive dyscirculative encephalopathy, factor of risc.

УДК. 616. 366 - 002.1 / 3 - 008.87 - 089 – 08

Піщуровий А.А.

ВІУЗ України «Українська медичинська стоматологічна академія», г. Полтава

**ВОЗМОЖНОСТИ ВНУТРИПРОТОВОКОВОЙ САНАЦИИ ГИПОХЛОРИТОМ НАТРИЯ В  
КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛАНГИТА**

За период 2004 - 2008 гг. произведено бактериологическое исследование желчи, полученной интраоперационно или эндоскопически у 217 пациентов, которым было выполнено хирургическое вмешательство по поводу ЖКБ, холедохолитиаза и гнойного холангита. У 169 больных желчь для бактериологического исследования получена интраоперационно. У других 48 больных желчь получена эндоскопическим методом при исследовании БДС. Бактериологическое исследование желчи выявило наличие бактериохолитии у 95,5% обследованных больных. Наиболее часто выявляли Escherichia coli, Klebsiella, Pseudomonas aeruginosa. Также отмечено, что, при уровне сывороточного альбумина больше 99 мкм, протоковая желчь была инфицирована в 100% наблюдений, однако 90,6% флоры было представлено только двумя формами: Klebsiella и Pseudomonas aeruginosa.

**Ключевые слова:** холедохолитиаз, холангит, бактериальная флора.

Острый гнойный холангит является наиболее тяжёлым осложнением заболеваний желчных путей, самым значимым из которых является желчекаменная болезнь (ЖКБ). Проблема лечения его остаётся неизменно актуальной, а частота - при механической желтухе составляет 23,1-39,3%, летальность достигает 30% и более [2, 3, 6, 8, 11]. Отличительной особенностью течения холангита является его частое сочетание с деструктивными формами воспаления желчного пузыря. Бактериальная флора при острых и хронических заболеваниях внепеченочных желчных протоков изучена довольно хорошо. Однако до сих пор остаётся нерешённым противоречие: многие патогенные микроорганизмы, высеваемые из пузырной, и протоковой желчи не культивируются на средах, содержащих желчь [1, 5, 9, 12, 13]. Желчь представляет собой агрессивную, токсичную среду не только для большинства микроорганизмов, но и для собственных клеток организма, в том числе лейкоцитов. В то же время целенаправленная антибактериальная терапия больных холедохолитиазом и холангитом представляет собой сложную и не до конца решённую проблему [4, 7, 10].

Целью работы было изучение эффективности внутривенной санации гипохлоритом натрия в комплексном лечении острого холангита.

**Материал и методы исследования.** За период 2004-2010 гг. изучен бактериальный пассаж желчи 217 пациентов, которым было выполнено хирургическое вмешательство по поводу ЖКБ, холедохолитиаза и гнойного холангита. У 169 больных желчь для бактериологического исследования получена интраоперационно. У других 48 больных желчь получена эндоскопическим методом при исследовании БДС. Полученный материал использовали для микробиологического исследования.

Нами проведён анализ лечения 169 пациентов с острым холангитом за период с 2004 по 2008г. Средний возраст больных составил 65,3 года: старше 60 лет было 72,1%, в т.ч. старше 70 лет - 44,2%. Острый холецистит был у 4 (2,4%) пациентов, острый деструктивный холецистит у 91 (53,8%), у 32 (18,9%) – лечились с хроническим калькулёзным холециститом, у 24 (23,1%) - перенёсших ранее холецистэктомию. Всем обследуемым проводилась комплексная терапия, в зависимости от тяжести состояния, выраженности механической желтухи и острого холецистита, а также степени патологических изменений в желчном пузыре и желчевыводящих путях. В отдельную группу вошли пациенты, у которых оперативные вмешательства сочетались с внутрехоледохеальным введением натрия гипохлорита. Данный метод применён у 18 больных, из которых у 11 выполнялась холецистэктомия по поводу острого деструктивного холецистита с дренированием холедоха по Холстеду-Пиковскому или Вишневскому. В послеоперационном периоде введение натрия гипохлорита осуществлялась через наружные дренажи общего желчного протока, установлено интраоперационно. В дистальный конец последнего с помощью шприца медленно, в течении 2-3 мин. вводили до 15-20 мл гипохлорита натрия, после этого перекрывали дренажную трубку до 5 мин. Курс лечения состоял из 3-5 дневных сеансов терапии, по 2-3 сеанса ежедневно. Проведён сравнительный анализ данной группы больных с контрольной группой (18 больных) в которых санационная перфузия билиарного тракта не проводилась. Обе группы были сопоставимы по возрасту, сопутствующей патологии и проводимой комплексной терапии после выполнения дренирования желчевыводящих протоков.

Сравнивая показатели лейкоцитов крови, концентрации гемоглобина, наличие палочко-ядерных и сегментно-ядерных нейтрофилов, СОЕ, и сравнивали их отличия в зависимости от срока проведения лечения гипохлоритом натрия.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Бактериологические исследования протоковой желчи, полученной интраоперационно выявило наличие бактериоохлии у 95,5% обследованных больных. Наиболее часто выявляли *Eseherichie coli*, *Klebsiella*, *Pseudomonos aeruginosa*. Качественный анализ бактериоохлии выполняли на первые, третьи, седьмые, сутки и перед удалением дренажа. Наиболее часто определялись *Eseherichiae coli* - 63,3%, *Klebsiella* - 18,3%, *Euterobacter aerogeues* - 10,2%, *Proteus* - 8,1%, *Euterococcus faecalis* - 6,1%, *Pseudomonos aeruginosae* - 4,0%. Следует отметить, что при уровне сывороточного билирубина больше 99 мкмоль/л протоковая желчь была инфицирована в 100% наблюдений, однако 90,6% флоры было представлено только двумя формами: *Klebsiella* и *Pseudomonas aeruginosa* при незначительной бактеримичности желчи (табл.).

Таблица

Заболевание	Микрофлора
Острый деструктивный калькулёзный холецистит. Холедохолитиаз, острый холангит.	<i>Euterobacter aerogeues</i> , <i>Eseherichie coli</i> , <i>Bacteroides fragilis</i> spp, <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Pseudomonas aerogunosa</i>
ЖКБ. Острый калькулёзный холецистит, холедохолитиаз, механическая желтуха, острый холангит.	<i>Klebsiella pseumoniae</i> , <i>Pseudomonos aeruginosa</i> , <i>Proteus vulgaris</i> , <i>Acidobacter freudii</i>
ЖКБ. Хронический калькулёзный холецистит, холедохолитиаз, острый гнойный холангит.	<i>Eseherichie coli</i> , <i>Bacteroides fragilis</i> spp, <i>Enterobacter faecalis</i> , <i>Pseudomonos aerogunosa</i> ,
Резидуальный холедохолитиаз, острый гнойный холангит.	<i>Klebsiella pseumoniae</i> , <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , <i>Eseherichie coli</i> , <i>Staphylococcus epidermidis</i>

Наибольшая бактериальная обсеменённость и разнообразие микробной флоры обнаружены у больных с отдалёнными осложнениями холецистэктомии. Масса средних молекул и лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) у больных получивших гипохлорит натрия, имели выраженное снижение к 3 и 7 суткам. Показатели крови, средних молекул с 0,37±0,1 усл. ед. на 7 сутки не отличались от нормальной величины. ЛИИ на 7 сутки достоверно снижался с 4,8±1,9% до 0,8±0,1% (p<0,05), что говорило о значительном купировании гнойного процесса в желчных путях. Полученные результаты лечения больных с острым гнойным холангитом показали, что в исследуемой группе в среднем к трём суткам от начала введения натрия гипохлорита нормализовался уровень лейкоцитоза, лейкоцитарный индекс, к пятым суткам - белково-синтетическая и пигментообразующая функции печени, пигментный обмен. В ходе исследования установлено, что при эндобилиарном введении натрия гипохлорита повышается содержание желчных кислот низкой плотности и восстанавливается нормальная кислотность желчи, что способствует снижению ее литогенности и улучшению пассажа по билиарному тракту, а так же более быстрой нормализации белково-синтетической функции печени и пигментного обмена.

**Выводы**  
 1. Наиболее частыми представителями бактериальной микрофлоры при остром гнойном холангите были: *Escherichia coli*, *Klebsiella pseumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* - самые устойчивые к современным антибиотикам возбудители.

2. Основная цель антибиотикотерапии при остром холангите заключается в предупреждении генерализации холангиогенной инфекции, а также полной санации желчевыводящих протоков.
3. Эндобилиарное введение гипохлорита натрия в комплексном лечении больных холедохолитиазом и холангитом позволяет улучшить результаты лечения данной категории больных.

#### Література

1. Астахов В.Л., Чиж СИ., Саморуков Ю.Н. Современные принципы комплексной терапии острого холангита // Военно-медицинский журнал. - 2005.-№ 2.- С. 27-32.
2. Аутлев К. М. Профилактика и лечение рефлюкс-холангитов // Хирургия. -2002. - № 12. - С. 17-20.
3. Ахаладзе Г. Г. Гнойный холангит: вопросы патофизиологии и лечения // Хирургия / Приложение. - 2003. - № 1. - С. 3- 8.
4. Бородач В.А., Штофин С.Г., Бородач А.В. и др. Бактериальная флора и гистологическое строение общего желчного протока у больных холедохолитиазом и холангитом //Анналы хирургической гепатологии.- 2006. Том 1. - № 1. - С. 54-59.
5. Брискин Б. С Клинические и морфологические параллели в эндоскопическом лечении холангита при холедохолитиазе // Эндоскопическая хирургия. - 2005. - № 1. - С. 25 - 26.
6. Брискин Б. С, Демидов Д. А. Эндоскопическая санация общего желчного протока и холангиоэнтеросорбция при лечении холангита и механической желтухи // Эндоскопическая хирургия. - 2005. - № 4. - С. 3- 8.
7. Васильев А. Н. Клинические формы холангиогенной инфекции в хирургической практике // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. - 2002. - Т. 161. - № 1. - С. 45-47.
8. Махкамова М. П., Арипова Н. У. Исследование моторно-эвакуаторной функции ДПК и ее сфинктерного аппарата у больных до и после формирования ХДА в различных модификациях // Анналы хирургической гепатологии. - 2006. - Том 11, № 3. - С. 102.
9. Махмадов Ф. И., Холов К. Р. Возможность лапароскопической холецистэктомии при синдроме Мириizzi // Анналы хирургической гепатологии. - 2006. - Том 11, № 3. - С. 102.
10. Милешко М. И. Билиогепатоперфузия раствора диклофенака натрия привнепеченочном холестаза // Анналы хирургической гепатологии. - 2006.- Том 11.- № 3.- С. 12.
11. Седов А. П., Парфенов И. П. и др. Тактика и основные принципы лечения ампулярного холедохолитиаза // Анналы хирургической гепатологии. - 2006. - Том 11.- № 3. - С. 110.
12. Седов А. П., Парфенов И. П. и др. Тактика и принципы лечения "крупного" холедохолитиаза у больных пожилого и старческого возраста // Анналы хирургической гепатологии. - 2006. - Том 11.- № 3. - С. 10.
13. Ситников В. Н. Использование миниинвазивных технологий у больных с деструктивными формами острого холецистита, осложненными холангитом // Эндоскопическая хирургия. - 2005. - № 1. - С. 139.

#### Усередати

### МОЖЛИВОСТІ ВНУТРІШНЬОПРОТОКОВОЇ САНАЦІЇ ГІПОХЛОРИТОМ НАТРІЮ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ХОЛАНГІТУ

Шкурупій О. А.

За період 2004 - 2008 рр. проведено бактеріологічне дослідження жовчі, отриманої інтраопераційно чи ендоскопічно у 217 пацієнтів, яким було виконано хірургічне втручання з приводу ЖКХ, холедохолітазу та гнійного холангіту. У 169 хворих жовч для бактеріологічного дослідження отримували інтраопераційно. У інших 48 хворих жовч отримана ендоскопічним шляхом при дослідженні ВДС. Бактеріологічне дослідження жовчі виявило наявність бактеріохолії у 95,5% обстежених хворих. Найчастіше виявляли *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Pseudomonas aeruginosa*. Також відмічено, що, при рівні сироваткового альбуміну більше 99 мкм, потокова жовч була інфікована в 100% спостережень, проте 90,6% флори було представлено тільки двома формами: *Klebsiella* та *Pseudomonas aeruginosa*.

**Ключові слова:** холедохолітаз, холангіт, бактеріальна флора, хірургічне лікування.

Стаття надійшла 24.11.2010 р.

### POSSIBILITIES OF INTRADUCTAL SANITATION OF SODIUM A HYPOCHLORITE IN THE COMPLEX TREATMENT OF ACUTE CHOLANGITIS

Shkurupiy O. A.

During 2004 - 2008 years was made bacteriological study of the bile, that got intraoperational or by endoscopy from 217 patients, which was operated on cause of cholelithal disease, choledocholithiasis and purulent cholangitis. From 169 patients bile for bacteriological study is received intraoperational. From other 48 patients bile is received by endoscopyc method during studying big duodenal papilla. The bacteriological study of the bile is revealed presence of bacteriocholia in 95,5% of examined patients. Most often were revealed *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Pseudomonas aeruginosa*. It is also noted that, at level of serum albuminum more than 99 mkm, ductular bile was infected in 100% cases, however 90,6% flora was presented only by two forms: *Klebsiella* and *Pseudomonas aeruginosa*.

**Key words:** choledocholithiasis, cholangitis, bacterial flora, surgical treatment.