

УДК 616-002.45-06-037

ПРОГНОЗУВАННЯ РЕЦИДИВІВ УСКЛАДНЕНОЇ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ТА СПОСІБ ЇХ ПРОФІЛАКТИКИ

Фатула Ю.М.*Ужгородська центральна міська клінічна лікарня, м. Ужгород***Ключові слова:** виразкова хвороба, ускладнення, прогноз

За останнє десятиліття досягнуто вагомих успіхів у вивченні етіології та патогенезу неускладненої виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки, розробці методів її лікування. Внаслідок цього хірургічні методи лікування виразкової хвороби все частіше поступають місцем консервативним методам лікування з використанням вискоєфективних антисекреторних, антигелікобактерних та гастропротекторних препаратів. Однак, незважаючи на вищесказане, тенденція до суттєвого зниження кількості ускладнень виразкової хвороби, зокрема перфорації та шлунково-кишкових кровотеч, не відмічається [4].

Появляється все більше робіт, присвячених прогнозуванню розвитку ускладнень виразкової хвороби. Пропонуються прогностичні критерії [2, 7], коефіцієнти [1], алгоритми [5], які враховують вік та стать хворого, фактори ризику, перебіг захворювання, дані фіброгастроскопії, стан шлункової секреції [3] та клітинного імунітету [6]. В поодиноких випадках вивчали роль гелікобактерної інфекції (НР) у виникненні рецидивів неускладненої [4] та ускладненої [8] виразкової хвороби.

Мета дослідження – прогнозування рецидивів ускладненої виразкової хвороби та спосіб їх профілактики.

Матеріал і методи дослідження. Протягом шести років (1995-2000 роки) обстежено 57 хворих з перфоративними пілородуоденальними вираз-

ками віком від 19 до 76 років, з них чоловіків було 53 (93%), жінок - 4 (7%).

Усі хворі обстежені на наявність гелікобактерної інфекції. З них 51 хворий - інтраопераційно за нашою методикою (авторське свідоцтво про винахід №99084698 від 17.08.2000 року) під час екстреного хірургічного втручання з приводу перфорації; 6 пацієнтів з перфорацією в анамнезі - ендоскопічно під час обстеження. У всіх хворих гелікобактерний статус досліджувався шляхом вивчення гастробіоптатів слизової оболонки антрального або препілоричного відділу шлунка паралельно двома методами: біохімічним - за допомогою швидкого уреазного тесту (Де-нол тест) та цитологічним - шляхом мікроскопії мазків-відбитків, забарвлених за методикою Романовського-Гімзи.

У 32 хворих (56%) досліджені гістологічні препарати перфоративних пілородуоденальних виразок. Препарати забарвлювалися за методиками Грама та Романовського-Гімзи.

У 25 хворих (43,9%) досліджений стан кислотоутворюючої та кислотонейтралізуючої функції шлунка за допомогою внутрішлункової рН-метрії за Лінаром на апараті іономер універсальний ЕВ-74. Це обстеження виконувалось до появи ускладнення у вигляді перфорації під час однієї з госпіталізацій з приводу загострення виразкової хвороби дванадцятипалої кишки.

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено, що рівень інфікованості геліко-

бактерною інфекцією при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки, ускладненої перфорацією, становить 86% при обстеженні швидким уреазним тестом (ДЕ-нол тест) та 82,5% - при обстеженні цитологічним методом. Високий ступінь інфікрваності за даним Де-нол тесту спостерігається більш ніж у половини НР-позитивних хворих (53%), середній ступінь – у 28,6% і низький – у 18,4%. Дані цитологічного методу відрізняються майже у зворотній пропорції (високий ступінь – 8,5%, середній – 34,0%, низький 57,5%, що пояснюється різною чутливістю цих методів, особливо при інтраопераційній діагностиці.

При дослідженні гістологічних препаратів перфоративних пілородуоденальних виразок за градацією на основі критеріїв R.Whitehead, S.L. Hazell (1987) для визначення ступеня клітинної інфільтрації слизової оболонки дванадцятипалої кишки у 10 випадках (31,3%) спостерігався середній ступінь, тобто інфільтрація клітинних елементів розсіяна або має вигляд значних скупчень; у 22 (66,7%) – важкий ступінь: густа розсіяна інфільтрація з формуванням фолікулів або нейтрофільних “абсцесів”. НР у гістологічних препаратах спостерігалася у 17 випадках (53,1%).

За даними рН-метрії у всіх хворих мав місце сильноокислий вміст шлункового соку (рН кислотоутворюючої зони шлунка в межах 0,9-1,9). У переважній більшості пацієнтів (19 чоловік, або 76%) мала місце стадія декомпенсації, яка характеризується відсутністю у секреті пілоричних залоз здатності нейтралізувати надходження в антральний відділ кислого секрету головних залоз; іншими словами, коли вміст кислотоутворюючої зони недостатньо нейтралізується в антральному відділі і у дванадцятипалу кишку надходить сильноокислий вміст шлунка. Середній показник базального рН у тілі шлунка (у кислотоутворюючій зоні) складає $1,49 \pm 0,21$; базальний рН в антральному відділі (кислото-нейтралізуючій зоні) – $2,31 \pm 0,78$.

Усі хворі у найближчий час після госпіталізації з приводу перфорації були оперовані в екстремому порядку. Трьом пацієнтам (5,3%) виконана паліативна операція (просте зашивання перфоративної виразки); 42 пацієнтам (73,7%) – умовно радикальна операція (висічення перфоративної виразки з пілоро- або дуоденопластикою); 12 пацієнтам (21%) радикальна операція (ваготомія з дренажною операцією з висіченням перфоративної виразки).

Гелікобактер-позитивним хворим, яким були виконані паліативні або умовно радикальні операції, перед випискою із стаціонара або відраду після виписки призначалися ерадикаційні схеми антигелікобактерних та антисекреторних препаратів відповідно до Рекомендацій Всесвітньої асоціації гастроентерологів та Російської гастроентерологічної асоціації.

Протягом п'яти років повторно обстежені на інфікованість НР 30 чоловік. Усі вони були НР-позитивними при первинній діагностиці. Діагностика гелікобактеріозу проводилася за тими ж методиками, що і перший раз. За отриманими результатами ці хворі розділені на дві групи.

Перша група (21 чоловік) - пацієнти, які повторно звернулися у клініку із скаргами, характерними для загострення виразкової хвороби дванадцятипалої кишки та її ускладнень (при екстремій операції з приводу перфоративної виразки трьом з них виконані паліативні операції, 16 – умовно радикальні, 2 – радикальні). При ендоскопічному дослідженні у 2 діагностованій ерозивній гастродуоденіт (у одного хворого з ознаками шлунково-кишкової кровотечі). У 19 пацієнтів – рецидив виразкової хвороби, з них у третини (6 чоловік) мала місце рецидивна неускладнена пілородуоденальна виразка; у двох третин (13 чоловік) спостерігалися не лише рецидив виразки, а також рецидив виразкових ускладнень, причому, у більшості випадків, у поєднанні одне з одним (стеноз у поєднанні з пенетрацією виразки – 7 чоловік, шлунково-кишкова кровотеча з пенетрацією – 2 чоловік, перфорація з стенозом - 1 чоловік і по одному випадку перфорація, кровотеча, пенетрація). У всіх пацієнтів НР-статус був позитивним. При ретельному збиранні анамнезу було з'ясовано, що ці хворі у найближчий час після операції з приводу перфоративної виразки почували себе задовільно, тому не приймали зовсім або лише частково антисекреторну та антигелікобактерну терапію, яка їм була рекомендована. Цим, на нашу думку, обумовлено збереження гелікобактерної інфекції у даних хворих, що, безперечно, стало одним із домінуючих факторів ризику рецидиву виразкової хвороби та її ускладнень.

Одинадцять хворих першої групи з виразковими ускладненнями були повторно прооперовані: резекції шлунка виконані 9 чоловікам, тункулярна ваготомія, пілоропластика за Фінеєм – одному, пілоропластика за Джаддом з висіченням перфоративної рецидивної виразки – одному. Іншим хворим проведений курс антисекреторної та антигелікобактерної терапії, з них три чоловіка згодом стали пацієнтами другої групи.

Друга група (12 чоловік) - пацієнти, які не мали ніяких скарг, почували себе добре (при перфорації їм всім виконані умовно радикальні операції). Ці пацієнти були активно викликані на повторне амбулаторне обстеження або знаходилися в стаціонарі з приводу інших захворювань і були паралельно обстежені на наявність гелікобактерної інфекції. У всіх цих пацієнтів гелікобактерний статус був від'ємний. При ретельному збиранні анамнезу було з'ясовано, що ці хворі прийняли весь курс антигелікобактерної та антисекреторної терапії після операції з приводу перфоративної

виразки згідно з рекомендаціями. Це, на нашу думку, зумовило ерадикацію гелікобактерної інфекції та відсутність рецидивів виразкової хвороби у подальшому.

Висновки. 1. Рівень інфікованості гелікобактерною інфекцією при перфоративних Вілородуоденальних виразках становить 82,5% за даними цитологічного методу та 86,0% - за даними швидкого уреазного тесту. 2. Збереження

гелікобактерної інфекції у хворих з перфоративними пілородуоденальними виразками є одним із домінуючих факторів ризику рецидиву виразкової хвороби та її ускладнень. 3. Ерадикація гелікобактерної інфекції є одною із необхідних умов профілактики рецидивів ускладненої виразкової хвороби та покращення віддалених результатів екстрених хірургічних втручань.

ЛІТЕРАТУРА

1. Барановский А.Ю., Цветкова Т.Л. Прогноз течения и исходов язвенной болезни желудка //Терапевтич.архив. – 1998.– №2.– С.24-26.
2. Козлов С.Н. Оценка прогностических критериев ранних рецидивов язвенного кровотечения //Врачебное дело. – 1998. – №1.– С.137-139.
3. Майстренко Н.А., Варзин С.А. Значение исследования кислой желудочной секреции для прогнозирования рецидивов дуоденальной язвы после ваготомии (Сообщение 1) // Вестник хирургии. – 1997. – №2. – С.30-34.
4. Минушкин О.Н., Зверков И.В. Критерии прогноза течения впервые выявленной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки //Терапевтич.архив. – 1998. – №2. – С.24-26.
5. Нечаев Э.Л., Майстренко Н.А., Голофеевский В.Ю. Прогнозирование отдаленных результатов ваготомии и диспансеризации больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки //Военно-мед. журнал. – 1993. – №6. – С.9-15.
6. Потапов Л.В., Морозов В.П., Савранский В.М. и др. Прогнозирование развития кровотечений из язв двенадцатиперстной кишки //Хирургия. – 1998. – №7. – С.4-6.
7. Фільц О.В., Рачкевич С.Л., Тумак І.М. та ін. Значення прогнозування рецидиву у виборі тактики лікування гастродуоденальної кровотечі виразкового генезу //Клінічна хірургія. – 1998. – №1. – С.9-10.
8. Lee Y.T., Sung J.J., Choi C.L. et al. Ulcer recurrence after gastric surgery: is Helicobacter pylori the culprit? //Am. J. Gastroenterolog. – 1998. – Jun. 93(6):928-931.

SUMMARY

PROGNOSTICATION OF RECCURRENCE OF COMPLICATED ULCER AND THE METHOD OF ITS PROPHYLAXIS

Yu. Fatula

The level of Hp-infection in patients with perforative pyloroduodenal ulcer achieves 82,5% according to the citological method and 86,0% according to the rapid urease test.

The presentation of the Hp-infection in patients with perforative pyloroduodenal ulcer is one of the dominant risk factors of recurrence of ulcer disease and its complications.

The eradication of Hp-infection is one of the necessary conditions of prophylaxis of necessary conditions of the complicated ulcer disease and improvement of remote results of urgent surgical operation.