

Вибір способу оперативного лікування хворих із гігантською виразкою шлунка

В.І. Мамчич¹, О.В. Грузинський²

¹Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

²Білоцерківська центральна районна лікарня

Резюме. Проаналізовано результати лікування 93 пацієнтів із гігантською виразкою шлунка. При шлункових виразках I типу найчастіше (у 51% хворих) відзначається помірно виражена дисплазія. У 31% диспластичні зміни були відсутні, тяжка дисплазія спостерігалася у 18%. Шлункові виразки II типу супроводжуються практично аналогічними морфоструктурними змінами. Відсутня дисплазія була у 22%, помірно виражена дисплазія наявна у 56%, тяжка — у 22% хворих. Отримані результати дозволяють при перших двох типах шлункових виразок широко використовувати органозберігаючі методики. Шлункові виразки III типу супроводжуються тяжкими диспластичними змінами у 61%, помірно вираженою дисплазією — у 22%, відсутні ознаки дисплазії у 17% пацієнтів. Це свідчить про особливу небезпеку цього типу шлункових виразок щодо малігнізації. Тому при цій патології потрібно виконувати резекції за онкологічними принципами, використовуючи арефлюксні методики.

Ключові слова: гігантська виразка, резекція, фіброгастродуоденоскопія, біопсія, дисплазія, резекція шлунка.

Вступ

Гігантська виразка (ГВ) — патологія, що потребує зовсім інших підходів у лікуванні та виборі обсягу оперативних втручань, на відміну від «звичайної» виразки.

Розміщення виразки має значення для оперативного лікування. Найчастіше гігантські виразки шлунка (ГВШ) виявлялися в ділянці тіла шлунка — від 44,4% (Автандилов Г.Г., 1990) до 67,7% (Вацян Е.Н. і соавт., 1982), в антральному відділі — від 10,2% (Вацян Е.Н. і соавт., 1982) до 14,3% (Автандилов Г.Г., 1990), в препілоричному та пілоричному відділах — до 5,5% (Вацян Е.Н. і соавт., 1982), в кардіальному відділі шлунка — від 11,1% (Автандилов Г.Г., 1990) до 16,6% (Диброва Ю.А. і соавт., 2002).

Більшість авторів відносять до ГВ у шлунку діаметром ≥ 3 см, а в дванадцятипалій кишці (ДПК) — ≥ 2 см (Вацян Е.Н. і соавт., 1982; Мамчич В.І., Грузинський О.В., 2007). Характерною рисою ГВ є те, що ця патологія майже в усіх випадках ускладнена, часто відзначають поєднання двох і більше ускладнень (Бачев І.І., 1982; Вацян Е.Н. і соавт., 1982). Найчастіше із них виявляється пенетрація ($>80,0\%$), у більшості випадків у підшлункову залозу — до 64,0% (Бачев І.І., 1982). Стеноз виходу із шлунка відзначали від 38,8% випадків (Бачев І.І., 1982) до 40,1% (Бойко В.В., 2001). Малігнізація ГВШ відзначається від 7,7% (Бачев І.І., 1982) до 22,4% (Бойко В.В., 2001), а при локалізації в кардіальному відділі шлунка — до 18,4% випадків (Бачев І.І., 1982).

Мета дослідження — вибір способу оперативного лікування у пацієнтів із ГВШ залежно від ступеня дисплазії в слизовій оболонці.

Об'єкт і методи дослідження

Проведене дослідження ґрунтується на вивченні результатів хірургічного лікування 93 пацієнтів із ГВШ.

У дослідженні користувалися класифікацією хронічних шлункових виразок за Джонсоном.

Серед хворих переважали чоловіки (78,6%). Якщо в молодому і зрілому віці чисельне співвідношення чоловіків і жінок становило в середньому 7:1, то у 50 років і старше — 2,5:1; а в похилому і старечому віці — 1,5:1.

Найчастіше відзначаються хронічні шлункові виразки I типу — у 65,6%, II типу — у 9,6%, III типу — у 24,7%.

Найчастіше ГВШ локалізується у нижній третині, середній третині та у препілоричному відділі (табл. 1).

Таблиця 1 Розподіл хворих за локалізацією виразкового дефекту в слизовій оболонці

Локалізація виразки	Кількість хворих	
	п	%
ДПК і шлунок	9	9,7
Нижня третина	35	37,6
Середня третина	17	18,3
Верхня третина	8	8,6
Субкардіальний відділ	1	1,07
Препілорична	23	24,7
Усього	93	100

Розміри виразкового дефекту у всіх хворих становили >3 см. Комплексне обстеження пацієнтів включало вивчення статистичних даних, клінічного перебігу захворювання, ендоскопію, рентгенологічне дослідження, вивчення моторики шлунка і ДПК, дослідження шлункової секреції, вивчення морфології слизової оболонки, наявність *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) у вогнищах дисплазії. Дослідження виконували як у передопераційний період, так і після операції впродовж від 2 тиж до навіть кількох років. При ендоскопічному дослідженні особливу увагу звертали на наявність жовчі, ступінь вираженості дуоденогастрального рефлюксу, а також стан ворота: зіяння, набряк, прохідність. Основним при проведенні фіброгастродуоденоскопічного дослідження було уточнен-

ня діагнозу — характеру і локалізації виразкового дефекту. Достовірність діагностики підвищується за допомогою прицільної біопсії максимально можливої кількості матеріалу із кожного сектора та даних відділів виразки. Рентгенологічне дослідження в комплексі з ендоскопічним дозволяє встановити правильний діагноз, виявити супутню патологію і моторно-евакуаторні порушення в шлунку і ДПК, дозволяє визначити його розміри, рельєф слизової оболонки, положення, форму, рухливість.

З метою вивчення особливостей структурних змін у стінці шлунка застосовували гістологічні, морфометричні методи дослідження. Матеріал отримували під час ендоскопії з біопсії і після резекції ділянок шлунка.

Для виявлення *H. pylori* використовували метод бактеріоскопії. Ступінь бактеріального обсіювання визначали за кількістю бактерій у полі зору: 0 — бактерії в біоптаті відсутні; I — легкий ступінь (до 20 бактерій у полі зору); II — помірний ступінь (до 50 бактерій в полі зору); III — тяжкий ступінь (>50 бактерій у полі зору). Для визначення активності *H. pylori* біоптати після виконання мазків поміщали в пробірку з 0,5 мл середовища Закса. Висновок про наявність уреазу і ступінь бактеріального обсіювання робили за швидкістю зміни кольору середовища з жовтого на малиновий: через 1–3 год — виражений ступінь, 4–6 год — помірний ступінь, 12–24 год — легкий ступінь, відсутність зміни кольору середовища розцінювали як відсутність *H. pylori* у препараті.

Результати та їх обговорення

Клініка ГВШ характеризувалася больовим, геморагічним, диспептичним і змішаним синдромами (табл. 2). Найчастішою скаргою був біль нелокалізований, ниючо-

го характеру в епігастральній ділянці, який був у 95% хворих. Хвороба не носила сезонного характеру у більшості пацієнтів.

Як видно з **табл. 2**, виразкоподібний больовий варіант ГВШ спостерігався у 44% випадків. У зв'язку з вираженим боєм 68% хворих скаржилися на прогресуючу втрату маси тіла. Біль супроводжувався печією, блюванням.

Змішаний варіант перебігу хвороби (больовий і кровотеча) виявлено у 39% випадків.

Геморагічний синдром у 13% хворих був першим проявом виразки шлунка. В усіх пацієнтів він виявлявся у похилому віці на фоні гіпертонічної хвороби і загальноного атеросклерозу.

У 1% випадків перебіг ГВШ проходив без ознак і клінічних симптомів пошкодження гастродуоденальної зони. Ускладнення ГВШ відзначили у 100% хворих. Це свідчить про те, що майже в усіх пацієнтів перебіг ГВШ відбувався важко, призводячи до серйозних ускладнень. Найчастішим ускладненням була пенетрація виразки — у 72% хворих. У більшості (57) хворих виразка пенетрувала в підшлункову залозу і малий сальник, у 3 хворих — у печінку, в 7 — у брижу товстої кишки.

Кровотечею виразка шлунка ускладнилась у 45% хворих. У більшості пацієнтів кровотечею ускладнювалися виразки середньої третини тіла і кута шлунка. Це були хронічні кальозні виразки достатньо великих розмірів із тривалим анамнезом. Відзначимо, що виразки шлунка I типу рідко приводять до розвитку стенозу ворота, але частіше кровоточать (див. **табл. 2**).

Виразки шлунка III типу частіше супроводжуються пілоростенозом, їхня клінічна картина нагадує виразку ДПК.

На сучасному етапі розвитку медичної науки досі дискутується питання щодо лікувальної тактики при ГВ. Часто їхній патогенетичний механізм ототожнюється з розвитком «звичайної» виразки шлунка і пропонують аналогічний підхід при виборі методу і тактики лікування.

Враховуючи власні дослідження, вважаємо, що на відміну від категорії хворих із «звичайною» виразкою шлунка до пацієнтів із цією патологією необхідно застосовувати більш активну тактику.

Обговорюючи принципи оперативного лікування шлункових виразок різного типу, слід відзначити, що протягом останніх 50 років резекція шлунка в різних її модифікаціях знайшла чільне місце як метод вибору операції.

Основним недоліком резекційних методик є порівняно високий і стабільний рівень післяопераційної летальності (2–5%) та післяопераційної розлади функціонального та органного характеру, що суттєво погіршують результати лікування, у 20–30% прооперованих хворих (Бачев І.І., 1985; Короткий В.М. та співавт., 2001). Застосування органозберігаючих оперативних втручань, ефективність яких доведена при лікуванні дуоденальних виразок, не виправдане у зв'язку з тим, що при шлункових виразках переважають морфоструктурні запальні, диспластичні

зміни у стінці шлунка. Зазначені чинники свідчать на користь резекції шлунка при гастральних виразках.

На наш погляд, навіть вперше виявлена виразка шлунка, що супроводжується різного характеру морфоструктурними змінами в епітелії слизової оболонки, підлягає оперативному лікуванню, що й визначає активну хірургічну тактику відносно шлункових виразок.

Нами вивчена залежність диспластичних змін у стінці шлунка від характеру ускладнень ГВШ (**табл. 3**). Як бачимо, найчастіше ускладнення виразки шлунка — пенетрація, що у 72,5% випадків супроводжувалася помірною і тяжкою дисплазією. Це визначає активну хірургічну тактику при цьому ускладненні.

При кровотечі дисплазія була відсутня у 55%, помірна наявна — у 45%, в жодному випадку не було тяжкої дисплазії. Але коли до кровотечі приєднується пенетрація, то помірна і тяжка дисплазія становлять 78%.

Рецидив виразки після вшивання проривного отвору у всіх 3 випадках супроводжувався помірною дисплазією. Це потребує ретельного ендоскопічного контролю за слизовою оболонкою із гістологічним дослідженням не рідше 1 разу на рік.

При пенетрації та кровотечі дисплазія відсутня у 22%, помірна і тяжка наявна у 78%.

При пенетрації та стенозі дисплазія відсутня у 25%, у решти 75% — наявна помірна і тяжка дисплазія.

У 8 хворих було 3 ускладнення: пенетрація, кровотеча і стеноз. З них у 38% відсутня дисплазія, у решти 62% — наявна помірна і тяжка.

Отже, найчастіше ускладнення хронічної виразки шлунка — пенетрація — супроводжується в більшості випадків значними

морфоструктурними змінами слизової оболонки у вигляді помірної й тяжкої дисплазії.

Вибір методу та обсягу хірургічного лікування ГВШ в основному залежить від правильного та чіткого трактування локалізації виразкового дефекту, характеру ускладнень, варіантів клінічного перебігу, морфоструктурних змін слизової оболонки, змін у стінці шлунка навколо виразки і у віддаленій зоні.

Сучасні тенденції в хірургічній гастроентерології в останні 5 років носять органозберігаючий характер, тобто застосовуються операції, що дозволяють зберегти орган та його функцію.

Активна хірургічна тактика при ГВШ базується на тому, що у 68 хворих із 93 прооперованих були наявні морфоструктурні диспластичні зміни у стінці шлунка (**табл. 4**).

При шлункових виразках I типу найчастіше відзначається помірно виражена дисплазія — у 51% хворих, диспластичні зміни були відсутні у 31%, тяжка дисплазія спостерігалася у 18%.

Шлункові виразки II типу супроводжуються майже аналогічними морфоструктурними змінами. У 22% хворих відзначали відсутність дисплазії, у 56% — помірно виражену дисплазію, у 22% — тяжку.

Це дозволяє при перших двох типах шлункових виразок широко використовувати органозберігаючі методики.

Шлункові виразки III типу супроводжуються тяжкими диспластичними змінами у 61%, помірно вираженою дисплазією — у 22%, відсутня дисплазія у 17% пацієнтів. Ці дані свідчать про те, що цей тип шлункових виразок особливо небезпечний щодо малігнізації. Тому при цій патології необхідно виконувати резекції за онкологічними принципами, використовуючи арефлюксні методики.

Таблиця 2 Частота виявлення клінічних синдромів при виразковій хворобі шлунка різних типів за Джонсоном

Клінічний синдром	Тип			Усього
	I	II	III	
Виразкоподібний, або больовий	31	4	6	41
Змішаний (виразкоподібний і геморагічний)	20	6	10	36
Геморагічний	6	4	2	12
Диспептичний	1	1	1	3
Латентний	1	—	—	1
Усього	59	15	19	93

Таблиця 3 Вираженість дисплазії залежно від характеру ускладнень виразкової хвороби

Характер ускладнень	Дисплазія		
	відсутня	помірно виражена	тяжка
Пенетрація	11	13	16
Пенетрація та кровотеча	5	13	5
Пенетрація та стеноз	2	4	2
Пенетрація, кровотеча і стеноз	2	5	1
Кровотеча	6	5	—
Рецидив виразки після вшивання проривного отвору	—	3	—
Усього	26	43	24

Таблиця 4 Характер диспластичних змін залежно від типу шлункових виразок

Тип шлункових виразок	Дисплазія			Усього
	відсутня	помірно виражена	тяжка	
I	19	31	11	61
II	2	5	2	9
III	4	5	14	23
Усього	25	41	27	93

Підхід до вибору обсягу та методики оперативного втручання мав індивідуальний характер з урахуванням органозберігаючого напрямку та морфологічного субстрату (табл. 5). Як бачимо, у 19 (76%) із 25 хворих із ГВШ, в яких була відсутня дисплазія, виконано пілорусзберігаючу резекцію за Макі — Шалімовим.

Нами розроблений алгоритм лікувальної тактики при шлункових виразках III типу. Згідно з ним при будь-якому типі дисплазії виконували операції із застосуванням резекційних методів (табл. 6).

Коли препілорична виразка супроводжувалася помірно чи тяжкою дисплазією з відсутністю чи наявністю хронічного порушення дуоденальної прохідності (ХПДП) I–II стадії, виконували резекцію шлунка за Більрот II та резекцію шлунка за Більрот II у нашій модифікації. Коли зазначені зміни слизової оболонки поєднувалися із ХПДП III стадії — виконували резекцію шлунка за Ру та резекцію шлунка за Більрот II у нашій модифікації (Мамчич В.І., Грузинський О.В., 2007).

Виявлено, що у 3 хворих зі шлунковими виразками III типу при відсутності дисплазії та навколовиразкової інфільтрації виконано класичну резекцію шлунка за Більрот I; у 3 хворих із помірно вираженою дисплазією в ділянці навколовиразкової інфільтрації виконано резекцію шлунка за Більрот II в нашій модифікації (Мамчич В.І., Грузинський О.В., 2007), і при відсутності навколо неї виразкової інфільтрації виконано резекцію за Більрот II. При тяжкій дисплазії у 8 хворих виконано резекцію шлунка за Більрот II у нашій модифікації, у 2 — резекції за Ру.

Особливістю запропонованої операції є максимальне збереження проксимальних відділів порожньої кишки, що зумовлює більш повноцінне всмоктування хімуса; нівелюються синдроми, пов'язані з Y-подібною петлею. Цей спосіб більш досконалий і простий у виконанні, не потребує виділення та формування Y-петлі, в післяопераційний період відсутній закид жовчі у шлунок.

При препілоричних ГВ III типу резекцію шлунка за Більрот II виконано у 15,8% хворих, при цьому у 1 (5,2%) з помірно вираженою дисплазією і у 2 (10,5%) — з тяжкою дисплазією. У 3 (16%) з відсутньою дисплазією виконано резекцію шлунка за Більрот I.

При виборі типу оперативного втручання за Більрот II віддавали перевагу методу за Гаккером — Бальфуром із низьким формуванням ентеро-ентероанастомозу, враховуючи не лише вираженість і поширеність дисплазії, але й наявність ХПДП і дуоденогастрального рефлюксу III ступеня при великих виразкових дефектах та інфільтратах.

Аналізуючи стан слизової оболонки кукси шлунка після різних типів операцій (табл. 7), слід зауважити, що після резекцій шлунка за Більрот II у 9 хворих спостерігалися запальні зміни, помірно виражена дисплазія — у 4, тяжка — у 1.

Після резекції шлунка за Більрот I запальні зміни були наявні у 5 хворих, помірно виражена дисплазія — у 1 хворого, тяжка дисплазія була відсутня.

При пілорусзберігаючих операціях запальні зміни відзначали у 8 хворих, явища дисплазії були відсутніми. При застосуванні резекції шлунка в запропонованій модифікації запальні зміни спостерігалися у 7 хворих, явища помірно дисплазії — у 1 хворого, явища тяжкої дисплазії були відсутніми.

Нами простежений взаємозв'язок між різними видами хірургічних втручань і ступенем бактеріального обсіювання. Після резекцій шлунка за Більрот II у модифікації Гофмейстера — Фінстерера, Гаккера — Бальфура, які сприяють розвитку післяопераційного рефлюкс-гастриту, і за Більрот I, внаслідок видалення ворота винаємає рефлюкс дуоденального вмісту в куксі шлунка. Бактеріальне обсіювання *H. pylori* виявлено відповідно: після резекції шлунка в модифікації за Гофмейстером — Фінстерером — у 86% хворих, Гаккером — Бальфуром — у 82%, резекції шлунка за Більрот I — у 50%. Водночас після пілорантрумзберігаючих операцій *H. pylori* виявлено у 10,5%, а після резекції шлунка за Більрот II у нашій модифікації — у 6,5%.

У табл. 8 наведена кореляційна залежність ступеня обсіювання *H. pylori* залежно від виду хірургічного втручання при виразці шлунка.

Отже, слід відзначити, що вибір обсягу і методу оперативного втручання при ускладнених ГВШ різних типів має базуватися на детальному цілеспрямованому морфологічному дослідженні виразкового дефекту, виразкової інфільтрації та віддаленої зони з визначенням прогностично несприятливої та сприятливої гістологічної картини в до- та інтраопераційний періоди.

Висновки

Вибір методу і обсягу оперативного втручання при різних типах і органічних ускладнених виразках шлунка має базуватися на детальному цілеспрямованому морфометричному дослідженні виразкового дефекту, виразкової інфільтрації та віддаленої зони з визначенням прогностично несприятливої та сприятливої гістологічної картини в до- та інтраопераційний період.

Враховуючи наявність помірно вираженої та вираженої форм дисплазії у хворих із ГВ III типу (82,6%), нами рекомендовано проводити резекційні методи при виборі лікування у всіх пацієнтів із ГВ III типу.

Таблиця 5

Характер оперативних втручань залежно від наявності і вираженості дисплазії

Тип резекції шлунка	Дисплазія			Усього
	відсутня	помірно виражена	тяжка	
Резекція шлунка за Більрот II	2	14	10	26
Резекція шлунка за Більрот I	3	8	3	14
Надпілорична резекція шлунка за Макі — Шалімовим	19	—	—	19
Резекція шлунка за Більрот II у нашій модифікації	1	18	12	31
Резекція шлунка за Ру	—	1	2	3
Усього	25	41	27	93

Таблиця 6

Характер оперативних втручань при шлункових виразках III типу

Тип резекції шлунка	Дисплазія відсутня	Помірно виражена дисплазія	Важка дисплазія
Резекція шлунка за Більрот I	3	—	—
Резекція шлунка за Більрот II	—	1	2
Резекція шлунка за Більрот II у нашій модифікації	—	3	8
Резекція шлунка за Ру	—	—	2
Усього	3	4	12

Таблиця 7

Морфологічна картина слизової оболонки кукси шлунка після резекції шлунка

Зміни слизової оболонки	Резекція шлунка за Більрот II			Пілорусзберігаючі резекції (n=19)
	за Більрот II (n=26)	за Більрот I (n=14)	у нашій модифікації (n=31)	
Відсутні зміни	12	8	23	11
Запальні зміни	9	5	7	8
Дисплазія	4	1	1	—
Помірно виражена	—	—	—	—
Тяжка	1	—	—	—

Таблиця 8

Ступінь бактеріального обсіювання залежно від типу операції

Бактеріальне обсіювання, ступінь	Резекція шлунка за Більрот II				Резекція шлунка за Більрот I				Пілорусзберігаючі резекції				Резекція шлунка за Більрот II у нашій модифікації			
	Гофмейстер — Фінстерер		Гаккер — Бальфур		Резекція шлунка за Більрот I		Пілорусзберігаючі резекції		Резекція шлунка за Більрот II у нашій модифікації		Резекція шлунка за Більрот II у нашій модифікації		Резекція шлунка за Більрот II у нашій модифікації			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
I	1	7,7	1	11,1	1	14,3	1	50,0	2	100	—	—	—	—		
II	4	30,8	2	22,2	2	28,6	1	50,0	—	—	—	—	—	—		
III	8	61,5	6	66,7	4	57,1	—	—	—	—	—	—	—	—		
Усього	13	100	9	100	7	100	2	100	2	100	2	100	2	100		

Література

- Авандилов Г.Г.** (1990) Медицинская морфометрия. Медицина, Москва, 384 с.
- Бачев И.И.** (1982) Гигантская язва желудка. Советская медицина, 6: 90–92.
- Бачев И.И.** (1985) Критерии доброкачественных изъязвлений желудка. Вест. хирургии им. И.И. Грекова, 11: 28–30.
- Бойко В.В.** (2001) Некоторые аспекты хирургической доктрины при язвенной болезни желудка. Клінічна хірургія, 6: 19–24.
- Вацян Е.Н., Черноусов А.Ф., Корчак А.М.** (1982) Язва кардиального отдела желудка. Медицина, Москва, 144 с.
- Диброва Ю.А., Полинкевич Б.С., Бурый А.Н. и др.** (2002) Состояние хирургии язвенной болезни желудка. Клінічна хірургія, 5–6: 9–10.
- Мамчич В.І., Грузинський О.В.** (2007) Патент на корисну модель № 23163 «Спосіб оперативного лікування виразкової хвороби гастродуоденальної зони».
- Короткий В.М., Колосович І.В., Фурманенко М.Ф. та ін.** (2001) Проблема вилікування ускладненої виразкової хвороби дванадцятипалої кишки і пілоричного відділу шлунка у віддаленому післяопераційному періоді. Шпитальна хірургія, 1: 54–57.

Выбор способа оперативного лечения больных с гигантской язвой желудка

В.И. Мамчич, А.В. Грузинский

Резюме. Проведен анализ результатов лечения 93 пациентов с гигантской язвой

желудка. При желудочных язвах I типа наиболее часто (у 51% больных) отмечается умеренно выраженная дисплазия. У 31% явления дисплазии отсутствовали, тяжелая дисплазия наблюдалась у 18%. Желудочные язвы II типа сопровождаются практически аналогичными морфоструктурными изменениями. Дисплазия отсутствовала у 22%, умеренно выраженная дисплазия отмечалась у 56%, тяжелая — у 22% больных. Полученные результаты позволяют при первых двух типах желудочных язв широко использовать органосохраняющие методики. Желудочные язвы III типа сопровождаются тяжелыми диспластическими изменениями у 61%, умеренно выраженной дисплазией — у 22%, отсутствовали признаки дисплазии у 17% пациентов. Это свидетельствует об особой опасности данного типа желудочных язв в плане малигнизации. Поэтому при данной патологии необходимо применять резекции по онкологическим принципам, используя арефлюксные методики.

Ключевые слова: гигантская язва, резекция, фиброгастродуоденоскопия, биопсия, дисплазия, резекция желудка.

Choice of operative treatment method in patients with giant gastric ulcer

V.I. Mamchich, A.V. Gruzinskij

Summary. Results of treatment of 93 patients with a giant gastric ulcer are analyzed. At I type of gastric ulcers most often meets moderate dysplasia — in 51% of patients. In 31% cases dysplastic changes were absent and high-grade dysplasia was observed only in 18%. II type of gastric ulcers is accompanied almost similar morphological and structural changes. Absence of dysplasia was observed in 22%, moderately expressed dysplasia — in 56%, high-grade dysplasia — in 22% of patients. It allows applying widely at first two types of gastric ulcers organ-saving methods. III type of gastric ulcers is accompanied by high-grade dysplastic changes in 61%, moderate dysplasia — in 22% and absence of dysplasia in 17% cases. This data indicates to extreme danger of such type of gastric ulcers in relation to malignization. Therefore at this pathology it is necessary to make resections according to oncological principles, with areflux method application.

Key words: giant ulcer, resection, fibrogastroduodenoscopy, biopsy, dysplasia, gastric resection.

Адреса для листування:

Грузинський Олександр Вікторович
09100, Київська обл., Біла Церква,
вул. Славина 34, кв. 172

Реферативна інформація

Бенфлуарекс, вероятно, обусловил смерть 2000 жителей Франции

В самом начале 2011 г. в Париже состоялась пресс-конференция с участием новоназначенного министра здравоохранения Франции Ксавье Бертрана (Xavier Bertrand), посвященная скандальной ситуации с препаратом Mediator. Данный препарат производится фирмой «Сервье» («Servier»), одной из крупнейших фармацевтических компаний Франции. Впервые он был разработан в 1976 г. и в течение следующих 30 лет Национальный фонд медицинского страхования Франции возмещал потребителям 65% стоимости препарата. Основным показанием Mediator изначально было повышение уровня липидов в крови. Впоследствии его стали назначать пациентам с сахарным диабетом 2-го типа для борьбы с избыточной массой тела. Вследствие чего Mediator входит в число 50 самых популярных медикаментов в стране. За последние 10 лет продано более 80 млн упаковок на сумму около 423 млн евро.

Действующим веществом препарата Mediator является бенфлуарекс, который отнесен, наряду с амфетаминами и кокаином, к группе стимуляторов в списке запрещенных препаратов, утвержденном в 2010 г. Всемирным антидопинговым кодексом. Оно может спровоцировать поражение сердечных клапанов, усталость, одышку и вызвать ряд других расстройств. Подлинность этой взаимосвязи доказала известная пульмонолог из Бретани (Brittany), Франция, Ирен Фрашон (Irene Frachon). Впоследствии Mediator был запрещен к продаже с апреля 2009 г.

Еще в 2005 г. Mediator был запрещен в соседних с Францией странах: Испании и Италии. Теперь французских чиновников от здравоохранения обвиняют в слишком медленном реагировании, что привело к дополнительной гибели большого количества людей.

Согласно отчету французских экспертов, жертвами этого препарата могут быть около 2 тыс. человек, а еще у 3,5 тыс. препарат способен спровоцировать ряд болезней. Год назад,

на момент запрета этого лекарственного средства, его принимали не менее 300 тыс. человек. В связи с этим К. Бертран предупредил население о смертельной угрозе, которую представляет собой это средство для уменьшения массы тела, и призвал всех, кто принимал Mediator, особенно в последние 4 года, немедленно обратиться к лечащему врачу для консультации. «Мы приложим максимальные усилия, чтобы дополнительно проинформировать каждого такого пациента индивидуально», — сообщил он и пообещал также полную реконструкцию правовых нормативов для медицинской отрасли.

К. Бертран также сообщил, что препарат следовало запретить еще 10 лет назад, когда стали появляться первые данные о его влиянии на сердечно-сосудистую систему. Остается непонятным, почему французские чиновники так медленно отреагировали. Разрешением этого вопроса займется специально созданная комиссия по расследованию.

На сегодняшний день «Сервье» является одной из самых крупных фармацевтических компаний Франции. Президент компании Жак Сервье активно финансирует многочисленные медицинские фонды и научно-исследовательские стипендии. Интересным является тот факт, что 25 лет назад Жак Сервье был одним из первых клиентов адвокатской практики Николая Саркози, который сегодня является Президентом Франции. А в 2009 г. Президент наградил Сервье Большим крестом Ордена почетного Легиона (Grand Cross of the Légion d'honneur).

В своем комментарии сложившейся ситуации Никола Саркози сообщил, что общественность заслуживает полной прозрачности в отношении всего, что связано с этой серьезной проблемой, и должна быть информирована обо всех деталях расследования.

Следует отметить, что препарат Mediator в Украине не зарегистрирован и не применяется.

По материалам www.bbc.com.uk
© Ankevanwyk/Dreamstime.com/Dreamstock.ru