

УДК 616.34./342-002.44-07-08-059

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Байкова Э.Р., Фазлыев М.М.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, г. Уфа, Россия, e-mail: elvirab81@mail.ru, hosp_ufa@mail.ru

Проведенная работа основывалась на результатах лечения 70 больных с неосложненным течением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, разделенных на две группы: основную и контрольную. В лечении всех обследуемых больных применялась эрадикационная трехкомпонентная схема первой линии по «Маахстрит-3». Больные основной группы принимали в комплексе со стандартной терапией даларгин. В обеих группах изучались результаты клинических, эндоскопических и морфологических исследований в динамике: на 1-2-й день и на 14-е сутки от начала лечения. В основной группе достигалось улучшение состояния больных и заживление язвенных дефектов в оптимальные сроки.

Ключевые слова: язвенная болезнь, даларгин, морфологическая картина, слизистая оболочка.

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF GASTRIC AND DUODENAL ULCER IN THE COMPLEX TREATMENT

Baykova E.R., Fazlyev M.M.

GBOU VPO "Bashkir State Medical University," Health Ministry of Russia, Ufa, Russia, e-mail: elvirab81@mail.ru, hosp_ufa@mail.ru

Conducted research work is based on the results of treatment of 70 patients with uncomplicated gastric and duodenal ulcer, divided into two groups: basic and control. In the treatment of all patients surveyed used a three-eradication-component first-line regimens for Maahstrit-3. Study group takes on the complex with standard therapy dalargin. Both groups were studied the results of clinical, endoscopic and morphological research in the dynamics: the 1-2-day and 14-day from start of treatment. In the basic group was achieved by improving the condition of patients and healing of ulcers in the optimum time.

Key words: ulcer, dalargin, morphological pattern, the mucous membrane.

Язвенная болезнь (ЯБ) относится к распространенным заболеваниям желудка и 12-перстной кишки (ДПК), развитие которой связано с экзогенными и эндогенными факторами [5,6,7,9]. Причиной данного заболевания является несостоятельность защитных свойств слизистой оболочки (СО) гастродуоденальной зоны, повреждение слизистого барьера, бикарбонатно-щелочного баланса, нарушение целостности эпителиального покрова, микроциркуляции, воздействие инфекционного агента и других факторов [1,8,9,10]. Некоторые исследователи успешно использовали даларгин в комплексном лечении язвенной болезни. Данный препарат обладает репаративными, ангиопротективными,

цитопротективными свойствами, снижает повышенную желудочную секрецию, улучшает микроциркуляцию в слизистой оболочке [2,3,4,7]. Представление о стадийности морфогенеза язвообразования обуславливает возможность применения даларгина с широким спектром действия в комплексном лечении ЯБ желудка и ДПК.

Цель работы. Сравнительная клинико-морфологическая характеристика результатов комплексного лечения больных неосложненной язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы исследования. В работу вошли результаты исследования 70 больных ЯБ желудка и ДПК, которые были разделены на основную (n=45) и контрольную (n=25) группу. Возраст больных находился в пределах 30 – 60 лет и в среднем составил $42,3 \pm 7,5$ лет. В группе обследуемых было 47 (67,1 %) мужчин 23 (32,8 %) женщин. Язвенный анамнез обследуемых больных варьировал в пределах от 3 до 10 лет и в среднем составлял $4,7 \pm 1,5$ года. Все больные ЯБ находились на диспансерном учете. Комплексное обследование проводилось двукратно: до лечения (1-е сутки) и на 14-й день от начала лечения. Язвенная болезнь желудка была установлена у 45 (64,2 %), ДПК – у 25 (35,7 %) больных. Больные были сопоставимы между собой по полу и возрасту. Все больные получали стандартное лечение, включающее эрадикационную терапию первой линии (омепразол, амоксициллин, кларитромицин в стандартных дозировках) в течение 14 дней. Больные основной группы в комплексе получали даларгин в дозе 1 мг в 10 мл физиологического раствора внутривенно однократно в день. Курс лечения включал 14 инъекций препарата.

Диагностический процесс основывался на клинической картине ЯБ, результатах инструментальных, морфологических исследований. Эндоскопическое исследование больных основной и контрольной групп проводилось в острой фазе заболевания и на 14-й день с последующим морфологическим изучением гастробиоптатов. Градация размеров язвенных дефектов проводилась согласно общепринятым классификациям: язвы малых размеров – до 0,5 см, средние – от 0,5 до 1 см, крупные – от 1,1 до 3 см, гигантские – более 3 см. Из гастробиоптатов готовились срезы толщиной 8-10 мкм, которые окрашивались гематоксилин-эозином для обзорного изучения изменений в слизистой оболочке и метиленовой синью для выявления *Helicobacter pylori*. Затем препараты изучались с помощью светооптического микроскопа «Eclipse 400» фирмы «Nikon» (Япония) с увеличением *100 и *400. Гистологические срезы описывались по общепринятой схеме [1].

Результаты и их обсуждение. В острой фазе заболевания больных беспокоили ноющие, временами режущие боли в эпигастральной области, дискомфорт, диспепсические

расстройства в виде изжоги, отрыжки, тошноты, вздутия живота, нестабильного стула, редко – рвоты.

В начале лечения при фиброгастроскопии выявлялся язвенный дефект преимущественно (88,9 %) по малой кривизне. В 12-перстной кишке язва часто (76 %) обнаруживалась на передней стенке органа. У 47 (67,1 %) обследованных язвенный дефект был малых, у 21 (30 %) – средних, у 2 (2,8 %) – больших размеров. У больных обсеменение *Helicobacter pylori* (Hр) в массе слизи и апикальной поверхности эпителия определялось от малой до средней степени.

В протоколах исследования в фазе обострения заболевания указывалось на наличие серозно-фибринозного, гнойно-фибринозного экссудата, выраженный отек тканей, обнаруживалась экссудативная воспалительная реакция в строме. В мелких и мельчайших сосудах определялись полнокровие, краевое стояние лейкоцитов, пропитывание стенки органа плазменными белками, периваскулярный отек и круглоклеточная инфильтрация. В подслизистой основе органа имела место лимфоплазмочитарная инфильтрация с примесью нейтрофильных лейкоцитов. В капиллярной сети полнокровие сосудов наблюдалось от умеренного до выраженной степени. В некоторых случаях определялся стаз и тромбообразование в мелких и мельчайших сосудах. Границы эндотелиальных клеток размывались, в цитоплазме появлялись вакуоли и иные изменения при базальном расположении ядер. Поля склероза обнаруживались в зоне обычного залегания мышечных волокон (Рис. 1А). В краях язвенного дефекта чаще выявлялись атрофический гастрит, интерстициальный отек тканей, лимфоплазмочитарная инфильтрация стромы, очаги некроза, дистрофические изменения эпителия желез, неполная кишечная метаплазия с множеством бокаловидных клеток (Рис. 1Б). В стенке органа нередко отмечалась высокая воспалительная активность (Рис. 1В).

У больных основной группы уже на 2 – 3-е сутки от начала комплексного лечения уменьшались боли в эпигастральной области, улучшалось общее самочувствие, уменьшались проявления диспептических расстройств – изжога, отрыжка, тошнота, вздутие живота, нестабильный стул. В контрольной группе улучшение состояния отмечалось в более поздние сроки. При этом сохранялись жалобы на отрыжку воздухом и периодические умеренные ноющие боли в эпигастрии. Применение даларгина не вызывало каких-либо побочных эффектов, хотя в единичных случаях отмечалось умеренное снижение артериального давления. У 39 больных основной группы на 14-й день комплексного лечения с применением даларгина наступило заживление язвенного дефекта, причем у 5 (12,8 %) она была рубцующейся, у 27 (69,2 %) – находилась в стадии красного рубца, у 7 (17,9 %) – над ее проекцией определялась нежная эпителиальная ткань. Эрадикация была достигнута в 89,7

% случаев. Заживление большинства язвенных дефектов в основной группе больных наступало в оптимальные сроки. При этом местоположение язвенного дефекта практически не определялось за счет восстановления эпителиального покрова на зрелой грануляционной ткани (Рис. 1Г).

При эндоскопическом изучении слизистой оболочки желудка у 21 больного контрольной группы в те же сроки наблюдения рубцевание язвы отмечалось в 14 (66,7 %) случаях, а элиминация инфекционного агента достигалась в 76,1 % случаев. При неполном заживлении язв с обнаружением инфекционного агента применялась четырехкомпонентная схема терапии. Повторное эндоскопическое исследование таким больным проводилось через месяц.

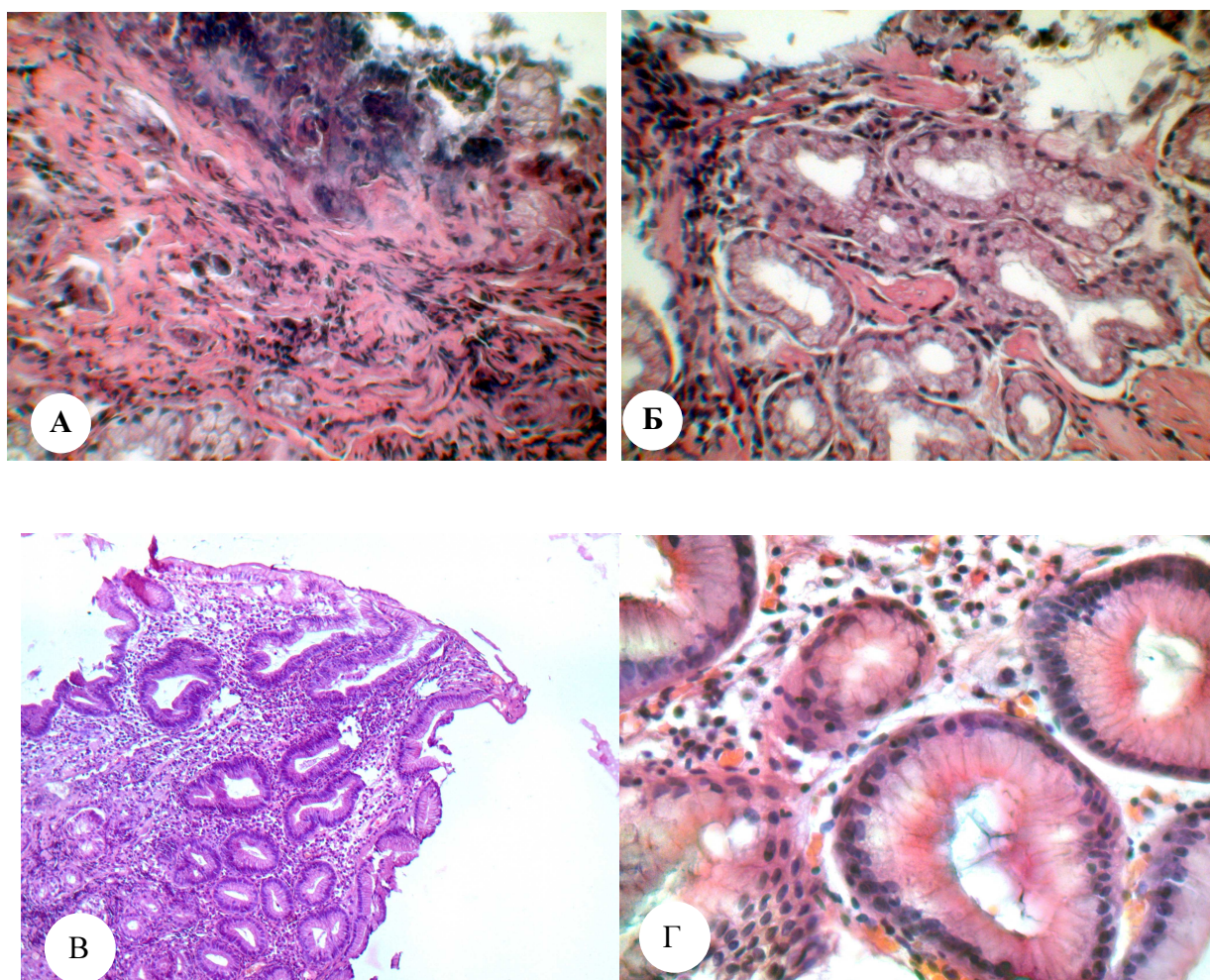


Рис 1. Патоморфологические изменения стенки желудка при язвенной болезни желудка

А – период обострения – поля склероза, единичные толстостенные сосуды, фибриноидный некроз, круглоклеточная инфильтрация ок. 10, об. 40, окр. гематоксилином и эозином; Б – краевая зона – межклеточный отек, круглоклеточная инфильтрация с примесью лейкоцитов, фокусы некроза, вакуольная дистрофия эпителия желез, энтеролициация слизистой оболочки, много бокаловидных клеток ок. 10, об. 40, окр. гематоксилином и эозином; В – край язвы желудка, высокая воспалительная активность –

лимфоплазмочитарная и густая нейтрофильная инфильтрация ок.10, об. 10, окр. гематоксилином и эозином; Г – поверхностные отделы слизистой желудка на уровне выводных протоков, эпителий высокий, цилиндрический ок. 10, об. 40, окр. гематоксилином и эозином.

Таким образом, результаты клинико-морфологических исследований свидетельствуют об эффективности комплексного лечения неосложненной ЯБ желудка с дополнительным назначением даларгина. Данный препарат, обладая репаративными, ангиопротективными, цитопротективными свойствами, способствует заживлению язвенного дефекта в желудке в оптимальные сроки. Представляется целесообразным дальнейшее изучение морфогенеза язвенной болезни в условиях применения препаратов направленного действия.

Список литературы

1. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника / Л.И. Аруин Л.Л. Капуллер, В.А. Исаков. – М.: Триада-Х, 1998. – С. 483.
2. Атаев Д.С. Лечение даларгином длительно незаживающих и осложненных гастродуоденальных язв: Автореф. к. м. н. – Махачкала, 1997. – 25 с.
3. Болоняева Н.А. Применение даларгина для профилактики НПВП-гастропатий: Автореф. к. м. н. – Хабаровск, 2005. – 21 с.
4. Булгаков С.А. Даларгин в гастроэнтерологии. – М.: ООО «Мегард Групп», 2008. – 50 с.
5. Джозеф М. Хендерсон, Джон Дель-Валль. Язвенная болезнь // Патологическая физиология органов пищеварения. – М.: БИНОМ, 2005. – С. 41–46.
6. Маев И.В., Самсонов А.А. Язвенная болезнь. – М.: Миклош, 2009. – 428 с.
7. Наумова Л.А. Применение даларгина в комплексном лечении эрозивно-язвенной патологии желудка и 12-перстной кишки у детей: Автореф. к. м. н. – Хабаровск, 2001. – 21 с.
8. Циммерман Я.С. Актуальные проблемы клинической гастроэнтерологии: клинические очерки. – Пермь, 2007. – С. 359.
9. Чернин В.В. Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки: Руководство для врачей. – М.: ООО «МИА», 2010. – 528 с.
10. Konturek S.J. Helicobacter pylori infection delays healing of ischaemiareperfusion induced gastric ulcerations: new animal model for studying pathogenesis and therapy of H. pylori infection / S.T. Konturek, T. Brzozowski, P.C. Konturek // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. – 2002. – Vol. 12. – N 12. – P. 1299-1313.

Рецензенты:

Магазов Р.Ш., д.м.н., профессор, академик Академии наук Республики Башкортостан, г. Уфа.

Сыртланова Э.Р., д.м.н., главный врач поликлиники №33, г. Уфа.

Работа получена 13.10.2011.