

Коршунова Т.П., Никитин Н.А., Колеватых Е.П.
**АССОЦИИРОВАННАЯ
 С ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗОМ МИКРОФЛОРА
 У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ
 ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ
 КРОВОТЕЧЕНИЯМИ**

*ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская
 академия, г. Киров*

В настоящее время хеликобактериоз рассматривается как один из факторов, повышающих риск развития язвенных кровотечений (Н.М. Хомерики, 2003; А.В. Алекберзаде, 2004). Проведение эрадикационной терапии не всегда предотвращает рецидив геморрагии. При кровоточащих язвах желудка и двенадцатиперстной кишки недостаточно изучено значение сопутствующей микрофлоры *Helicobacter pylori*.

Цель исследования: изучение особенностей ассоциированной с *Helicobacter pylori* микрофлоры у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями.

Материал и методы: определение Нр-инфекции было проведено у 61 больного с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Консервативное лечение проводилось у 35 пациентов. Хирургическое вмешательство было произведено 26 больным. У 43 больных язвенный процесс локализовался в двенадцатиперстной кишке, у 18 больных – в желудке. Для диагностики *Helicobacter pylori* применялись инвазивные методы: бактериологический и уреазный тест с гастробиоптатом. У не оперированных больных биоптаты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки получали при выполнении фиброгастродуоденоскопии из антрального отдела, тела желудка, области язвенного дефекта на расстоянии 1 см от его краев. Во время операции участки слизистой брали из тела и антрального отдела желудка, области язвенного дефекта на расстоянии 1 см от его краев, луковицы двенадцатиперстной кишки, проксимального и дистального краев линии резекции. Материал погружали в нейтральную транспортную среду во время доставки в лабораторию. *Helicobacter pylori* из биоптатов изолировали по стандартной методике. Посевы культивировали на селективных питательных средах в микроаэрофильных условиях с использованием газогенерирующих пакетов Campi Pack при темпера-

туре 37 градусов в течение 96 часов, идентификацию проводили в оксидазном, уреазном тестах, а также по подвижности в бульоне, устойчивости к налидиксовой кислоте. Видовую принадлежность определяли в реакции агглютинации со специфическими сыворотками. Выделение и идентификацию сопутствующей флоры выполняли по общепринятым методикам в соответствии с Приказом №535. Чувствительность к антибактериальным препаратам определяли методом серийных разведений и стандартных бумажных дисков.

Бактерии *Helicobacter pylori* были выявлены у 72,2% больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. При желудочной локализации язвенного процесса Нр-инфекция наблюдалась в 94,5% случаев, при локализации в двенадцатиперстной кишке – в 62,9%. Причем незначительная степень инфицированности хеликобактериорза составила 13,1%, умеренная – 22,9%. Значительная степень обсеменения *Helicobacter pylori* выявлена в 36,1% случаев, в основном у оперированных больных.

Полученные результаты. При язвенных гастродуоденальных кровотечениях сопутствующая хеликобактериозу микрофлора выявлена в 72,7% случаях. В группе оперированных больных ассоциированная с *Helicobacter pylori* инфекция наблюдалась у 24 (96,0%) пациентов. У 1 больного с кардиальной язвой желудка, поступившего с легкой степенью кровопотери и стабильным локальным гемостазом, оперированного в отсроченном порядке, сочетанной с *Helicobacter pylori* микрофлоры не обнаружено. У не оперированных больных ассоциированная с хеликобактериозом микрофлора установлена у 8 (42,1%) больных. При отсутствии *Helicobacter pylori* у 17 больных с язвенными кровотечениями, в том числе у одного оперированного больного в отсроченном порядке с язвой двенадцатиперстной кишки, с легкой степенью кровопотери и стабильным местным гемостазом, микрофлора высевалась в 14,3% случаях.

У всех не оперированных больных с ассоциированной *Helicobacter pylori* микрофлорой при поступлении наблюдался нестабильный вариант местного гемостаза (Forrest II B), который в последующем на фоне консервативного лечения переходил в стабильный гемостаз (Forrest II C). При этом у 3 больных выявлено сочетание *Helicobacter pylori* с *Staphylococcus aureus*, у 5 пациентов - с *Lactobacterium*. При ассоциации *Helicobacter pylori* с *Staphylococcus aureus* была диагностирована тяжелая степень кровопотери, при сочетании *Helicobacter pylori* с *Lactobacterium* определялась кровопотеря легкой и средней степени тяжести.

У оперированных больных с кровоточащими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки сочетанная с хеликобактериозом микрофлора была представлена в основном *Staphylococcus aureus* и грибами рода *Candida*. *Staphylococcus aureus* были обнаружены у 54,2% больных, грибы рода *Candida* – у 45,8% больных. Среди выделенных грибов преобладали культуры *Candida albicans*. *Staphylococcus aureus* в 11 случаях определялся в монокультуре. У 1 больного с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, оперированного в отсроченном порядке, *Staphylococcus aureus* был выявлен в ассоциации с *Lactobacterium* и у 1 пациента с кровоточащей язвой тела желудка и нестабильным местным гемостазом (Forrest II B) – в ассоциации с *Staphylococcus epidermidis*. Грибы рода

ги деструкции и гнойники как в самой поджелудочной железе (ПЖ), так и окружающей клетчатке. Заболевание может иметь постоянное, прогрессирующее рецидивирующее течение. При этом возникает вопрос о хирургическом лечении такого панкреатита. Что же делать в таких случаях? При обострении панкреатита усугубляются его многочисленные осложнения. Несмотря на протоковую панкреатическую гипертензию, панкреатикоеюноанастомоз в таких условиях формировать нельзя из-за большой вероятности развития его несостоятельности. В этой связи представляется целесообразным выполнять вмешательства на панкреатическом протоке двухмоментно. Такая тактика применяется нами с 1991 года.

В течение 15 лет при ХП наружное дренирование главного панкреатического протока (ГПП) выполнено у 74 больных (12 женщин (16,2%) и 62 мужчины (83,8%) в возрасте 6-55 лет). У 6 больных (8,1%) в анамнезе была травма ПЖ, в 61 случае (82,4%) ХП имел алкогольную природу, только у 2 пациентов (2,7%) были выявлены камни в желчном пузыре, еще в 5 случаях (6,8%) причина этого заболевания осталась не выяснена. По поводу острого панкреатита ранее были оперированы 23 больных (27,4%), у 9 (12,2%) - вмешательства предпринимались по поводу осложнений ХП. Все больные оперированы в плановом порядке. Очаги деструкции ПЖ и окружающей клетчатки выявлены в 19 случаях (25,7%), нагноение псевдокист ПЖ - в 17 (23,0%), кровотечения в просвет кист - в 4 (5,4%), хронический гнойный панкреатит (гной в протоке ПЖ) - в 15 (20,3%), абсцессы ПЖ - в 10 (13,5%). У 19 больных (25,7%) имелся выпот в брюшной полости, в том числе у 5 (26,3%) - асцит-перитонит. У 5 больных (6,8%) имелись наружные и еще у четырех (5,4%) - внутренние панкреатические свищи. Практически у всех пациентов имелись признаки портальной гипертензии, у 27 (36,5%) - желчная гипертензия, а у 12 (16,2%) - нарушение гастродуоденальной проходимости.

По данным УЗИ у большинства больных выявлен кальцифицирующий ХП с протоковой гипертензией (диаметр ППЖ достигал 12 мм). Во время оперативного вмешательства наряду с опорожнением и дренированием всех гнойных очагов выполняли поперечную панкреатикотомию (старались рассекать только переднюю стенку панкреатического протока). При этом из ГПП удаляли камни и устраняли стриктуры, после чего осуществляли его наружное дренирование. Способы такого дренирования были различны: дренирование Т-образным дренажом - 12 (16,2%), двумя дренажами (в каудальном и проксимальном направлении) - 56 (75,7%), сквозное дренирование - 6 (8,1%). У 34 (45,9%) больных одновременно выполнены вмешательства на билиарной системе. Для реинфузии желчи и поджелудочного сока формировали микрогастростому, а дистальный конец трубки проводили в нисходящую часть двенадцатиперстной кишки. Послеоперационный период у каждого десятого больного протекал тяжело, но летальных исходов не было.

После наружного дренирования главного панкреатического протока у всех больных предполагалось вторым этапом сформировать панкреатикодигестивный анастомоз. Однако в 23 случаях (31,1%) повторного вмешательства не потребовалось. После

Коханенко Н.Ю., Артемьева Н.Н.
**НАРУЖНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ГЛАВНОГО
ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА
ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ**
*Кафедра факультетской хирургии СПбГПМА
г. Санкт-Петербург*

Хронический панкреатит (ХП) с протоковой панкреатической гипертензией может протекать с частыми обострениями, при которых появляются оча-