

**ИЗМЕНЕНИЯ MORFOCTPAKTYPЫ CЛИЗИСТОЙ
OБOЛOЧКИ ЖЕЛУДКА НА ФOHE
XЕЛИКОБАКТЕРИOЗА И КЛИНИЧЕСКОЙ
CИМПТОМАТИКИ У БОЛЬНЫХ С
MHOЖECTBЕHHЫМИ ХРОНИЧЕСКИМИ
ЯЗВАМИ ЖЕЛУДКА И
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

С.В. Сушков

Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины

Вступление

В последнее время исследователи все больше внимания уделяют изучению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, являющейся одной из важнейших проблем практического здравоохранения [1, 3].

Множественные хронические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (МХЯЖД) диагностируются у 4,6 - 25 % больных язвенной болезнью [2, 4, 5]. В 26,5 - 42,3 % случаев при МХЯЖД наблюдается осложненное течение заболевания, что требует хирургического лечения [3, 5, 7, 8].

Одной из причин развития язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки является инфекция *Helicobacter pylori* [10]. Возникновение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки почти в 100%, а язвенной болезни желудка в 70% и более связывают с наличием *Helicobacter pylori*. [8,9].

Связь работы с научными планами, программами, темами. Исследование проводилось согласно плану научно-исследовательских работ Института общей и неотложной хирургии АМН Украины и тем: ВН.1.03 "Розробка комбінованих методів гемостазу у хворих з гострими шлунково-кишковими кровотечами підвищеного операційного ризику" (№ держреєстрації 0103U003185); ВН.3.06 "Розробити методи діагностики та рентгенендоваскулярного лікування абдомінальних кровотеч різної етіології" (№ держреєстрації 0106U001449).

Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології

Цель изучить изменения морфоструктуры слизистой оболочки желудка на фоне хеликобактериоза и клинической симптоматики у больных с множественными хроническими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки.

Полученные результаты и их обсуждение

Морфологические и морфометрические исследования множественных хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки (МХЯЖД), проведенные нами выявили существенные морфологические отличия последних от одиночных гастродуоденальных язв, проявляющихся малой протяженностью зоны эпителизации, на фоне выраженного развития рубцовой ткани и зоны грануляций. Сравнительный анализ кислотообразующей функции желудка (КОФЖ) и степени хеликобактерного обсеменения (НР) показал, что более низкая степень НР обсеменения чаще наблюдается при гипер- и нормацидном состоянии. Гипоацидное состояние и выраженная степень хеликобактериоза, чаще встречается у больных с атрофическими изменениями слизистой оболочки желудка.

Изучение биопсийного материала, взятого интраоперационно и при гастробиопсии из стенок язвенного субстрата, показало наличие НР у 96,7 % больных МХЯЖД. В антральном отделе желудка НР обнаружены в 62,4 % случаев. Существует прямая корреляционная связь между выявляемостью НР и антрумгастритом. Так, при активности воспалительного процесса первой степени НР обнаруживался у 31 (20,6 %) больного, при второй степени - у 91 (60,7 %) и при третьей - у 28 (18,7 %) больных. У 28 (18,7 %) больных был выявлен атрофический гастрит с выраженной воспалительной гиперплазией лимфоидных фолликулов, у 15 (53,6 %) из них, язвенный процесс развивался на фоне эрозивного антрального гастрита в виде множества плоскостных дефектов слизистой оболочки; у 13 (86,7 %) из этих 15 больных была выраженная степень НР обсеменения (+++). При гистоморфологическом изучении удаленных препаратов желудка у 3 (2,1 %) была диагностирована малигнизация хронической язвы.

Анамнестические данные клинического течения МХЯЖД свидетельствуют о рецидивирующем течении этой формы яз-

Екологічні проблеми експериментальної та клінічної медицини

венной болезни и наличии либо развитии осложнений (кровотечение, пенетрация, перфорация, стеноз).

При выборе способа оперативного лечения у больных МХЯЖД ведущим является состояние желудочной секреции, локализация язв и стадия язвенного процесса. Параллельные исследования уровня желудочной секреции (рН-метрия) подтвердили взаимосвязь кислотопродукции и степени хеликобактериоза желудка. Установлено, что с увеличением степени НР обсеменения слизистой оболочки желудка снижается показатель рН, с 1,83 до $1,21 \pm 0,2$. В области антрального отдела эти различия более выражены: при отсутствии НР (-) - $4,90 \pm 0,5$; при низкой степени НР обсеменения (+) - $3,35 \pm 0,4$; при умеренной степени НР обсеменения (++) - $2,32 \pm 0,4$; при выраженной степени НР обсеменения (+++) - $1,71 \pm 0,3$.

В результате проведенных исследований гиперацидное состояние выявлено у 76 (50 %) обследованных больных, нормацидное - у 41 (27 %) и гипоацидное состояние - у 35 (23 %) больных. Изучение степени хеликобактериоза слизистых оболочек желудка и двенадцатиперстной кишки с помощью уреазного теста до операции позволило установить отсутствие НР обсеменения (-) в слизистой оболочке антрального отдела желудка у 35 (23 %) больных, низкую (+) степень НР обсеменения у 13 (8,6 %), умеренную (++) степень обсеменения - у 49 (32,2 %) и выраженную (+++) степень НР обсеменения у 55 (36,2 %) больных. Отсутствие (-) НР обсеменения слизистой двенадцатиперстной кишки выявлено у 80 (52,6 %) больных, низкая степень (+) НР обсеменения слизистой двенадцатиперстной кишки - у 16 (10,5 %), умеренная степень (++) НР обсеменения слизистой двенадцатиперстной кишки - у 38 (25 %) и выраженная степень (+++) НР обсеменения слизистой двенадцатиперстной кишки - у 18 (11,8 %) больных. Таким образом, по данным уреазного теста, в дооперационном периоде у больных МХЯЖД частота хеликобактериоза слизистой оболочки желудка составила 76,9 %, а слизистой двенадцатиперстной кишки - 47,4 %.

Сравнительный анализ степени хеликобактерного обсеменения, по результатам исследования биопсийного материала, позволил выявить наличие прямой пропорциональной зависи-

мости между уровнем базальной кислотопродукции и степени НР обсеменения. Оценка характера морфологических изменений слизистой оболочки проводилась с использованием критериев Сигала: наличие нормальной слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, без исчезновения желез; поверхностный гастрит - крупноклеточная инфильтрация без исчезновения желез; атрофический гастрит - исчезновение желез; эрозивный гастрит. Оценка КОФЖ проводилась по данным рН-метрии. При этом за норму принимались величины рН в пределах 1,7 - 2,9, по методике Кау (1953), с использованием стимуляции гистамином, из расчета 0,024 мг/кг массы тела.

Наши исследования особенностей клинических проявлений МХЯЖД указывают на их выраженную полиморфность. Так, боли не носят закономерный характер. Наряду с болями, возникающими вскоре или через 1 час после приема пищи, наблюдались поздние, голодные и ночные боли. Отмечено, что не всегда наличие язвы в луковице двенадцатиперстной кишки обуславливает выраженность клинической симптоматики, которая, обычно, больше зависит от тяжести локального воспалительного процесса. Наши данные указывают, что при МХЯЖД часто отсутствует классический ритм болей. Интересным является и тот факт, что у 7,6 % больных МХЯЖД болевой синдром отсутствует вовсе.

Клиническая картина МХЯЖД характеризуется более частыми и тяжелыми обострениями, а ранее проводимое лечение с каждым разом становится все менее эффективным. Каждое очередное обострение сопровождается усилением тяжести клинических проявлений заболевания, что, как правило, обусловлено появлением очередной, свежей, язвы. Образование новых язв обычно обуславливает непостоянство и изменчивость периодичности, ритмичности течения заболевания, его характер, интенсивность, локализацию и иррадиацию болей. Кислообразующая функция желудка снижается. У больных с вышеуказанными особенностями клинического течения заболевания, при ранее диагностированной одиночной язве, следует целенаправленно искать вторую язву другой локализации.

Анализ проведенных исследований показал, что частота и локализация язв находятся в тесной взаимосвязи с функцией

этих отделов. Так, в области малой кривизны желудка язвы выявляются у 24,6 % больных МХЯЖД, в антральном отделе - у 18,6 %, пилорическом - у 18 %, в зоне кольца привратника - у 12,6 %, в двенадцатиперстной кишке - у 13,2 % больных. Реже всего язвенные поражения выявляются в кардиальном (4 %) и субкардиальном отделах желудка (8 %).

Выводы

Целенаправленное изучение клинического течения МХЯЖД показало, что и сегодня изучение болевого синдрома является основным опорным пунктом в распознавании язвенной болезни. При этом следует отметить, что один болевой фактор не может признаваться надежным дифференциальным признаком для топической диагностики язв в гастродуоденальной зоне. Вместе с тем, сочетание ряда симптомов, в отдельных наблюдениях, позволяет с большой долей вероятности характеризовать локализацию язвенного процесса.

Литература

1. Балалыкин Д.А. Внедрение патогенетических принципов хирургического лечения язвенной болезни в отечественной хирургии в 20-30 годы XX века / Д.А. Балалыкин // Хирургия. - 2004. - № 10. - С. 73-78.
2. Голубчиков М.В. Статистичний огляд захворюваності населення України на хвороби органів травлення / М.В. Голубчиков // Сучасна гастроентерологія і гепатологія. - 2000. - № 1. - С. 17-20.
3. Никульшин С.С. Результаты применения пилоросохраняющей резекции желудка в хирургическом лечении сочетанных язв желудка и двенадцатиперстной кишки / С.С. Никульшин // Хирургия. - 1998. - № 2. - С. 14-16.
4. Современные методы лечения язвенной болезни / В.Ф. Саенко, В.В. Грубник, Ю.В. Грубник, С.Г. Четвериков. - Київ: Здоров'я, 2002. - 272 с.
5. Самохвалов А.В. Сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки / А.В. Самохвалов, Н.М. Кузин // Клин. медицина. - 1984. - Т. 62, № 5. - С. 14-21.
6. Усманов Н.У. Диагностика и лечение множественных и сочетанных гастродуоденальных язв / Н.У. Усманов,

М.К. Гарипов, А. Абдужаббаров // Вестн. хирургии им. Грекова. - 1986. - Т. 136, № 5. - С. 65-66.

7. Широков В.А. Сочетанные гастродуоденальные язвы: автореф. дис. канд. мед. наук: спец. 14.01.03 "хирургия" / В.А. Широков. - Иваново, 1972. - 23 с.

8. Ballesteros M.A. // Rev. Gastroenterol. Mex. - 2000. - Vol. 65, № 4. - P. 41-49.

9. Maconi G., Kurihara H., Taschieri A.M., Bianchi P.G. // J. Chemother. - 1999. - Vol. 11, № 6 - P. 581-590.

10. Qureshi W.A., Graham D.Y. // Clin. Cornerstone. - 1999. - Vol. 1, № 5. - P. 18-28.

Резюме

Сушков С.В. Изменения морфоструктуры слизистой оболочки желудка на фоне хеликобактериоза и клинической симптоматики у больных с множественными хроническими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки.

В работе приведены результаты морфологического и морфометрического исследования структуры слизистой оболочки желудка и изучения клинической картины у больных с множественными хроническими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне хеликобактериоза.

Ключевые слова: множественные хронические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, хеликобактериоз, морфологическая структура слизистой оболочки желудка.

Резюме

Сушков С.В. Зміни морфоструктури слизової оболонки шлунка на тлі хелікобактеріозу та клінічної симптоматики у хворих з множинними хронічними виразками шлунка та дванадцятипалої кишки.

В роботі наведено результати морфологічного і морфометричного дослідження структури слизової оболонки шлунка і вивчення клінічної картини у хворих з множинними хронічними виразками шлунка і дванадцятипалої кишки на тлі хелікобактеріозу.

Ключові слова: множинні хронічні язви шлунку і дванадцятипалої кишки, хелікобактеріоз, морфологічна структура слизової оболонки шлунку.

Summary

Sushkov S.V. Changes of morphostructure mucous membrane of stomach on a background helicobacter pylori infection and clinical symptoms at patients with plural chronic gastric ulcers and duodenum.

In work the results of morphological and morphometric researches are resulted of structure of mucous membrane of stomach and study of clinical picture at patients with plural chronic gastric ulcers and duodenum on a background helicobacter pylori infection.

Key words: plural chronic gastric ulcers and duodenum, helicobacter pylori infection, morphological structure of mucous membrane of stomach.

Рецензент: д. мед. н., проф. Ю. Г. Бурмак