

УДК 616[.33–002.2+.44:343–002]:614866

© В.В. Василюк, Л.Б. Юровська, В.М. Василюк, М.Є. Гаврилюк, *В.О. Капчак, Л.П. Боднар, Н.Г. Левчук, З.П. Мандзій

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
Комунальний заклад Тернопільсько обласно ради “Тернопільська університетська лікарня”

* Ужгородський національний університет

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПЕПТИЧНО ВИРАЗКИ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛО КИШКИ У ЛІКВІДАТОРІВ АВАРІ НА ЧАЕС

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПЕПТИЧНО ВИРАЗКИ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛО КИШКИ У ЛІКВІДАТОРІВ АВАРІ НА ЧАЕС – У 188 хворих із пептичною виразкою (ПВ) шлунка і ДПК, яка виникла на тлі ді малих доз іонізуючо радіації, клінічні прояви захворювання характеризуються переважанням стійкого астеновегетативного синдрому (97,1%) і моторно-евакуаторними порушеннями травного тракту. Морфологічні дослідження біоптатів слизово оболонки шлунка (СОШ) виявили атрофічний гастрит із кишковою метаплазією і вираженими ерозивними пошкодженнями (68,9 %). Морфологічні дослідження СО ДПК виявили в основній групі атрофічний дуоденіт (81,8 %), який супроводжувався ерозивними пошкодженнями (72,3 %), обсіменінням *Helicobacter pylori* (HP).

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВНАДЦЯТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧАЭС – У 188 больных с пептической язвой (ПЯ) желудка и ДПК, которая возникла на фоне действия малых доз ионизирующей радиации, клинические проявления заболевания характеризуются преобладанием стойкого астеновегетативного синдрома (97,1%) и моторно-эвакуаторными нарушениями пищеварительного тракта. Морфологические исследования биоптатов слизистой оболочки (СО) желудка обнаружили атрофический гастрит с кишечной метаплазией и выраженными эрозивными повреждениями (68,9 %). Морфологические исследования СО ДПК обнаружили атрофический дуоденит (81,3 %), который сопровождался эрозивными повреждениями (72,3 %) *Helicobacter pylori* (HP).

CHARACTERISTICS OF THE CLINICAL COURSE OF PEPTIC GASTRIC AND DUODENAL ULCER IN PATIENTS INFLUENCED BY LOW-DOSE IONIZING RADIATION – In 188 patients with peptic gastric and duodenal ulcer resulting from the influence of low-dose ionizing radiation, the clinical manifestations of the disease are characterized mainly by persistent asthenic syndrome (97,1%) and alterations of motor and evacuatory function of the gut. Morphological assessment of gastric mucosa of samples showed atrophic gastritis with intestinal metaplasia and marked erosive lesions. Morphological evaluation of duodenal mucosa revealed atrophic duodenitis (81,3%) associated with erosive lesions.

Ключові слова: пептична виразка шлунка та дванадцятипало кишки, іонізуюча радіація.

Ключевые слова: пептическая язва желудка и дванадцятипальной кишки, ионизирующая радиация.

Key words: peptic gastric and duodenal ulcer, ionizing radiation.

ВСТУП Патологія верхніх відділів органів травлення займає одне із провідних місць у структурі захворюваності та інвалідності і є однією з основних причин тимчасово непрацездатності, особливо у ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС [6, 5].

Найчастіше уражаються верхні відділи травного тракту від певних доз іонізуючого опромінення та зумовлено як транспортом радіонуклідів через цю систему, так і uszkodженням слизових оболонок при х пасажі. В основі сучасно теорії про патогенез пеп-

тично виразки шлунка (ПВШ) та пептично виразки дванадцятипало кишки (ПВ ДПК) є зниження чинників захисту і підвищення факторів агресії шлункового вмісту та вплив гелікобактерно інфекції [1, 3, 4]. Суттєву роль при цьому відводять впливу генетично зумовленій індивідуальній реактивності на патогенез і перебіг ПВШ та ПВ ДПК. Ускладнює цей процес персистенція в СОШ з *Helicobacter pylori*. Наведені чинники здатні вплинути на стан індивідуально реактивності організму, змінюючи поліморфізм захворювання [2, 3, 7, 8].

Метою дослідження було вивчити особливості перебігу ВХШ, ВХ ДПК у хворих – ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС, співставити результати дослідження з контрольною групою хворих, які не перебували в зоні аварії і на забруднених територіях; вивчити секреторно-кислотоутворювальну функцію шлунка; провести морфологічне і гістологічне дослідження біоптатів СОШ та СО ДПК на ступінь обсіменіння СОШ *Helicobacter pylori*.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Обстежено 218 хворих: з них основну групу склали 188 осіб, які зазнали впливу малих доз іонізуючого опромінення, 30 хворих (контрольна група), які не перебували на ЧАЕС і на забруднених територіях. Всі обстежені – чоловіки. Вік хворих від 40 до 65 років, середній вік – 52,25 років. Використано архівні історії стаціонарних хворих і амбулаторні карти пацієнтів міста та лікувальних закладів області. Верифікувати діагноз ПВШ та ПВ ДПК за допомогою загальноклінічних, лабораторних, інструментальних методів діагностики. Контрольні дослідження проводили в обласній лікарні.

У кожного хворого, за згодою та дотриманням правил безпеки, стандартними біопсійними щипцями прицільно було взято біоптати з фундального та антрального відділів шлунка і з цибулини ДПК на відстані 1-2 см від виразкового дефекту. Морфологічні дослідження біоптатів проводили згідно з стандартними вимогами до таких [8]. Дозу опромінення фіксували відповідно до запису в військовому квитку, а також у довідках. Вона не перевищувала 20 Гр. Спостереження проводили не раніше 3-х років від перебування у вогнищі ураження.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ В клінічній картині ПВШ і ПВ ДПК у пацієнтів, які контактували з малими дозами радіації в більшості спостережень (97,1%) на ранніх етапах захворювання переважав астеновегетативний синдром. Майже за 6 місяців до виникнення клінічних ознак ураження травного каналу хворі скаржились на загальну слабкість, зниження працездатності, безсоння або сонливість, пе-

ріодичне підвищення температури до субфебрильних цифр увечері, що тривало упродовж 1-2 тижнів. У 89,6 % відмічалась лабільність пульсу, артеріально-го тиску, поліарталгії та міалгії. 49,6 % хворих скаржились на різні порушення в статевій сфері. При подальшому обстеженні названі скарги наростали. Більовий синдром у 78,6 % носив тривалий монотонний характер і не мав чіткого зв'язку із споживанням їжі, анальгетики та спазмолітики не завжди купірували більовий синдром. Загострення захворювання тривало упродовж 2-3 місяців, але досягти повно клінічно і

морфологічно ремісії вдалось тільки у 62,3 % хворих.

Особливістю перебігу захворювання основної групи хворих було підвищення тону парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи, яке проявилось моторно-евакуаторними порушеннями травного тракту, одночасно виявились характерні ерозивні зміни СОШ, ДПК; схильність до затяжного перебігу захворювання.

Результати секреторної функції шлунка у обстежених хворих показано у табл. 1.

Таблиця 1. Показники секреції натще і базально у хворих на ПВШ та ДПК, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС

Показники шлункової секреції	Клінічні групи		P
	контрольна	основна	
Об'єм шлункового соку натще, мл	22,12 ± 3,46	35,13 ± 2,14	> 0,05
Загальна НСІ, м/моль/л	44,71 ± 4,53	43,57 ± 2,89	< 0,05
Коефіцієнт, кислота/луг	0,86 ± 0,09	1,13 ± 0,13	> 0,05
Об'єм базальної секреції, мл	71,34 ± 5,16	97,81 ± 4,36	> 0,05
Дебіт/година кислотної продукції, ммоль	5,48 ± 0,43	6,81 ± 0,59	> 0,05
Дебіт/година НСІ, м/моль/л	3,21 ± 0,43	3,91 ± 0,40	> 0,05
Дебіт/година зв'язаної НСІ, м/моль/л	1,28 ± 0,13	1,78 ± 0,12	> 0,05
Коефіцієнт, кислота/луг	1,83 ± 0,30	1,48 ± 0,16	> 0,05

У другій групі хворих (контроль) і в основній мало місце значне підвищення показників секреторної і кислотоутворювальної функцій шлунка як базально, так і стимульовано, фаз, зниження показників рН-метру.

У хворих основної групи об'єм шлункового вмісту, загальна кислотна продукція (43,57±2,89) і вільна соляна продукція були достовірно нижчими, ніж в контрольній групі. Об'єм шлункового вмісту у них склав (35,13±2,14) мл та (22,12±3,46) мл в контрольній групі, в базальну фазу секреції – (71,34±5,16), а у фазі стимульованої секреції відповідно (97,81±4,36) мл.

Загальна кислотність в основній групі хворих у фазу базальної і стимульованої секреції була достовірно нижче, ніж у контрольній групі. Аналогічну тенденцію відмічено і в показниках вільно хлористоводневої кислоти, яка в обидві фази секреції була достовірно нижча, ніж в контрольній групі (табл.1). Достовірних відмінностей в дебіт-годині хлористоводневої кислоти в основній і контрольній групах не було виявлено. При цьому відношення між показниками базальної кислотної продукції було в основній групі порівняно з контрольною вище, що свідчило про наявність у ліквідаторів гіперсекреції переважно між періодами травлення.

Визначення дебіт-години шлункової секреції і кислотності шлункового вмісту в різні функціональні фази дозволило встановити типи шлункової секреції. Нормальний тип секреції виявили у хворих контрольної групи (39 % проти 22 % основної).

Кількість хворих, у яких виявили збудливий та інертний типи секреції в двох групах суттєво різниці не виявлено. Так, збудливий тип секреції мали 8 % хворих основної групи, 10 % – контрольної; інертний тип секреції – 11 % і 10 % відповідно. Як в основній, так і в контрольній групах переважали хворі з гальмівним типом секреції (59 % і 41 % відповідно), при чому у ліквідаторів відсоток хворих на ПВШ і ПД ДПК з гальмівним типом був суттєво вищим.

Результати мікроскопічного дослідження СОШ та ДПК у хворих основної групи показали, що у них переважало помірне і виражене запалення із слабкою активністю і вираженою атрофією слизових оболонок. Кишкова метаплазія шлункових залоз спостерігалась у 58,1%, що розцінювалась як ознака атрофії. При цитологічному дослідженні відмічено інтенсивну лейкоцитарну інфільтрацію слизової, що призводило до наростання відносного об'єму власної пластини СОШ і до зменшення відносного об'єму залозистих елементів. Наявність лейкоцитів у власній пластинці слизової супроводжувалось набряком і діapedезними крововиливками, найбільш вираженими в шлункових валиках, на яких відмічались багаточисельні мікроерозії.

У табл. 2 наведено характеристику морфологічних змін слизових оболонок шлунка та дванадцятипалої кишки при пептичній виразці шлунка та дуоденалі.

Результати патоморфологічних досліджень показали провідну роль *H. pylori* в патології слизових оболонок травного тракту у осіб, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС.

У слизовій оболонці фундального та антрального відділів шлунка у хворих на ПВШ та ПД ДПК, які були ліквідаторами наслідків аварії на ЧАЕС, виявлено високий рівень інвазії *H. pylori* і ознаки вираженого активного запалення, більше ніж в нозологічній контрольній групі, а також виражені атрофічні зміни крипти і ворсинок ДПК. Бактерії *H. pylori* були виявлені також між паріетальними клітинами і власної пластинки слизової оболонки.

Отже, низький рівень базальної кислотної продукції у ліквідаторів аварії на ЧАЕС, хворих на ПВШ та ПД ДПК, спостерігається достовірно частіше порівняно з пацієнтами нозологічного контролю, що ймовірно зумовлено впливом іонізуючої радіації та високою час-

Таблиця 2. Характеристика морфологічних змін слизових оболонок шлунка та дванадцятипало кишки при петичній виразці шлунка та дуоденалі.

Патологія		Контрольна група (n-3)			Основна група (n-1)			
		ФВШ	АВШ	ДПК	ФВШ	АВШ	ДПК	
Інвазія <i>H.pylori</i>	інфіковані, %	87,3	100	0,0	98,0	100	4,3	
	ступінь, і	1,29	2,13	0,00	1,53	2,53*	2,00*	
Запалення	наявне, %	92,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
	вираженість, і	1,81	2,45	2,18	1,67	2,67	232	
	активне, %	74,3	100,0	100,0	90,7	100,0	100,0	
	активність, і	1,37	2,00	1,70	1,35	2,12	1,78	
Атрофія	наявна, %	0,0	41,1	7,0	9,8*	66,0	49,0*	
	вираженість, і	0,00	1,15	100,0	1,17*	1,31	1,23*	
Метаплазія кишкова	повна	%	0,0	12,9	–	0,0	2,0	–
		і	0,00	2,00	–	0,00	2,00	–
	неповна	%	0,0	6,8	–	9,7*	19,5	–
		і	0,00	1,0	–	1,0*	1,32*	–
Метаплазія шлункова	наявність, %	–	–	35,9	–	–	48,7	
	вираженість, і	–	–	1,2	–	–	1,42	
Дисплазія	наявність, %	0,0	13,2	0,0	9,8*	13,4	2,3*	
	вираженість, і	0,00	1,00	0,00	1,00*	1,12	1,00*	
Гіперплазія бруннерових залоз	наявність, %	–	–	62,3	–	–	71,0	
	вираженість, і	–	–	1,76	–	–	1,82	
Лімфатичні вузлики	наявність, %	32,1	59,8	6,9	17,8	45,2	26,3*	
	вираженість, і	0,9	1,32	–	1,23	1,45	1,23	

Примітки: і – середній ступінь вираженості ознак; ФВШ – фундальний відділ шлунка; АВШ- антральний відділ шлунка; * – різниця достовірна ($p < 0,05$) стосовно групи нозологічного контролю.

тоти інвазі *H.pylori* Цей контингент хворих знаходиться під постійним нашим наглядом через можливий ризик неоплазмозгенезу.

ВИСНОВКИ У хворих на пептичну виразку шлунка та ДПК, яка виникла на тлі ді малих доз радіації, клінічні прояви захворювання характеризуються переважанням астеновегетативного синдрому, який було виявлено у 97 % хворих, і є найбільш стійким. Морфологічні дослідження біоптатів слизово оболонки шлунка показали наявність кишково метаплазі з вираженими ерозивними пошкодженнями і свідчать про атрофічні процеси в слизовій шлунка. У хворих на пептичну виразку дванадцятипало кишки ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС відмічено більш низькі показники секреторно- і кислотоутворювально функції шлунка, високий рівень кислотоутворення в період базально секреті, наявність гіперсекреті в періоди між травленням. Переважає гальмівний тип секреті. Морфологічні дослідження біоптатів слизово оболонки дванадцятипало кишки виявили в основній групі атрофічний дуоденіт (81,3 %), який супроводжувався ерозивними ураженнями.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вдовиченко В.І., Демидова А.Л., Федченко Й.М. Макроліти в схемах антигелікобактерно терапі // Сучасна гастроентерологія. – 2009. – №4(48). – С. 8-12.
2. Дехтярева Л.В., Мороз Г.З. Порушення кислотопродукуючо функції шлунка у ліквідаторів аварії на ЧАЕС, хворих на пептичну виразку дванадцятипало кишки // Буковинський медичний вісник. – 2009. – №1. – С. 12-18.
3. Пасієшвілі Л.М., Бобро Л.Н. Дисрегуляторной синдром у больных язвенной болезнью, возникшей на фоне действия малих доз радиации // Гастроентерология. – Дніпропетровськ, 2000. – Вип. 30. – С. 127-132.
4. Скрипник И.Н., Дегтерева И.И. Соотношения факторов агрессии и защиты желудочного содержимого при язвенной болезни в процессе патогенетического лечения // Сучасна гастроентерологія. – 2005. – №6. – С. 22-28.
5. Терещенко В.П. Очерки экологической патологии. К.:Чернобольшинформ, 1999. – 272 с.
6. Філіппов Ю.О., Скірда І.Ю. Динаміка поширеності і захворюваності основними хворобами органів травлення в Україні за останні 10 років (1997-2007рр)// Гастроентерологія. – Дніпропетровськ, 2007. – Вип. 40. – С. 3-11.
7. Effect of ionizing radiation on gastric secretion and gastric motility in monkey / E.D. Dorvae, G.P. Vuller, R.R. Eng // Gastroenterology. – 1985. – Vol. 89, № 2; – P. 374-38.
8. Theory and Practice Histological Technigues/ Ed by I.D. Bancroft, A. Stevens, D.R. Turner – Edinburg, London, Melbourne and New-York:Churchill Lingstone,1990. – 710 p.

Отримано 07.05.10