

УДК 616 – 002.45 – 06 – 037

РОЛЬ ГЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ВИНИКНЕННІ ТА РЕЦИДИВУВАННІ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, УСКЛАДНЕНОЇ ПЕРФОРАЦІЄЮ АБО ШЛУНКОВО – КИШКОВОЮ КРОВОТЕЧЕЮ

Фатула Ю.М., Пацкань Б.М., Курах І.І., Ганчин В.В., Рішко В.В.

Ужгородський національний університет, факультет післядипломної освіти, кафедра хірургічних дисциплін; Ужгородська центральна міська клінічна лікарня, м. Ужгород

Ключові слова: *Helicobacter pylori, ускладнена пептична виразка дванадцятипалої кишки, ерадикація, рецидив виразки*

Вступ. На сучасному етапі численними фундаментальними дослідженнями науково обґрунтовано та загально визнано, що основними етіопатогенетичними факторами виразкової хвороби дванадцятипалої кишки є гіперсекреція соляної кислоти та інфекція *Helicobacter pylori* (Hр) [1, 7].

Але проблема взаємозв'язку гелікобактерної інфекції, стану шлункової секреції з виникненням та рецидивуванням ускладненої виразкової хвороби, зокрема перфорацією та кровотечею, вивчена ще недостатньо і потребує подальших досліджень [2, 3, 8, 9].

Проблема набуває серйозного соціального та медико-санітарного значення [4, 5]: більшість хворих складають люди молодого працездатного віку, а екстрені операції не завжди носять радикальний характер, що потребує у подальшому продовження противиразкового (а іноді повторного хірургічного) лікування.

Мета дослідження. Вивчити роль гелікобактерної інфекції та стану кислотної продукції шлунка у виникненні та рецидивуванні виразкової хвороби дванадцятипалої кишки (ВХДПК), ускладненої перфорацією або

шлунково-кишковою кровотечею.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 106 хворих, з них 57 (53,8 %) з перфоративними і 49 (46,2%) з гостро кровоточивими пілородуоденальними виразками, віком від 19 до 76 років. Чоловіків було 97 (91,5%), жінок – 9 (8,5%). Переважну більшість пацієнтів (76 чоловік, або 71,7%) склали люди молодого та середнього, найбільш працездатного віку (від 20 до 49 років).

До появи перфорації або кровотечі у 17 чоловік (16%) був відсутній шлунковий чи виразковий анамнез; 32 пацієнта (30,2%) відмічали скарги шлункового характеру, але ніде не обстежувалися і не лікувалися; 11 хворих (10,4%) страждали хронічним гастродуоденітом і 57 (53,8%) хворіли виразковою хворобою. У 40 хворих (37,7%) мав місце сімейний виразковий анамнез (хтось із близьких родичів страждав виразковою хворобою).

Хворі з перфоративними пілородуоденальними виразками у найближчий час після госпіталізації були оперовані в екстреному порядку. Інтраопераційна характеристика цих виразок наступна: діаметр перфоративного отвору складав $0,5 \pm 0,02$ см; діаметр виразкового інфільтрату – $1,3 \pm 0,08$ см; у 13 пацієнтів (22,8%) спостерігалися “дзеркальні” виразки задньої стінки дванадцятипалої кишки діаметром $0,9 \pm 0,02$ см.

У всіх хворих з шлунково-кишковими кровотечами на екстреній фіброгастродуоденоскопії (ФГДС) діагностовані хронічні дуоденальні виразки розміром від 0,4 до 1,5 см в діаметрі (середній розмір – $0,89 \pm 0,29$ см). У 11 пацієнтів цієї групи мали місце рецидивні виразки

після раніше перенесених екстрених оперативних втручань паліативного характеру з приводу перфоративної (9 чоловік) та гострокровоточивої (2 чоловіка) пілородуоденальної виразки. Ендоскопічні ознаки виразкової кровотечі були наступні: виразка під згортком крові – 28,6%; тромбована судина у дні виразки – 26,5%; темне дно виразки (декілька дрібних тромбованих судин) – 18,4%; виразка під фібрином – 26,5%.

Усі хворі обстежені на наявність гелікобактерної інфекції. Гелікобактерний статус досліджувався шляхом вивчення гастробіоптатів слизової оболонки антрального або препілоричного відділу шлунку, отриманих інтраопераційно (під час екстреного хірургічного втручання у хворих з перфоративними виразками) або ендоскопічно (під час екстреної ФГДС у пацієнтів з гострокровоточивими виразками). Обстеження виконувалося паралельно двома методами: біохімічним, за допомогою швидкого уреазного тесту (Де-нол тест), та цитологічним – шляхом мікроскопії мазків-відбитків, забарвлених за методикою Романовського – Гімзи.

Стан кислотоутворюючої та кислотно-нейтралізуючої функції шлунка досліджений за допомогою внутрішлункової рН-метрії за Лінаром на апараті “іономер універсальний ЕВ-74” у половини хворих (25 з перфоративними і 28 з гострокровоточивими виразками) до голяви цих ускладнень під час попередніх госпіталізацій з приводу загострення виразкової хвороби.

Результати дослідження та їх обговорення. Результати обстеження на наявність інфекції Нр подано в таблицях 1 і 2.

Таблиця 1

Рівень інфікованості гелікобактеріозом у хворих виразковою хворобою дванадцятипалої кишки, ускладненою перфорацією або шлунково-кишковою кровотечею

Склад хворих		Нр-позитивні хворі		Нр-негативні хворі	
		Біохімічний метод	Цитологічний метод	Біохімічний метод	Цитологічний метод
Перфоративні виразки	кількість	49	47	8	10
	%	86,0%	82,%	14,0%	17,5%
Гострокровоточиві виразки	кількість	42	40	7	9
	%	85,7%	81,6%	14,3%	18,4%

Як видно із даних таблиці 1, рівень інфікованості гелікобактеріозом при перфоративних пілородуоденальних виразках такий же, як і при гострокровоточивих: 86% та 85,7% при обстеженні швидким уреазним тестом і

82,5% та 81,6% при обстеженні цитологічним методом.

Дані по ступеню інфікованості (або важкості гелікобактеріозу) у Нр-позитивних хворих при перфораціях та кровотечах також подібні (табл. 2).

Таблиця 2

Ступінь інфікованості гелікобактеріозом у хворих з перфоративними та гострокровоточивими виразками в залежності від методу обстеження

Методи обстеження	Ступінь інфікованості <i>Helicobacter pylori</i>					
	Високий		Середній		Низький	
	Перфорації	Кровотечі	Перфорації	Кровотечі	Перфорації	Кровотечі
Біохімічний метод	53,0 %	47,6 %	28,6 %	40,5 %	18,4 %	11,9 %
Цитологічний метод	8,5 %	25,0 %	34,0 %	32,5 %	57,5 %	42,5 %

За даними швидкого уреазного тесту більшість (майже половина) пацієнтів – з високим ступенем інфікованості, в той же час, як дані цитологічного методу відрізняються майже у зворотній пропорції (більшість хворих з низьким ступенем інфікованості). Даний факт пояснюється різною чутливістю цих методів, особливо, при інтраопераційній діагностиці.

За даними рН-метрії у всіх хворих мав місце сильнокислий вміст шлункового соку (рН кислотоутворюючої зони шлунка в межах 0,9 – 1,9). У переважної більшості пацієнтів (46 чоловік, 86,8%) мала місце стадія декомпенсації злуження антрального відділу шлунка. Середній показник базального рН у тілі шлунка (у кислотоутворюючій зоні) складає $1,49 \pm 0,21$ для виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, ускладненої перфорацією та $1,43 \pm 0,17$ для виразкової хвороби, ускладненої кровотечею. Базальний рН в антральному відділі (кислотонейтралізуючій зоні) складає відповідно $2,31 \pm 0,78$ та $2,14 \pm 0,39$.

Усі хворі з перфоративними виразками у найближчий час після госпіталізації були прооперовані в екстреному порядку. 45 пацієнтам (79%) виконані умовно радикальні операції (висічення перфоративної виразки з пілоро-або дуоденопластикою), 12 пацієнтам (21%) – радикальні операції (ваготомія з дренажною операцією з висіченням виразки).

29 хворим (59,2%) з гострокровоточивими дуоденальними виразками проведено оперативне лікування, з них дев'ятьом виконані екстрені операції у зв'язку з триваючою кровотечею (на висоті кровотечі або її рецидиву); 20 чоловік оперовані у відстроченому періоді після зупинки кровотечі. Радикальні операції виконані 25 (86,2%) пацієнтам (резекції шлунка – 13, ваготомії з дренажними операціями та втручанням на виразці – 12). Умовно радикальні операції (пілоропластика за Фінеєм з втручанням на виразці) виконані чотирьом чоловікам (13,8%). 20 хворим (40,8%) з крововтратою легкого ступеня, виразками невеликих розмірів, з відсутнім або нетривалим виразковим анамнезом проведена консервативна терапія.

ЛІТЕРАТУРА

1. Березницький Я.С., Грищенко І.І., Ратчик В.М. Стандарти діагностики і лічення язвенної болізни // Сучасна гастроентерологія і гепатологія. – 2000. – № 2. – С.16-20.
2. Гончар М.Г., Дельцова Е.І., Кучирка Я.М. і др. Хеликобактер пилори у больних с осложнённой язвенной болізнью // Хирургия. – 1999. – № 6. – С. 25-26.
3. Зайцев В.Т., Бойко В.В., Пеев Б.І. і др. Значение хеликобактериоза желудка в генезе кровотечения из язвы двенадцатиперстной кишки // Лікарська справа. – 1996. – № 5-6. – С. 86-89.
4. Курьгин А.А., Перегудов С.І., Шафалинов В.А., Демко А.Е. Отдалённые результаты хирургического лечения перфоративных гастродуоденальных язв у людей молодого возраста // Вестник хирургии. – 1996. – № 6. – С. 32-33.
5. Мамчич В.І., Гвоздяк Н.Н., Параций З.З. і др. Повторные операции после зашивания перфоративной гастродуоденальной язвы // Клін.хірургія. – 1994. – № 8. – С. 12-15.
6. Украинский консенсус по диагностике и лечению язвенной болізни. Рекомендации объединённого Пленума правления научного общества хирургов Украины и Украинского общества терапевтов по проблеме язвенной болізни // Доктор. – 2000. – № 3. – С. 36-37.
7. Язвенная болізь или пептическая язва? Современные представления о причинах возникновения, новых подходах в лечении и возможностях вылечения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки / Под ред. В.Передерия. – К., 1997. – 158 с.
8. Batorfi J., Kolonics G., Beznicza H. Treatment of duodenal ulcer and its complications in the era of Helicobacter pylori.

50 Нр-інфікованим хворим, яким були виконані умовно радикальні операції, а також не оперованим пацієнтам з гостро кровоточивими виразками перед випискою з стаціонару або відразу після виписки призначалися ерадикаційні схеми антигелікобактерних та антисекреторних препаратів відповідно до Рекомендацій Всесвітньої асоціації гастроентерологів [10] та Українського консенсусу з діагностики та лікуванню виразкової хвороби [6]. У 38 пацієнтів на контрольному обстеженні через місяць після завершення лікування констатована ерадикація гелікобактерної інфекції. Шляхом анкетування вияснено, що протягом наступних п'яти років ніхто з цих пацієнтів не лікувався з приводу рецидиву виразкової хвороби; а 14 чоловік були активно викликані на амбулаторне обстеження: Нр-статус у них був від'ємний, ніяких скарг вони не відмічали.

Контрольну групу склали 40 Нр-інфікованих хворих, які не пройшли антисекреторно-антигелікобактерну терапію (24 з них виконані умовно радикальні операції, 10 – радикальні, 6 неоперованих хворих з виразковими кровотечами). За аналогічний період рецидив захворювання мав місце у 62,5% (25 чоловік), при чому у 14 (35%) пацієнтів спостерігався також і рецидив виразкових ускладнень (стенози, пенетрації, повторні виразкові кровотечі).

Висновки. 1. Рівень інфікованості гелікобактеріозом при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки, ускладненій перфорацією або кровотечею становить 81,6 – 82, % за даними цитологічного методу та 85,7 – 86, % за даними швидкого уреазного тесту.

2. Збереження гелікобактерної інфекції у хворих з перфоративними та гостро кровоточивими виразками є одним з домінуючих факторів ризику рецидиву виразкової хвороби та її ускладнень, особливо при нерадикальних операціях.

3. Враховуючи високу ефективність ерадикаційної терапії у профілактиці рецидивування ускладненої виразкової хвороби, зростає роль сімейного лікаря у її проведенні та контролі.

When and how long is the gastroenterologic-internal medicine therapy indicated and when is the surgical treatment necessary? // *Magy Seb.* – 2001. – Vol.54(5). – P. 287-290.

9. Clarke K.O., Harrison L.E. Surgical implications of *Helicobacter pylori* infection//*Front.Biosci* – 2001. – Vol.1;6:E. – P. 119-128.

10. Current concepts in the management of the *Helicobacter pylori* infections. The Maastricht Consensus Report 2 – 2000 // Maltertheiner et al. In preparation. 4 p.

SUMMARY

ROLE OF HELICOBACTER PYLORI INFECTION IN COMPLICATED BY PERFORATION OR ACUTE BLEEDING DUODENAL PEPTIC ULCER ARISING AND RELAPSING

Fatula Yu.M., Patzkany B.M., Kurach I.I., Ganchin V.V., Rishko V.V.

106 patients with perforated (53,8%) and haemorrhagic (46,2%) pyloroduodenal peptic ulcers on *Helicobacter pylori* (HP) presence by rapid urease test and smears-imprints cytologic analyse were investigated. HP presence rate made up accordingly 81,6 – 82% and 85,7 – 86%. 38 patients with HP eradication after combined treatment haven't ulcer relapse in the following five years, and vice versa 62,5% ulcer recurrence rate observed in 40 control group patients, who didn't receive such treatment.

Key words: *Helicobacter pylori*, complicated duodenal peptic ulcer, eradication, ulcer relapse