View metadata, citation and similar papers at core.ac.uk
brought to you by CORE

УДК 616.33-002.44-08
DOI 10.11603/2414-4533.2016.3.6805

© І. Я. ДЗЮБАНОВСЬКИЙ, Л. Є. ВІЙТОВИЧ

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського"

Неускладнена виразкова хвороба шлунка: прогнозування перебігу і лікувальна тактика

I. YA. DZIUBANOVSKYI, L.YE. VIYTOVYCH

I. Horbachevsky Ternopil State Medical University

UNCOMPLICATED GASTRIC ULCER: PREDICTION OF COURSE AND TREATMENT TACTICS

Сучасні тенденції розвитку практичної медицини світу та нашої держави вимагають розробки та впровадження чітких покрокових програм-алгоритмів, стандартизованих схем лікування, показань до операційного лікування та профілактики ускладнень. На основі результатів обстеження 185 пацієнтів з ускладненою і неускладненою виразковою хворобою шлунка (езофагогастродуоденоскопія з експрес-біопсією виразки і періульцерозної інфільтрації з наступним імуноморфологічним дослідженням біоптатів, визначенням ступеня диспластичних процесів епітелію слизової оболонки шлунка) розроблено критерії прогнозування ускладнень та чіткі показання до превентивного операційного втручання. Опираючись на результати наших досліджень, превентивне операційне втручання було проведено 23 пацієнтам із високим прогностичним ризиком гострих ускладнень та 14 – із передраковими змінами. Показаннями до органощадних операцій вважали тривалонезагойні виразки з наявністю прогностичних ознак високого ризику виникнення гострих ускладнень виразкової хвороби шлунка на тлі легкої дисплазії і передракових змін з помірною дисплазією, неускладнені виразки шлунка, що рецидивують 3–4 рази на рік, або щорічні рецидиви протягом 4–5 років, до резекційних – гігантські або тривалонезагойні виразки, з наявністю передракових змін із тяжкою дисплазією.

Modern trends in the development of practical medicine in the world and our country require the development and implementation of a clear step-by-step programs-algorithms, standardized treatment regimens, indications for surgical treatment and prevent complications. Based on the results of a survey of 185 patients with complicated and uncomplicated peptic ulcer disease of the stomach (esophagogastroduodenoscopy with Express biopsy of the ulcer and periulcerous infiltration with subsequent immunomorphological examination of the biopsy specimens, the determination of the degree of dysplastic processes of the epithelium of the mucous membrane of the stomach), developed criteria for predicting complications and clear indications for preventive surgery. Based on our findings, a preventive surgical intervention was done to 23 patients with a significantly poor prognosis to the development of acute complications and 14 with precancerous changes. Indications for organsaving operations considered did not healed ulcers with the presence of prognostic indicators of high risk of acute complications of gastric ulcer on a background of light dysplasia and precancerous changes, uncomplicated stomach ulcers, recur 3–4 times per year or annual recurrence for 4–5 years, before resection of giant or did not healed ulcers ulcers with the presence of precancerous changes the backdrop of severe dysplasia.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. У наш час консервативне лікування виразкової хвороби привело до значного витіснення хірургічних методів її лікування, особливо в країнах Європейського Союзу, але повністю вирішити цю проблему лише консервативними методами не вдається: спостерігається стала кількість пацієнтів, лікування яких консервативними методами не дає очікуваного результату [1, 2]. В нашій країні в зв'язку з погіршенням диспансерного нагляду, відсутністю активної співпраці між терапевтами та хірургами, наявністю інституту сімейних лікарів лише на етапі становлення, значним відсотком хворих, що займаються самолікуванням, пізнім зверненням хворих за спеціалізованою медичною допомогою спостерігається значне зростання занедбаних форм виразкової хвороби. Все вищезгадане значно ускладнює процес надання хворому адекватної хірургічної допомоги, значно зростає кількість ургентних втручань за типом екстреної операції на 5,3 % за останні 5 років при загальному зниженні планових операційних втручань на 72 % [3]. Сучасні тенденції розвитку практичної медицини світу та нашої держави вимагають розробки та впровадження чітких покрокових програм-алгоритмів, стандартизованих схем лікування, показань до операційного лікування та профілактики ускладнень.

Мета роботи: розробити чіткі показання до планових операційних втручань на випередження

виразки-раку шлунка (ВРШ) або гострих ускладнень виразкової хвороби шлунка (ГУВХШ), зокрема кровотечі і перфорації.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати обстеження 185 пацієнтів з ускладненою і неускладненою виразковою хворобою шлунка і 10 здорових осіб. Всім пацієнтам проводили езофагогастродуоденоскопію з експрес-біопсією виразки і періульцерозної інфільтрації для верифікації діагнозу, визначення типу виразки з наступним імуноморфологічним дослідженням 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 апоптичні індекси (МІ, АІ). При морфометрії дотримували правил і рекомендацій Г. Г. Автанділова [4]. При проведенні дослідження користувалися класифікацією хронічних шлункових виразок за Джонсоном (1965). При оцінці стану локальних імунних реакцій вивчали активність функціонування плазматичних клітин-продуцентів імуноглобулінів (ПП Ig) A, M, G і E за допомогою методу імунофлюоресценції [5]. Матеріал отримували, взявши біопсію слизової на відстані 10 мм від краю виразки. Відсоток апоптичних і некротичних клітин визначали методом проточної цитометрії [6]. Статистичну обробку матеріалу проводили з використанням пакета програм "Microsoft Excel" (Microsoft Office, 2007). Статистичну значимість різниці між середніми арифметичними і відносними величинами оцінювали за критерієм Манна–Уїтні.

Результати досліджень та їх обговорення. Ендоскопічно-імунологічний моніторинг у пацієнтів із ВХШ дає змогу оцінити справжній ризик основного хірургічного захворювання, прогноз його перебігу в кожного конкретного хворого і визначити показання до операційного втручання з огляду на небезпеку виникнення ГУВХШ чи наявності передракових змін (ПЗ) або ж виявити відсутність такого ризику. За допомогою нейромережевої кластеризації вдалось визначити показники, поєднання яких має першочергове значення для прогнозу. Аналіз кластерних портретів виявив, що поряд із нижчим показником віку та апоптичного індексу поєднання саме високих показників мітотичного індексу, кількості плазматичних клітин – продуцентів Ig A та Ig E, питомої ваги пошкоджених епітеліоцитів дає підставу прогнозувати погіршення стану пацієнтів у сторону ПЗ чи гострих ускладнень, в той же час поєднання інших показників має суттєве, проте не першочергове значення для прогнозу.

Визначено їх середні значення та межі для сприятливого та несприятливого прогнозу перебігу ВХШ.

Таким чином, пацієнтам, які госпіталізуються з НУВХШ (неускладнена виразкова хвороба шлунка), виконуємо ЕГДС із біопсією та подальшим визначенням показників (табл. 1), які входять до критеріїв індексу прогнозування (ІП) [7].

Проводимо консервативну противиразкову терапію за схемою та ЕГДС моніторинг через 10 днів. При наявності позитивної динаміки загоєння виразки та відсутності прогностичних ознак ризику ускладнень продовжуємо терапію до повного загоєння виразки з подальшим ендоскопічним контролем кожні 3 місяці (10 пацієнтів). При неефективності проведеної терапії, наявності гігантських, тривалонезагойних виразок та виявленні ознак несприятливого прогнозу ВХШ рекомендуємо проведення превентивного операційного втручання в плановому порядку.

Відповідно до характеру захворювання було визначено показання до операційного лікування (табл. 2).

При виразках шлунка I типу показано виконання сегментарної корпоральної резекції (СКР) шлунка зі збереженням вагусної іннервації пілоричного відділу шлунка. При наявності дисплазії

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
ПП Ig A	173–540	≥540	≤173	96,1
ПП Ig E	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	помірна тяжка	96,7
Helicobacter Pillory	–	+	+	94,2

Таблиця 2. Показання до операційного лікування відповідно до характеру захворювання

Показання	Характер операцій	Прогноз захворювання
Абсолютні	Планові	Консервативне лікування не показано: – хронічні неускладнені виразки шлунка з передраковими змінами слизової оболонки шлунка
Прямі (безпосередні)	Планові	Консервативне лікування не доцільне: – неускладнені виразки шлунка з вірогідно несприятливим прогнозом щодо гострих ускладнень (перфорації, кровотечі)
Умовні	Планові	Консервативне лікування без успіху: – неускладнені виразки шлунка, що рецидивують 3–4 рази на рік, або щорічні рецидиви протягом 4–5 років; – неускладнені виразки шлунка, які не загоюються протягом 3 тижнів консервативного лікування; – гігантські виразки шлунка (більше 2,5 см)

тяжкого ступеня – резекція шлунка за Більрот I–II чи Ру залежно від наявності хронічної дуоденальної непрохідності. Виразки шлунка II–III типів патогенетично пов'язані з виразками ДПК, тому при таких локалізаціях виконували висічення виразки з пілородуоденопластикою в поєднанні, при потребі з СКР. При наявності препілоричних виразок характерним було поширення диспластичних змін до проксимальних відділів шлунка, що вимагало розширення меж резекції (Більрот-II чи Більрот-I).

За період дослідження було проведено 90 операційних втручань, з них 52 органощадних за запропонованими нами методиками. 38 хворим виконано резекції за Більрот-I та Більрот-II (табл. 3), 95 пацієнтів отримали консервативне лікування.

Превентивне операційне лікування проведено 23 пацієнтам із високим прогностичним ризиком гострих ускладнень та 14 – із передраковими змінами. 6 пацієнтів із діагностованим раннім раком направлено в онкологічний диспансер для подальшого лікування. 29 пацієнтів відмовились від запропонованого операційного втручання. Їм проводили ендоскопічний моніторинг 1 раз на 3 місяці. Протягом першого року спостереження прогнозовані ускладнення розвинулись у 9 пацієнтів, протягом другого – у 14.

Таблиця 3. Розподіл хворих за характером операційних втручань

Типи операційного втручання	Тип виразки за Johnson			Всього
	I	II	III	
Резекційні	21	8	9	38
Органощадні	38	7	7	52

Висновки. 1. При виборі об'єму операції у хворих на виразку шлунка слід враховувати загальні умови виконання органощадної операції, а саме: вік хворого, ступінь дисплазії, тип та розмір виразки, наявність прогностичних ознак високого ризику виникнення ГУВХШ і передракових змін, ступінь ризику операції, запобігаючий вплив операції на виникнення післяопераційних розладів.

2. Показаннями до органощадних операцій вважали тривалонезагойні виразки з наявністю прогностичних ознак високого ризику виникнення ГУВХШ на тлі легкої дисплазії і передракових змін з помірною дисплазією, неускладнені виразки шлунка, що рецидивують 3–4 рази на рік, або щорічні рецидиви протягом 4–5 років, до резекційних – гігантські або тривалонезагойні виразки з наявністю передракових змін із тяжкою дисплазією.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Wysocki J. D. A nationwide analysis of risk factors for mortality and time to endoscopy in upper gastrointestinal haemorrhage / J. D. Wysocki, S. V. Srivastav, N. S. Winstead // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2012. – Vol. 36. – P. 30.
2. Acute upper gastrointestinal bleeding in the UK: patient characteristics, diagnoses and outcomes in the 2007 UK audit / S. A. Hearnshaw, R. F. Logan, D. Lowe [et al.] // Gut. – 2011. – Vol. 60. – P. 1327
3. Березницький Я. С. Причини розвитку незадовільних результатів та медико-соціальна реабілітація хворих та інвалідів після хірургічного лікування виразкової хвороби та її ускладнень / Я. С. Березницький, А. В. Снісар // Укр. журн. хірургії. – 2011. – № 4 (132). – С. 9–15.
4. Автандилов Г. Г. Медицинская морфометрия / Г. Г. Автандилов. – М. : Медицина, 1990. – 426 с.
5. Иммунофлюоресценция в медицине / под ред. Е. Н. Левицкой. – М. : Медицина, 1997. – 240 с.
6. Apoptosis of neutrophils / N. A. Maianski, A. N. Maianski, T. W. Kuijpers, D. Roos // Acta Haematol. – 2004. – Vol. 111, № 1–2. – P. 56–66.
7. Бутенко З. А. Онкогены – регуляторы апоптоза в механизмах лимфо- и канцерогенеза / З. А. Бутенко // Эксперим. онкология. – 1995. – Т. 17. – С. 165–171.

Отримано 12.05.16