

ПРОГНОЗУВАННЯ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКА

І. М. Погорілець, О. М. Кіт

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

Для визначення прогнозу клінічного перебігу виразкової хвороби шлунка, попередження ускладнень та вибору адекватного методу лікування авторами проведено морфофункціональні дослідження шлунка в 76 хворих. Комплексне клінічне дослідження та вивчення моторно-евакуаторної, секреторної функції й ступеня обсіменіння *Helicobacter pylori* шлунка дало можливість виявити групи ризику, прогнозувати клінічний перебіг захворювання, розробити показання до консервативного лікування, визначити його межі й своєчасно обґрунтувати необхідність хірургічного втручання в кожному конкретному випадку захворювання. Такий підхід до лікування хворих на виразкову хворобу шлунка дозволив значно покращити результати лікування та скоротити терміни реабілітації хворих із 45 до 30 днів.

PREDICTING OF THE CLINICAL COURSE OF GASTRIC ULCER

I. M. Pohorilets, O. M. Kit

SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»

The authors made morphological and functional researches of the stomach on 76 patients to determine the prognosis of stomach ulcer's clinical manifestation, complications' prevention and a choice of an adequate method of treatment. Complex clinical research and studying of motor, evacuation and secretory functions and the degrees of stomach pollution by *Helicobacter pylori* gave an opportunity to determine the risk groups, to predict the clinical manifestation of disease, to develop indications for conservative treatment, to determine its amount and to prove the necessity of surgical intervention in every particular case. Such approach to the treatment allows to improve considerably results of patients' cure from stomach ulcer and to reduce terms of rehabilitation of patients from 45 to 30 days.

Вступ. Виразкова хвороба шлунка (ВХШ) належить до тяжких захворювань шлунково-кишкового тракту, уражає людей переважно працездатного віку й часто призводить до тяжких ускладнень [1, 3, 7, 10]. Причини виникнення цього захворювання на сьогодні є нез'ясованими. Нині існує загальноприйнята точка зору про неврівноваженість факторів «агресії» і «захисту» слизової оболонки шлунка [2, 4, 8, 9]. Серед них першочергове значення належить інфікуванню *Helicobacter pylori* (Hр), стану кислото- та пепсинопродукції та моторно-евакуаторній функції [5, 6].

Основна частина. Для визначення прогнозу клінічного перебігу ВХШ, попередження ускладнень та вибору адекватного методу лікування ми провели морфофункціональні дослідження шлунка в 76 хворих. Для характеристики виразкового процесу шлунка використали класифікацію виразкової хвороби за Johnson, згідно з якою розрізняють три типи виразок: I – виразки малої кривизни (вище 3 см від воротаря) або субкардіального відділу шлунка (класична виразка шлунка); II – виразка шлунка в поєднанні з стенозуювальною виразкою ДПК (стенозуювальні виразки); III – прегіпорична виразка (не далі як 3 см від воротаря) та виразка пілоричного каналу. Серед хво-

рих чоловіків було 59 (77,63%), жінок – 17 (22,37%). Вік пацієнтів складав від 18 до 78 років, але переважна більшість хворих (52 (68,42%)) були віком від 36 до 60 років. Тривалість хвороби у більшості пацієнтів становила від двох тижнів до 15 років.

Обстеження хворих проводили за такими методиками: секреторна функція шлунка вивчалась за допомогою зондування титраційним методом, рівень кислотності та ступінь нейтралізації соляної кислоти за допомогою рН-метрії. Дослідження моторної функції здійснювалось за допомогою балонної механогастрограми та електрогастрографічного дослідження. Ідентифікацію гелікобактеріозу проводили за допомогою біопсійного матеріалу, отриманого при ендоскопічному дослідженні. Гістологічну обробку матеріалу проводили шляхом фарбування гематоксиліном та еозином.

При дослідженні секреторної функції шлунка в базальній фазі секреції (БАО) виявилось, що у більшості хворих із локалізацією виразкового процесу в пілороантральному відділі органа (за даними фракційного зондування і рН-метрії) спостерігався більш активний шлунковий вміст (загальна кислотність – 90–120 титр. од., вміст вільної соляної кислоти – $(6,2 \pm 0,4)$ ммоль/г ($p < 0,5$); рН – $(2,4 \pm 0,3)$ од. ($p < 0,05$); пепсину – $(36,5 \pm 0,4)$ мг/г ($p < 0,05$)) ніж у хворих із локалізацією виразки в тілі, субкардіальному і особливо у кардіальному відділі шлунка (загальна кислотність – 40–60 титр. од., вміст вільної соляної кислоти – $(1,6 \pm 0,6)$ ммоль/г ($p < 0,5$); рН – $(3,6 \pm 0,5)$ од. ($p < 0,01$); пепсину – $(16,5 \pm 5,2)$ мг/г ($p < 0,01$)).

При вивченні типологічних особливостей ми виявили, крім нормального, всі чотири патологічні типи шлункової секреції (табл. 1).

Таблиця 1. Розподіл хворих за типами шлункової секреції

Тип секреторної функції шлунка	Локалізація виразки				Всього	%
	препілорична	антральна	медіогастральна	субкардіальна		
Збудливий	4	8	12	2	26	34,2
Астенічний	4	5	5	1	15	19,7
Нормальний	2	4	5	1	12	15,9
Інертний	1	4	7	2	14	18,4
Гальмівний	1	3	4	1	9	11,8
Всього	12	24	33	7	76	100

При цьому, найчастіше спостерігався збудливий тип секреції (26 (34,2%)), який характеризувався підвищеною реакцією секреторного апарату як у першу, так і другу годину дослідження. Так, після введення інсуліну дебіт соляної кислоти становив $(35,4 \pm 2,6)$ ммоль/г ($p < 0,05$), з даними рН-метрії – $(1,68 \pm 0,2)$ од. ($p < 0,05$), після введення гістаміну – $(45,2 \pm 2,4)$ ммоль/г ($p < 0,05$), з рН шлунка – $(1,24 \pm 0,25)$ од. ($p < 0,01$). При цьому кількість пепсину становила $34,6 \pm 3,6$ і $14,8 \pm 2,4$ мг/г

($p < 0,01$) відповідно. Проведені дослідження секреторної функції шлунка свідчать про те, що у 64 (84,2%) із 76 обстежених мають місце виражені порушення екзокринної функції органа, характер яких, як правило, залежить від локалізації процесу, тривалості виразкового анамнезу, а також наявності ускладнення (пенетрації, стенозу та ін.).

Дослідження моторної активності шлунка в 72 хворих на ВХШ дали можливість виявити чотири типи порушень моторної функції органа (табл. 2).

Таблиця 2. Стан моторної функції шлунка в хворих із різною локалізацією виразок

Характер моторної функції шлунка	Локалізація виразки				Всього	%
	препілорична	антральна	медіогастральна	субкардіальна		
Гіперкінетичний	6	12	6	0	24	33,3
Нормальний	4	6	8	1	19	26,9
Гіпокінетичний	1	4	12	3	20	27,7
Акінезія	0	1	5	3	9	12,5
Всього	11	23	31	7	72	100

Отримані дані дослідження моторної функції шлунка свідчать про те, що незалежно від локалізації виразкового процесу найчастіше в обстежених хворих на ВХШ спостерігався гіперкінетичний тип моторної функції шлунка (24 (33,3 %)), який характеризувався гіперкінетичними скороченнями силою – $(0,66 \pm 0,02)$ кПа ($p < 0,001$) з тривалим підйомом і швидким спуском перистальтичних хвиль. На ЕГГ цієї групи хворих середній біопотенціал сягав $(0,64 \pm 0,02)$ мВ ($p < 0,01$) з різницею потенціалів $(0,58 \pm 0,05)$ мВ ($p < 0,001$) і частотою $(3,82 \pm 0,02)$ за 1 хв ($p < 0,01$). Зниження скоротливої функції шлунка переважно мало місце у хворих із локалізацією виразок у мезогастральній ділянці та субкардіальному відділі.

Важливе значення у визначенні прогнозу перебігу ВХШ надавали дослідженню *Helicobacter pylori*. Так, при обстеженні 74 хворих із різною локалізацією шлункових виразок, ми у 68 (91,9 %) виявили Нр. При цьому ступінь обсіменіння шлунка, як правило, залежав від локалізації виразки, тривалості захворювання, наявності ускладнень (кальоз-

на, пенетрувальна виразка) й вираження періульцерозного запального процесу. Останній, як правило, характеризувався дегенеративними змінами покривного епітелію, часто шлунковою метаплазією, атрофією залоз та поліморфноклітинною інфільтрацією слизової оболонки. Необхідно відмітити, що у частини обстежених хворих (44 (28,7 %)) ураження Нр мало локальний (вогнищевий) характер. При зіставленні ступеня обсіменіння слизової оболонки Нр із даними рН-метрії виявлено, що чим вищий рН ($< 2,6$), тим інтенсивніше обсіменіння Нр і вираженіша метаплазія слизової оболонки шлунка. Проведена нами статистична обробка отриманих даних дослідження свідчить про достовірний кореляційний взаємозв'язок між секреторною, моторною функціями й ступенем обсіменіння Нр слизової оболонки шлунка. З метою визначення прогнозу клінічного перебігу виразкової хвороби шлунка в кожному випадку захворювання, ми залежно від вираження морфофункціональних порушень і ступеня обсіменіння слизової оболонки Нр шлунка виділили 3 групи хворих (табл. 3).

Таблиця 3. Морфофункціональний стан, ступінь обсіменіння Нр шлунка і прогноз перебігу захворювання у хворих на виразкову хворобу ($M \pm m$), $n = 76$

№	Показники	Перебіг виразкової хвороби шлунка		
		сприятливий n=17	невизначений n=28	несприятливий n=31
1	Об'єм шлункового соку (БАО)	$76,3 \pm 4,2$ $p < 0,05$	$83,6 \pm 2,4$ $p < 0,05$	$86,4 \pm 4,4$ $p < 0,001$
2	Дебіт соляної кислоти (ммоль/г)	$3,3 \pm 3,4$ $p < 0,05$	$3,2 \pm 0,5$ $p < 0,05$	$3,1 \pm 0,4$ $p < 0,001$
3	Внутрішньошлункова рН-метрія (од.)	$2,4 \pm 0,1$ $p < 0,05$	$2,5 \pm 0,4$ $p < 0,05$	$2,6 \pm 0,6$ $p < 0,05$
4	Дебіт-час пепсину (мг/г)	$38,0 \pm 0,4$ $p < 0,05$	$29,4 \pm 2,3$ $p < 0,05$	$22,3 \pm 3,5$ $p < 0,05$
5	Тип секретії	збудливий	астенічний	інертний
6	К-сть скорочень на ЕГГ хв ⁻¹	$3,4 \pm 0,4$ $p < 0,001$	$2,8 \pm 0,2$ $p < 0,05$	$2,6 \pm 0,5$ $p < 0,05$
7	Середній біопотенціал (мВ)	$0,62 \pm 0,03$ $p < 0,05$	$0,56 \pm 0,04$ $p < 0,04$	$0,34 \pm 0,02$ $p < 0,05$
8	Різниця біопотенціалів (мВ)	$0,48 \pm 0,02$ $p < 0,001$	$0,42 \pm 0,04$ $p < 0,05$	$0,23 \pm 0,03$ $p < 0,05$
9	Тип моторної функції	гіперкінетичний	гіпокінетичний	інертний
10	Ступінь інфікування Нр	(+)	(++)	(+++)

Таке групування хворих, дало можливість використати ці дослідження для створення експертної системи, як одного з основних параметрів прогнозування клінічного перебігу виразкової хвороби

шлунка й своєчасного і адекватного вибору методу лікування. Умовною оцінкою вихідного стану брали суму балів прогностично важливих ознак і показників, що характеризують функціональний

стан шлунка. В 17 (22,4 %) хворих із сприятливим клінічним перебігом захворювання сума балів у любому із загострень не перевищувала більше 15 балів. У 28 (36,8 %) хворих із невизначеним прогнозом клінічного перебігу захворювання, сума балів становила від 15 до 20. І у 31 (40,8 %)

хворих з ймовірно несприятливим прогнозом сума балів була більше 20 в одному із загострень із тенденцією до подальшого зростання суми балів. Дані обстеження наших хворих дозволили запропонувати таку схему ризику прогнозу клінічного перебігу ВХШ (схема 1).

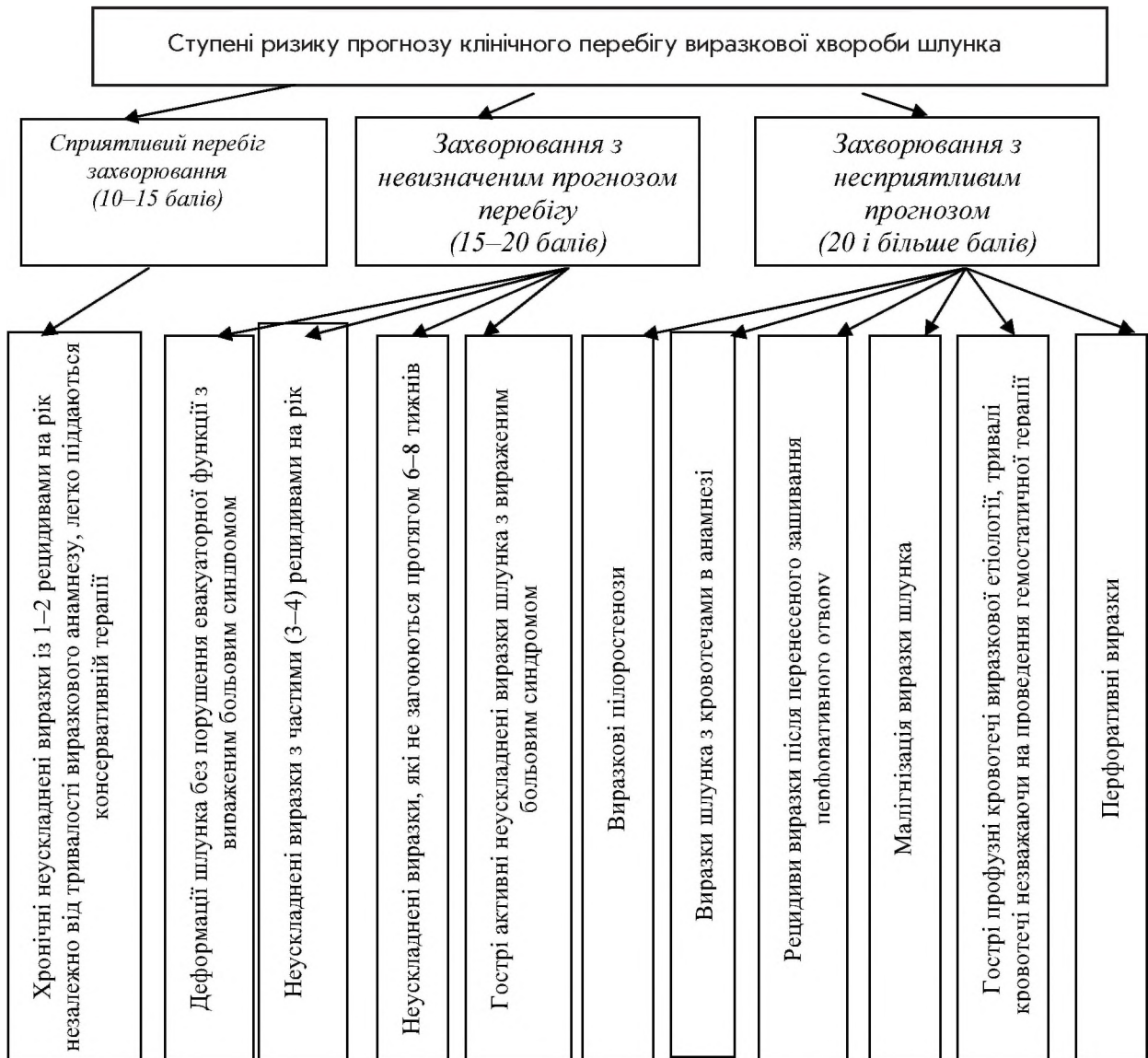


Схема 1. Ступені ризику прогнозу клінічного перебігу виразкової хвороби шлунка

Висновки. 1. Прогнозування клінічного перебігу захворювання та оцінка тяжкості стану хворих дозволяє виявити групи ризику, прогнозувати клінічний перебіг захворювання, розробити показання до консервативного лікування, визначити його межі й своєчасно обґрунтувати необхідність

хірургічного втручання в кожному конкретному випадку захворювання.

2. Диференційний підхід до вибору лікування хворих на виразкову хворобу шлунка дав можливість покращити результати лікування й скоротити терміни реабілітації хворих із 45 до 30 днів.

ЛІТЕРАТУРА.

1. Сытник А. П. Выбор метода операции при язвенной болезни желудка / А. П. Сытник, Б. А. Наумов // Хирургия. – 1995. – № 3. – С. 59–63.
2. Гринберг А. А. Стратегия и тактика лечения язв двенадцатиперстной кишки желудка / А. А. Гринберг // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1997. – № 5. – С. 21.
3. Досвід хірургічного лікування виразкової хвороби / І. І. Дзюбановський, Р. В. Свистун, Ю. М. Ковальчук [та ін.] // Вісник морської медицини. – 2001. – № 2. – С. 126–128.
4. Патогенетичний підхід у виборі методу хірургічного лікування хворих на хронічну виразку шлунка / В. М. Короткий, І. В. Колосович, М. Ф. Фурманенко [та ін.] // Матеріали XX з'їзду хірургів України. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2002. – С. 36–38.
5. Современное состояние хирургии язвенной болезни / В. Ф. Саенко, Б. С. Полинкевич, А. А. Диброва [и др.] // Матеріали XX з'їзду хірургів України. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2002. – С. 10–11.
6. Колосович І. В. Результати хірургічного лікування хворих на виразкову хворобу шлунка / І. В. Колосович // Галицький лікарський вісник. – 2002. – № 3. – С. 154–156.
7. Передерий В. Г. Язвенная болезнь (прошлое, настоящее, будущее) / В. Г. Передерий, С. М. Ткач, С. В. Скопиченко. – К., 2003. – 256 с.
8. Братусь В. Д. Про співпрацю хірургів і гастроентерологів у вирішенні проблеми виразкової хвороби / В. Д. Братусь, П. Д. Фомін // Хірургія України. – 2004. – № 1 (9). – С. 6–11.
9. Модифіковані органозберігаючі та органощадні оперативні втручання при ускладнених гастродуоденальних виразках / Л. Я. Ковальчук, І. Я. Дзюбановський, В. І. Максимлюк [та ін.] // Шпитальна хірургія. – 2005. – № 1. – С. 20–24.