

УДК: 616.33-002.44-08

Дзюбановський І. Я., Війтович Л. Є.

**Результати прогнозування при неускладненій виразковій хворобі шлунка**

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль, Україна, l.viut@i.ua

**Резюме Вступ.** Спостерігається збільшення кількості випадків ускладнень виразкової хвороби шлунка. Водночас виявлено, що ранній рак шлунка може існувати протягом багатьох років, періодично звизраковуватись і набувати ознак хронічної виразки.

**Метою** нашої роботи було розробити критерії прогнозування гострих ускладнень виразки шлунка та покращити діагностику передракових змін слизової оболонки шлунка.

**Матеріали та методи.** Всім пацієнтам проводилася езофагогастродуоденоскопія з експрес біопсією виразки і периульцерозної інфільтрації з наступним імуноморфологічними дослідженнями біоптатів, визначенням ступеня диспластичних процесів епітелію слизової оболонки шлунка.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Проаналізовано результати обстеження та лікування 185 пацієнтів з ускладненою та неускладненою виразковою хворобою шлунка. Показники обстежень 27 пацієнтів з гострими ускладненнями та 26 з виразкою-раком, були використані для розробки прогностичних критеріїв розвитку даних ускладнень.

Виділено групи сприятливого та несприятливого прогнозу перебігу неускладненої виразкової хвороби шлунка. Пацієнтам І групи проводилася противиразкова терапія до загоєння виразки з подальшим ендоскопічним контролем 1 раз на 2 роки. Пацієнтам ІІ групи було запропоноване оперативне лікування на випередження прогнозованих ускладнень.

Оперативне лікування проведене 23 пацієнтам із високим прогностичним ризиком гострих ускладнень та 14 - з передраковими змінами.

29 пацієнтів відмовились від запропонованого оперативного втручання. Прогнозовані ускладнення розвинулись у 79,3% пацієнтів.

**Висновки.** Розроблені прогностичні показники дозволяють покращити діагностику раннього раку шлунка та виявлення передракових змін слизової оболонки шлунка, спрогнозувати виникнення гострих ускладнень виразкової хвороби шлунка з імовірністю 79,3%. Органошадні оперативні втручання на випередження прогнозованих ускладнень дозволяють покращити стан слизової оболонки шлунка.

**Ключові слова:** гострі ускладнення виразки шлунка, передракові зміни, прогнозування.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.**

В останні десять років спостерігається поступове зростання захворюваності на виразкову хворобу в усіх країнах світу. Поряд із цим спостерігається збільшення і кількості випадків ускладнень цієї патології. Систематичне вивчення виразок шлунка дало можливість встановити, що малігнізуються вони не так часто (до 1%). Водночас було виявлено, що ранній рак шлунка може існувати протягом багатьох років, періодично звизраковуватись і набувати ознак хронічної виразки, що спонукає до ретельного дослідження біоптатів ділянки виразкового дефекту [2].

Важливість концепції передракового стану полягає в тому, що вона орієнтує практичних лікарів на ранню діагностику цих станів на початкових стадіях, коли лікування найефективніше і, навіть, можливе одужання пацієнтів. Відсутність чітких критеріїв діагностики у стадії обернених змін є однією з причин пізньої діагностики раку шлунка.

Ще одною проблемою є значне збільшення кількості невідкладних оперативних втручань при проривних, кровоточивих виразках, з високим рівнем післяопераційної летальності та ускладнень.

**Метою** нашої роботи було розробити критерії прогнозування гострих ускладнень виразки шлунка та покращити діагностику передракових змін слизової оболонки шлунка.

**Матеріали та методи**

Усім пацієнтам проводилася езофагогастродуоденоскопія з експрес біопсією виразки і периульцерозної інфільтрації, для верифікації діагнозу, визначення типу виразки з наступним імуно-

морфологічними дослідженнями біоптатів, визначенням ступеня диспластичних процесів епітелію слизової оболонки шлунка (СОШ). При морфометричних вимірах стінки шлунка враховували відносний об'єм покривних епітеліоцитів, діаметр ядер епітеліоцитів, ядерно-цитоплазматичні відношення, відносний об'єм пошкоджених епітеліоцитів (ВОПЕ), мітотичний і апоптичний індекси (МІ, АІ). При морфометрії дотримувалися правил і рекомендацій Г.Г. Автанділова. При проведенні дослідження користувалися класифікацією хронічних шлункових виразок за Джонсоном (1965). При оцінці стану локальних імунних реакцій вивчали активність функціонування плазматичних клітин-продуцентів імуноглобулінів (ІП Іg) А, М, G і E за допомогою методу імунофлюоресценції. Матеріал отримували, взявши біопсію слизової на відстані 10 мм від краю виразки. Відсоток апоптичних і некротичних клітин визначали методом проточної цитометрії [3]. Статистична обробка матеріалу проводилася з використанням пакету програм "Microsoft Excel" (Microsoft Office 2007).

**Результати досліджень та їх обговорення**

Проаналізовано результати обстеження та лікування 185 пацієнтів з ускладненою та неускладненою виразковою хворобою шлунка (ВХШ). Показники обстежень 27 пацієнтів з гострими ускладненнями (ГУВХШ) та 26 з виразкою-раком були використані для розробки прогностичних критеріїв розвитку даних ускладнень (табл. 1).

122 пацієнти з неускладненою виразковою хворобою шлунка були розподілені на 2 групи. До першої групи увійшло 50 пацієнтів, у яких консервативна терапія була ефективною та прогноз перебігу ВХШ вважався сприятливим. До другої групи увійшло 72 пацієнти, консервативне лікування у яких було неефективним [3] та за даними прогностичних критеріїв, спостерігався високий ризик розвитку ускладнень, тобто прогноз перебігу ВХШ вважався несприятливим. Пацієнтам І групи проводилася противиразкова терапія до загоєння виразки з подальшим ендоскопічним контролем 1 раз на 2 роки. Пацієнтам ІІ групи було запропоноване оперативне лікування на випередження прогнозованих ускладнень.

Оперативне лікування проведене 23 пацієнтам із високим прогностичним ризиком гострих ускладнень та 14 - з передраковими змінами (табл. 2). 6 пацієнтів із діагностованим раннім раком направлено в онкологічний диспансер для подальшого лікування.

29 пацієнтів відмовились від запропонованого оперативного втручання. Їм проводився ендоскопічний моніторинг 1 раз на 6 місяців. Протягом першого року спостереження прогнозовані ускладнення розвинулись у 9 па-

**Таблиця 1. Критерії індексу прогнозування**

Показник	Критерії сприятливого прогнозу	Критерії несприятливого прогнозу		Вірогідність несприятливого прогнозу, %
		ГУВХШ	Передракові зміни	
Вік	45-61	≤45	≥61	74,3
ІП Іg А	173-540	≥540	≤173	96,1
ІП Іg Е	0-15, 46-96	15-46	≥96	79,1
МІ, %	8-50	≤8	≥50	98,0
ВОПЕ, %	<5, 22-42	5-22	≥42	95,8
АІ, %	<5	5-8	>8	90,2
Дисплазія	відсутня	Легка, відсутня	Помірна важка	96,7
Helicobacter Pylori	-	+	+	94,2

**Таблиця 2. Об'єм проведеного оперативного втручання залежно від прогнозованого перебігу неускладнених виразок шлунка різних типів за Johnson**

	I тип	II тип	III тип	Всього
Сегментарна корпоральна резекція	19	7		26
Резекція за Більрот I	1	1	3	5
Резекція за Більрот II		1	3	4
резекція шлунка за Ру			4	4

цієнтів, протягом другого – у 14. Виходячи з цього підсумкова вірогідність проведеного прогнозування становила 79,3%.

При контрольному обстеженні пацієнтів через 1 та 2 роки після оперативного лікування спостерігалось покращення імуноморфологічних показників слизової оболонки шлунка, у неоперованих пацієнтів поглиблювались патологічні зміни (табл. 3), у 38% з них виникли прогнозовані ускладнення вже протягом першого року.

**Висновки**

1. Розроблені прогностичні показники дозволяють покращити діагностику раннього раку шлунка та виявлення передракових змін слизової оболонки шлунка, спрогнозувати виникнення гострих ускладнень виразкової хвороби шлунка з імовірністю 79,3%.

2. Органошадні оперативні втручання на випередження прогнозованих ускладнень дозволяють покращити стан слизової оболонки шлунка.

**Література**

1. Лупальцев В. І. Хірургічне лікування гастродуоденальних виразок відповідно до принципів сучасної проти рецидивної терапії з попередженням післяопераційних ускладнень // В. І. Лупальцев, Ю. В. Артемов // Клін. хірургія. – 2011. – №3. – С.9-12.
2. Скринінг передракових змін і раку шлунка. Метод. реком. МОЗ України. Український Центр наукової медичної інформації і патентно- ліцензійної роботи. 22.09.2009 року.
3. Apoptosis of neutrophils / N. A. Maianski, A. N. Maianski, T. W. Kuijpers, D. Roos // Acta Haematol. – 2004. – Vol. 111, № 1-2. – P. 56-66.

*Дзюбановский И. Я., Вийтович Л. Е.*

**Результаты прогнозирования при неосложненной язвенной болезни желудка**

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет им. И. Я. Горбачевского МЗ Украины», г. Тернополь, Украина, l.viyt@i.ua

**Резюме Введение.** Наблюдается увеличение количества случаев осложненной язвенной болезни желудка. В то же время установлено, что ранний рак желудка может существовать в течение многих лет, периодически изъязвляться и приобретать признаки хронической язвы.

Целью нашей работы было разработать критерии прогнозирования острых осложнений язвы желудка и улучшить диагностику предраковых изменений слизистой оболочки желудка.

**Материалы и методы.** Всем пациентам проводилась эзофагогастродуоденоскопия с экспресс биопсией язвы и перилульцерозной инфильтрации с последующим иммуноморфологическим исследованием биоптатов, определением степени диспластических процессов эпителия слизистой оболочки желудка.

**Результаты исследований и их обсуждение.** Проанализированы результаты обследования и лечения 185 пациентов с осложненной и неосложненной язвенной болезнью желудка. Показатели обследований 27 пациентов с острыми осложнениями и 26 с язвой-раком, были использованы для разработки прогностических критериев развития данных осложнений. Выделены группы благоприятного и неблагоприятного прогноза течения неосложненной язвенной болезни желудка. Пациентам первой группы проводилась противоязвенная терапия до заживления язвы с последующим эндоскопическим контролем 1 раз в 2 года. Пациентам II группы было предложено оперативное лечение на опережение прогнозируемых осложнений.

**Таблиця 3. Стан слизової оболонки шлунка до лікування та у віддаленому періоді**

	ПП Ig A	ПП Ig E	Мітогенний індекс, %	Відносний об'єм пошкоджених епітеліоцитів, %	Апоптотичний індекс, %	Дисплазія	Індекс прогнозування, %
<b>До оперативного лікування</b>							
Ризик ГУВХШ, n=43	563,1	44,2	7,4	7,3	6,2	Легка, помірна	96,5
Передраковий стан, n=29	158,3	102,4	62,3	48,3	9,4	Помірна, важка	97,3
<b>Оперовані пацієнти через 12 місяців</b>							
СКР при ризику ГУВХ, n=23	296,1	55,5	16,6	23,2	4,8	Легка, помірна	-
СКР при передраковом у стані, n=14	237,3	53,2	20,6	23,8	4,3	Легка, помірна	-
<b>Не оперовані пацієнти через 12 місяців</b>							
При ризику ГУВХШ, n=18	621,6	36,2	6,2	12,1	7,4	помірна	97,1
При передраковом у стані, n=11	103,6	118,3	74,3	56,8	12,7	важка	98,4

Оперативное лечение проведено 23 пациентам с высоким прогностическим риском острых осложнений и 14 - с предраковыми изменениями.

29 пациентов отказались от предложенного оперативного вмешательства. Прогнозируемые осложнения развились в 79,3% пациентов.

**Выводы.** Разработаны прогностические показатели позволяют улучшить диагностику раннего рака желудка и выявления предраковых изменений слизистой оболочки желудка, спрогнозировать возникновение острых осложнений язвенной болезни желудка с вероятностью 79,3%. Органошадящие оперативные вмешательства на опережение прогнозируемых осложнений позволяют улучшить состояние слизистой оболочки желудка.

**Ключевые слова:** острые осложнения язвы желудка, предраковые изменения, прогнозирование.

*I.Ya. Dzubanovskiy, L.Ye. Viytovych*

**Results of Forecasting in Uncomplicated Gastric Ulcer**

I.Ya. Horbachevsky Ternopil State Medical University, Ternopil, Ukraine, E-mail: l.viyt@i.ua

**Abstract.** The number of cases of complications of peptic ulcer disease is increasing. At the same time, it was found that early gastric cancer may exist for many years, periodically ulcerate and manifest itself as chronic ulcer.

**The objective** of the research was to develop the criteria for predicting complications of acute gastric ulcer as well as to improve the diagnosis of precancerous changes in the gastric mucosa.

**Materials and methods.** All patients underwent esophagogastroduodenoscopy, express biopsy of the ulcer and perilucerous infiltration with subsequent immunomorphological examination of biopsy specimens as well as determination of the degree of dysplastic processes of the gastric mucosal epithelium.

**Results and discussion.** The results of examination and treatment of 185 patients with complicated and uncomplicated peptic ulcer were analyzed. The results of examining 27 patients with acute complications and 26 patients with ulcerated cancer were used to develop prognostic criteria for the development of these complications. Groups of favorable and unfavorable prognosis of uncomplicated gastric ulcer were formed. Patients of Group I underwent anti-ulcer therapy until ulcer healing with subsequent endoscopic control once every 2 years. Patients of

Group II were offered surgical treatment. Surgical treatment was performed in 23 patients at high predictive risk of acute complications and 14 patients with precancerous changes. 29 patients refused the proposed surgical intervention. Predictable complications developed in 79.3% of patients.

**Conclusions.** The developed forecasting indicators help improve early diagnosis of gastric cancer, detect precancerous changes of the gastric mucosa, as well as predict the occurrence of acute complications

of ulcerous disease with a probability of 79.3%. Proactive approach when performing organ-saving surgery allows improving the state of the gastric mucosa.

**Keywords:** acute complications of stomach ulcer; precancerous changes; forecasting.

Надійшла 24.06.2016 року.

УДК: 616.147.3-007.64-089.819:615.849.19

Дзюбановський І. Я., Продан А. М.

### Клініко-морфологічні особливості ендovenозної коагуляції варикозної хвороби вен нижніх кінцівок, асоційованої з недиференційованою дисплазією сполучної тканини

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України». Навчально-науковий інститут післядипломної освіти, кафедра хірургії. Україна, м.Тернопіль. prodan7@yandex.ru

**Резюме:** з метою оцінки клініко-морфологічних змін підшкірних вен при варикозній хворобі нижніх кінцівок у хворих з проявами дисплазії сполучної тканини за умов дії лазерного випромінювання ендovenозної лазерної коагуляції проведено обстеження 93 пацієнтів, з яких у 30 виявлено характерні прояви дисплазії. Шляхом клінічного та морфологічного дослідження виявлені гістологічні зміни підшкірних вен після ЕВЛК у групі хворих з проявами недиференційованої дисплазії сполучної тканини підтверджують патогенетичне значення порушення структурної побудови сполучнотканинного каркасу судин і, як наслідок, надмірний вплив лазерного випромінювання потужністю 12,5-15 Вт. Відзначено формуванням глибоких дистрофічно-некротичних змін стінки вени з поширенням на середні та зовнішні шари вени. Клінічно це проявляється формуванням щільного тяжу по ходу облітерованої вени з інфільтрацією м'яких тканин навколо, що виявлялося у пацієнтів протягом не менше одного тижня. Крім цього, у цих пацієнтів відзначався стійкий больовий синдром протягом перших 3-8 днів після операції, який потребував застосування знеболюючих середників. У подальшому дискомфорт в проекції тяжу спостерігався до 3 місяців після ЕВЛК.

**Ключові слова:** варикозна хвороба, недиференційована дисплазія сполучної тканини, ендovenозна лазерна коагуляція, морфологія.

#### Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

У хірургічному лікуванні варикозної хвороби вен нижніх кінцівок все частіше застосовуються сучасні мініінвазивні методи – ендovenозна лазерна облітерація, радіочастотна абляція [1, 3]. Ефективність цих методик наближається практично до 100% [2]. Хорошим у відношенні поєднання ефективності та мінімальної інвазивності є ендovenозна лазерна коагуляція (ЕВЛК), суть якої полягає у термічному ушкодженні стінки вени лазерним випромінюванням, що призводить до її облітерації та ліквідації кровотоку [5, 7, 8]. Безпека лазерної коагуляції безпосередньо залежить від мінімального поглинання енергії лазерного випромінювання навколишніми тканинами та шкірою [9, 10]. Використання імпульсного режиму випромінювання, достатня перивазальна тунелізація розчином Кляйна, а також рівномірне, безперервне, проведення світловоду просвітом вени дозволяє уникнути таких ускладнень. Проте, за нашими спостереженнями, у частини хворих на варикозну хворобу, у яких відзначені прояви дисплазії сполучної тканини після виконання ЕВЛК у стандартних режимах виникало значне ущільнення по ходу облітерованої вени з тривалим больовим синдромом. Зазначений нез'ясований морфологічний аспект проблеми впливу ЕВЛК на стінку вени та навколишні тканини нижньої кінцівки у даної групи пацієнтів стало основою для вибору даного дослідження.

**Мета дослідження:** Оцінити клініко-морфологічні змі-

ни підшкірних вен при варикозній хворобі нижніх кінцівок у хворих з проявами дисплазії сполучної тканини за умов дії лазерного випромінювання ЕВЛК.

#### Матеріали та методи

Обстежено 93 пацієнтів на варикозну хворобу вен нижніх кінцівок (ВХВНК), які були госпіталізовані в хірургічний відділ міської лікарні №2 протягом 2013-2016 рр. Усім госпіталізованим хворим доопераційно визначено ознаки недиференційованої дисплазії сполучної тканини шляхом встановлення сироваткового рівня оксипроліну, клініко-фенотипічних ознак дисплазії. Ці зміни виявлено у 30 (32,3%) осіб. Після проведення операційного лікування – ендovenозної лазерної коагуляції, що застосовувалася у всіх обстежуваних пацієнтів, проводився інтраопераційний забір макропрепарату підшкірних вен. Зразки тканини зневоднювали в спиртах і ущільнювали парафіном. Депарафінізовані зрізи забарвлювали гематоксиліном і еозинном, фукселіном Харта [4]. Для фотодокументації зображення з гістологічних препаратів виводили на монітор комп'ютера за допомогою мікроскопа Delta Optical та цифрової відеокамери (Digital Camera CMOS) за допомогою програмного забезпечення TopView при різних збільшеннях. Гістологічні зміни, що відповідають дисплазії сполучної тканини різного ступеня, були підтверджені у всіх 30 хворих. Відповідно до клініко-фенотипічних змін пацієнти були розділені на дві клінічні групи: перша - хворі без ознак дисплазії сполучної тканини – 63 (67,7%) та друга – 30 (32,3%) з ознаками дисплазії сполучної тканини. Вікову структуру склали пацієнти від 22 до 72 років, середній вік осіб першої групи склав 44,36±5,59 роки, а другої – 45,97±8,39 роки. Втручання проводили за протоколом запропонованим Л.М. Чернухою і співавт. (2008 р.) кросектомія великої і/або малої поверхневих вен, хірургічна обробка комунікантних вен з міні доступів, введення в просвіт вени світловода, інфільтрації підшкірної клітковини розчином Кляйна, ендovenазальна лазерна коагуляція поверхневих вен [6]. Лазерний світловод вводили у просвіт вени з міні розривів антероградно або ретроградно до протилежного відкритого кінця вени. У разі відсутності можливості проведення катетера по всій вені, катетер зі світловодом вводили послідовно з кількох доступів. Проведення ЕВЛК виконувалося під загальним знеболення чи спинномозковою анестезією. Під час операції УЗ-контроль використовували для проведення світловоду та інфільтрації фасціального простору навколо стовбура вени розчином Кляйна. При адекватній інфільтрації навколосудинного простору спостерігали зменшення діаметру вени на 60-80%, що вважали сприятливим фактором для її надійної лазерної облітерації. Лазерна облітерація проводилася у безперервному режимі. Потужність лазерного випромінювання становила від 12,5 до 15 Вт. Протяжність сегментів вен, що були облітеровані методом ЕВЛК, складала від 40 до 85 см.

#### Результати дослідження та їх обговорення

Рання мобілізація (на першу добу післяопераційного періоду) проводилася у всіх оперованих пацієнтів. Вираженість