E-ISSN : 2181-4341
https://wordlyknowledge.uz
IMPACT FACTOR(SJIF) : 3,934

Анаэроб холецистит: замонавий қарашлар

Газиев К.У.
Бухоро Тиббиёт Институти, т.ф.н

Аннотация: Турли хил жарроҳлик инфекциялари орасида анаэроб инфекция энг оғир ва ҳаёт учун хавфли ҳисобланади. "Анаэроблар" атамаси микробиологик жиҳатдан оқланади ва этиологик диагностика жараёнида асос бўлади. Умумий ва маҳаллий гипоксиянинг инфекция ривожланиш нуқтасидан аҳамияти исботланган. Микроорганизмлар патогенетик таъсирини фақат метаболизмнинг анаэроб йўли ёрдамида кўрсатиши маълум. Агар бу ҳолат беморда аниқланса, унда бундай касалликлар, шубҳасиз, тор маънода анаэробларга тегишли бўлиши керак.
Калит сўзлар: Холецистит, анаэроб, инфекция, жарроҳлик.
Аннотация: Среди различных хирургических инфекций анаэробная инфекция является самым тяжелым и жизнеугрожающим. Термин «анаэробы» микробиологически оправдан и закладывает краеугольный камень в процесс этиологической диагностики. Значение общей и местной гипоксии с точки развития инфекции доказано. Известны микроорганизмы, которые оказывают свое патогенетические действия, используя только анаэробный путь метаболизма. Если это условие определяется организмом больного, то такие заболевания и надо относить, очевидно, в узком смысле к анаэробам.
Ключевые слова: холецистит, анаэроб, инфекция, хирургия
Abstract: Among various surgical infections, anaerobic infection is the most severe and life-threatening. The term "anaerobes" is microbiologically justified and lays the cornerstone in the process of etiological diagnosis. The importance of general and local hypoxia from the point of infection development is proven. Microorganisms are known to exert their pathogenetic effects using only the anaerobic pathway of metabolism. If this condition is determined by the patient's body, then such diseases should be attributed, obviously, in a narrow sense to anaerobes.
Keywords: cholecystitis, anaerobe, infection, surgery

Анаэроблар кўплаб мутахассислар, шу жумладан жарроҳлар билан шуғулланадиган микрокосмос вакилларининг катта қисмини ташкил қилади ва анаэроблар деб номланувчи бактерияларнинг аксарияти факултатив анаэроблар эканлиги ҳақиқатан ҳам анаэроб инфекция атамаси деярли барча жарроҳлик инфекцияларини киритиш муҳим бўлган касалликларга нисбатан қўлланилади. [1,2].

1989 йилда A. Veilon [4] аппендицитда анаэробларни кузатишнинг 17 ҳолати ҳақида хабар берди. Бундан ташқари, муаллиф йирингли-некротик жараёни бўлган 25 беморда микробиологик тадқиқотлар ўтказди, унда турли хил анаэроблар аниқланди.

Пастер давридан бошлаб кислородга нисбатан барча микроорганизмлар аэроблар, факултатив анаэроблар ва анаэробларга бўлинади. Молекуляр кислородга сезгирлик даражасидаги катта фарқлар туфайли мажбурий анаэроблар аэротолерант, ўртача, қаттиқ ва жуда қаттиқ (бир неча дақиқа ичида ҳавода ўлади) бўлинади. Инфекцияларни ўрганишнинг замонавий босқичи этиологик ва морфологик хусусиятларига кўра мустақил нозологик шаклларни умумий гуруҳдан ажратиш билан тавсифланади. Аэроблар сони ва 1 мл шилликда анаэроблар сонининг нисбати 102: 109 [5,6,7]. Овқат ҳазм қилиш трактининг дистал қисмлари томон ҳаракатланар эканмиз, анаэробларнинг миқдорий ва сифат таркиби сезиларли ўзгаришларга учрайди.

Яқин даврларга қадар "анаэроб инфекция" атамаси фақат унинг клостридал шаклларини англатарди, унда клостридия асосий қисмни эгаллаган. Ушбу турдаги анаэроб инфекция оғир кўринишларда келади.

Яқинда янги оммавий ахборот воситаларининг ривожланиши ва жорий этилиши, шунингдек, бактериологик тадқиқотларнинг замонавий усуллари билан анаэроб бактериялар сони аэроблар сонидан ошиб кетиши аниқланди. Аввало, бу шубҳасиз

(клостридиал бўлмаган) анаэроб бактериялар-грамманфий таёқчалар ва кокклар туфайли эди. Ушбу штаммлар инфекциянинг клостридиал шакли билан баъзи ўхшашликлар билан тавсифланади. Шу билан бирга, клостридияни беморларнинг соғлиғи учун юқори хавфли инфекциянинг энг оғир шаклларини ўз ичига олган алоҳида гуруҳга ажратиш керак.

Инфекциянинг клостридиал шакллари патогенетик хусусиятларига ва курснинг оғирлигига қараб 3 турга бўлинади:

1. C. perfringens, C. septicum, C. odemantiens, улар токсигеник ва протолитик хусусиятларнинг мавжудлиги билан ажралиб туради, бу жуда оғир турдаги инфекцияларнинг ривожланишига ҳисса қўшади;
2. C. histolyticum, C. bifermentans, C, sporogenes, C. Follax, уларнинг токсигеник хусусиятлари унчалик талаффуз қилинмайди, лекин улар оғир жараённинг ривожланишига ҳисса қўшадиган протолитик хусусиятлари билан ҳам ажралиб туради;
3. C. tertium, C. butyricum, C. paraputrificum, C. sartogoforum, C. sardelli, C. Canitovales, деб аталмиш микроблар-ифлослантирувчи бор. Уларнинг юқумли жараённинг ривожланишидаги роли ҳали тўлиқ ўрганилмаган.

Клостридиал бактериялар асосан ўтхўрлар ва одамларнинг ичакларида жойлашганлиги аниқланди. Инфекция кўпинча уларнинг споралари тупроқдан ярага киритилганда танага киради. Бундан ташқари, инфекция эндоген усулда ҳам содир бўлиши мумкин, унда иккита кўриниш ажратилади: биринчи усул - ичи бўш органларнинг яхлитлигини бузиш натижасида инфекция атрофдаги тўқималарга ва эркин бўшлиқларга киради, ва иккинчи йўл лимфоген [5,3]. Клостридиал инфекцияни ривожланишида баъзи омиллар тўқималарда кислород парциал босимининг пасайишига ва шу билан муҳитнинг оксидланиш-қайтарилиш потенциалининг (ОРП) пасайишига ёрдам беради.:

- артериал қон айланишининг бузилиши туфайли маҳаллий белги сифатида қон айланишининг бузилиши
- овқат ҳазм қилиш бузилишлари, касалликлар (қандли диабет, атеросклероз ва бошқалар) туфайли тананинг иммунобиологик реактивлиги пасайиши.

Тўқималар ишемияси ҳолатида тез-тез кузатиладиган муҳитнинг кислоталилиги пасайиши билан клостридиал бактериялар фаол равишда кўпаяди. Токсинлар таркибидаги фосфолипаза С тромбоцитлар ва нейтрофилларнинг бир-бирига ёпишиб қолишининг реакциясини келтириб чиқаради, бу эса органлар ва тизимларда қон оқимининг сезиларли секинлашишига олиб келади.

Клострид бўлмаган бактерияларни аниқлаш ҳам қийин, аммо жуда агрессив бактериялар. Клострид бўлмаган анаэробларга келсак, кислород атмосфераси бўлмаган муҳитнинг салбий оксидланиш-қайтарилиш потенциали (Е4) ва ўсиш омилларининг мавжудлиги ҳаётнинг асосий шартлари сифатида зарурдир [4.9]. Бу ҳолатлар бактериялар тўқималарга киришдан олдин ҳам, инвазия пайтида ҳам содир бўлади.

Ҳозирги вақтда спора ҳосил қилмайдиган анаэробларга қуйидагилар киради: а) грам-манфий таёқчалар ((Bacteroides, Prekofella, Pophysomonas, Fusobacterium)); б) Грам-мусбат таёқчалар (Propionebakterium) ва грам-мусбат кокклар (Peptococcus, Peptostreptococcus); в) грам-манфий кокклар (Veilonella) ва грам-ўзгарувчан микроорганизмлар (Mabiluncus). Бактероидлар Бастероидесае оиласини ўз ичига олган ва улар қуйидаги турлар билан ифодаланган: B. Fragilis, B. Vulgaris, B. Ureolytis ва бошқалар. Бундан ташқари, Provotella, P. Intermedia, P. Melaninogenica, Porhysomonasc P. Gingivalis, P. Endodontalis ва P. Asaccharolytica мавжуд.

Анаэроблар келтириб чиқарадиган инфекциялар патогенезида уларнинг бир-бири билан симбиози ёки анаэробларнинг аэроблар билан симбиози алоҳида ўрин тутади. Ушбу сембиотик ҳолатларда қуйидагилар мавжуд: аэроблар томонидан сўрилган еркин кислороднинг йўқолиши ва аэроблар томонидан каталаза ва супероксид дисмутаза ферментининг чиқарилиши, бу аэробларга ҳимоя таъсирига эга [5,8,9]. Бундан ташқари, аэроблар анаэробларнинг ўсишига ёрдам берадиган моддаларни синтез қилиши аниқланди.

Клостридиал бўлмаган анаэроблар бир қатор патогенетик омилларнинг мавжудлиги билан тавсифланади: 1) ўзига хос токсинлар; 2) антиженлер ва ҳужайра деворларининг кимёвий элементлари; 3) ферментлар ва уларнинг фаолияти маҳсулотлари; 4) бактериялар ва тўқима елементларининг ўзига хос бўлмаган парчаланиш маҳсулотлари [8,9].

D. Kasper [150] маҳаллий инвазивликни ферментлар таъсирининг натижаси ва инфекциянинг ўзига хос ва умумий кўринишлари - токсинлар чиқарилишининг натижаси деб ҳисоблайди. Ферментларга супероксид дисмутаза, гиалуринидаза, гепариназа, глюкозидаза, гликозидаза киради.

Инвазия омиллари - нейроаминидаза, гиолуринидаза, протеаз (шу жумладан Тга протеаз) липазлар, нуклеазалар, бактерицид кислород бирикмаларини фаолсизлантирувчи ферментлар-каталаза, супероксидисмутаза; гепариназа-гепаринни йўқ қилади ва тромбоз ривожланишига ёрдам беради. Клостридиал бўлмаган бактерияларнинг токсинлари, хусусан эндотоксин, бошқа грам бактерияларининг липополисаккаридларидан фарқ қилади ва унинг таъсири организмнинг умумий интоксикациясида намоён бўлади ва унинг биологик фаоллиги Энтеробактерия липополисаккаридларга қараганда паст бўлади.

Анаэробларнинг патогенлигининг муҳим омили капсуладир, у ҳар доим ҳам бактерияларда мавжуд эмас, лекин инфекция пайтида тезда ишлаб чиқарилади. Ушбу капсула мембрана ҳужайрасини антибиотиклардан "ҳимоя қилади", уларни боғлайди ва диффузия ва ҳужайра билан алоқа қилишни қийинлаштиради. Ушбу маълумотлар спора бўлмаган анаэробларни патоген деб ҳисоблаш учун етарли.

J. Bartlett [10] Б. Фрагилис, Б. Меланиногенисус патогенлигини исботловчи материаллар танловини нашр этди. Клостридиал бўлмаган бактериялар қорин бўшлиғининг кўплаб шошилинч жарроҳлик касалликларининг этиологик сабаблари ҳисобланади. Шундай қилиб, A. G. Кригер докторлик диссертациясида анаэроб перитонит диагностикаси клиникаси ва мумкин бўлган усулларини батафсил ёритиб беради. Деярли барча ҳолатларда анаэроб перитонитнинг сабаби 39 ҳолатда ўткир аппендицит, 11да ингичка ва йўғон ичакнинг тешилиши, 4да ўткир холецистит эди.

Шаклланган яраларда фақат Escherichia соли, ентерококклар, бактероидлар ва фусобактериялар изчил устунлик қилади.

Сўнгги пайтларда ўткир холецистит бирламчи юқумли бўлмаган касаллик эканлиги ҳақида ишлар олиб борилмоқда. Ўт йўллари инфекцияси иккиламчи бўлиб, касалликнинг 3-10 кунида содир бўлади. Slanesietal [1,2] тадқиқотлари анаэроблар 12,6% ҳолларда, E. соли - 36,1%, клебсиелла - 18,9%, энтерококк - 7,2% ҳолларда аниқлаган.

Шуни таъкидлаш керакки, холедохолитиаз янада кучли бактериобилияга мойил бўлади. Бундай беморларда сафродан 3-4 турдаги микроблар чиқарилади, 80% аэроблар ва 20% анаэроблардир. Аэроблар орасида грам-манфий бактериялар 2 баробар кўп учрайди.

Адабиётлар рўйхати:

1. Быков, А.В. Острый холецистит у мужчин: актуальность проблемы / А.В. Быков, А.Ю. Орешкин // Современные проблемы науки и образования. - 2013. - №2. - С. 42.
2. Капшитарь, А.В. Дренирование брюшной полости после холецистэктомии из минидоступа при остром холецистите у лиц старше 60 лет / А.В. Капшитарь // Таврический медико-биологический вестник. - 2012. - Том 15. - №2. - С.98-100.
3. Кулиев, С.А. Использование малоинвазивных вмешательств в лечении осложненных форм желчнокаменной болезни у пациентов старших возрастных групп / С.А. Кулиев//В сб.: Пироговская хирургическая неделя.- СПб.- 2010.- С.268-269.
4. Кулиш, В.А. Малоинвазивные хирургические вмешательства в лечении осложненного деструктивного холецистита // Эндоскопическая хирургия. -2009. - № 1.- С. 106.
5. Луцевич, О.Э. Послеоперационные осложнения при остром холецистите и его осложненных формах у больных пожилого и старческого возраста / О.Э. Луцевич,

E-ISSN : 2181-4341
https://wordlyknowledge.uz
IMPACT FACTOR(SJIF) : 3,934

А.С. Урбанович, А.А. Амирханов // Московский хирургический журнал. - 2012. - № 6. - С. 17-23.
6. Малоинвазивные технологии в лечении острогодеструктивного калькулезного холецистита у лиц среднего, пожилого истарческого возраста / В.А. Лазаренко [и др.] // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». - 2011. - № 2. - С. 56-59.
7. Цитокины как маркеры воспалительного и компенсаторного процессов при различных формах острого калькулезного холецистита / Б.С. Данзанов [и др.] // БюллетеньВСНЦ СО РЛЫН. - 2009. - № 3 (67) - С. 59-62.
8. Чрескожные ультразвуковые вмешательства у больных острым холециститом с высоким .операционным риском / GM. Чудных [и др.] // Диагностическая и интервенционная радиология. 2012. Т. 6, № 4. С. 51 -5S.
9. Anderson, C.B. Anaerobic infections in surgery: clinical review / C.D. Anderson, J.J.Marr // Surgery.-1986.-Vol.79,No.3.-P.313-324.
10. Andreas S., Wolfgang W. Current status of laparoscopic therapy of cholecystolithiasis and common bile duct stones // Dig. Dis. - 2005.- V. 23,-№2.-P.119-12
11. Bharathy, K.G.S. Acute calculous cholecystitis with intrahepatic gallbladder perforation / K.G.S. Bharathy, D. Borle, N. Kumar // JAMA Surg. - 2017. -№4.-P.403-404.

WORDLY
KNOWLEDGE