

## КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕНЕТРАЦИЕЙ И СТЕНОЗОМ

<sup>1</sup>Белоногов Н.И., <sup>1</sup>Платонов С.С.

<sup>1</sup>ФГБОУВПО «Ульяновский государственный университет», кафедра госпитальной хирургии, Россия, 432970, г. Ульяновск, ул. Л. Толстого, 42, e-mail: [serplato@mail.ru](mailto:serplato@mail.ru)

Проведено исследование, которое было направлено на изучение эффективности эндоскопического применения Ронколейкина в предоперационной подготовке больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной пенетрацией и стенозом. Проанализировано лечение 36 пациентов. Эффективность лечения оценивалась по клиническим данным, данным фиброгастродуоденоскопии и биопсии, во время которой определяли толщину слизистой оболочки желудка, высоту эпителиального слоя, в собственной пластинке слизистой определяли плотность клеточной инфильтрации на 1 мм<sup>2</sup>, в инфильтрате подсчитывали процентное содержание лимфоцитов, плазматиков, эозинофилов, нейтрофилов, макрофагов, фибробластов, количество межэпителиальных лимфоцитов. В результате исследования выяснили, что у пациентов, которым в предоперационном периоде проводили эндоскопическое введение Ронколейкина по краю язвы, в 72% не выявлялись некротические массы, быстрее купировался болевой синдром, достоверно снизилась плотность клеточной инфильтрации, а также уменьшилось количество эозинофилов и полиморфноядерных лейкоцитов. Произошло увеличение межэпителиальных лимфоцитов и лимфоцитов в строме слизистой, что свидетельствует об активации местной иммунной системы.

Ключевые слова: язвенная болезнь, Ронколейкин, предоперационная подготовка.

## CLINICAL AND MORPHOLOGICAL ASPECTS OF THE STOMACH AND DUODENAL ULCER COMPLICATED BY THE PENETRATION AND STENOSIS

<sup>1</sup>Belonogov N.I., <sup>1</sup>Platonov S.S.

<sup>1</sup>«Ulyanovsk State University», chair of hospital surgery. Ulyanovsk, Russia, 432970, street of L. Tolstoy, 42. e-mail: [serplato@mail.ru](mailto:serplato@mail.ru)

The study which was aimed at studying the effectiveness of endoscopic introduction Roncoleukin in preoperative patients with gastric ulcer and duodenal ulcer, complicated by penetration and stenosis. Treatment of 36 patients were analyzed. Efficacy of treatment was assessed by clinical data, data fibrogastroduodenoscopy and biopsy, during which the measured thickness of the gastric mucosa, the height of the epithelial layer of mucous in his own plate measured the density of cellular infiltration at 1 mm<sup>2</sup>, were counted in the percentage of infiltration of lymphocytes, plasmacytes, eosinophils, neutrophils, macrophages, fibroblasts, the number of epithelial lymphocytes. The study found that patients who performed preoperative endoscopic introduction Roncoleukin on the edge of ulcers in 72% not detected necrotic mass, faster stopped pain, significantly reduced the density of infiltration, and decreased the number of eosinophils and polymorphonuclear leukocytes. There was an increase mezhepithelialnyh lymphocytes and lymphocytes in the stroma of the mucosa, indicating that local activation of the immune system.

Keywords: Stomach ulcer, Ronkoleukin, preoperative preparation

Язвенная болезнь относится к числу широко распространенных заболеваний. Она отмечается у 500 человек на 100 000 населения. Остается высокой заболеваемость язвенной болезнью, которая колеблется от 1,38 до 7,0 на 1000 населения [4; 5]. Имеющийся обширный арсенал медикаментозных средств не всегда позволяет получить достаточный лечебный эффект. У 67,7-80% больных после консервативного лечения возникает рецидив язвы [7-9], а у 26,5-42,3% пациентов, лечившихся консервативными методами, развиваются тяжелые осложнения язвенной болезни [4; 6; 7]. При консервативном лечении осложнения язвенной

болезни не предотвращаются, а только отодвигаются на более поздний срок и более старший возраст [3; 5].

Результаты хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки во многом зависят от морфологических изменений слизистой оболочки желудка и ее защитных механизмов, а также самого язвенного дефекта, влияющего на состояние слизистой [2; 3]. В настоящее время используются различные способы местного воздействия на язвенный дефект [3; 4]. Но недостатком этих методов является невозможность индивидуализировать локальное лечение в зависимости от состояний воспалительных и репаративных процессов в язве и слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки вокруг нее.

Несмотря на большое количество морфологических исследований слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки при язвенной болезни, основная часть их проводится с целью диагностики состояния, что же касается применения метода гистологической оценки для контроля эффективности лечения язвенного дефекта, то этот вопрос освещен недостаточно.

**Цель работы.** Улучшить результаты хирургического лечения больных осложненной язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки путем применения в предоперационной подготовке локального лечения Ронколейкином.

**Материалы и методы исследования.** В основу проспективного, рандомизированного исследования положен клинический анализ лечения 36 больных с осложненной язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, проведенного на базе кафедры госпитальной хирургии Ульяновского государственного университета в хирургических отделениях «Центра специализированных видов медицинской помощи». Из них – 24 мужчины (66,8%) и 12 женщин (33,2%) в возрасте от 25 до 64 лет. Средний возраст пациентов составил 43,5 года. С язвенной болезнью желудка было 13 человек (26,2%) и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки – 23 человека (73,8%). У 14 пациентов (38,8%) язвенная болезнь была осложнена компенсированным стенозом. У 10 больных (27,6%) – субкомпенсированным стенозом. У 5 больных (13,8%) – декомпенсированным стенозом. У 7 больных (19,4%) – пенетрацией, из них у 2 больных язва желудка пенетрировала в печень, у 1 больного язва двенадцатиперстной кишки пенетрировала в желчный пузырь, и у 4 больных язва пенетрировала в головку поджелудочной железы. Все пациенты были разделены на 2 группы – основную (19 человек) и контрольную (17 человек). Все больные в предоперационном периоде получали стандартную комплексную медикаментозную терапию. В дополнение пациентам основной группы в разработанный

нами алгоритм предоперационной подготовки включили эндоскопическое введение Ронколейкина.

При изучении состояния слизистой оболочки нами использованы биоптаты, полученные в момент фиброгастроскопии (исследовали по 3-4 кусочка из зоны язвы, параульцерозной зоны и тела желудка), а также кусочки резецированных желудков оперированных больных. Материал фиксировали в 10%-ном нейтральном формалине, заливали в парафин по стандартной методике. Срезы окрашивали гематоксилином и эозином, основным коричневым, азуром-1 по Ван-Гизону, ставили ШИК-реакцию.

Для изучения состояния слизистой оболочки желудка использовали разработанные Т.Я. Тарарак алгоритмы, в основу которых положены данные Л.И. Аруина и соавт. [2; 3]. Морфометрические исследования проведены с помощью винтового окуляр-микрометра, а также сетки Г.Г. Автандилова[1]. В слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки оценивали толщину слизистой, высоту эпителиального слоя. В собственной пластинке слизистой определяли плотность клеточной инфильтрации на 1 мм<sup>2</sup>. В инфильтрате подсчитывали процентное содержание лимфоцитов, плазматиков, эозинофилов, нейтрофилов, макрофагов, фибробластов, количество межэпителиальных лимфоцитов.

Всем больным, включенным в исследование, проводили оценку состояния до и после операции по клиническим, лабораторным, рентгенологическим, гистологическим показателям и по данным фиброгастродуоденоскопии. Объем оперативного вмешательства составил: резекция желудка по Бильрот-1 проведена у 19 человек, резекция желудка по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера– у 15 пациентов, резекция желудка с анастомозом по Ру проведена у 1 человека, и у 1 пациента – по Витебскому.

**Результаты и их обсуждение.** Гистологический анализ состояния слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки в параульцерозной зоне и очагах язвенного дефекта позволил выявить некоторые отличия по сравнению с аналогичными показателями у больных с применением только традиционного лечения. Во всех случаях у наблюдаемых больных в зоне язвы (независимо от локализации) по краю дефекта отсутствовали некротические массы, в 72% случаев некротические массы не выявлялись и в дне язвенного дефекта. Отличительной особенностью было появление большого количества фибробластов, а также разрастание соединительнотканых волокон в поверхностных и глубоких слоях дна и краев язвы. По краю язвы и в окружающей параульцерозной зоне отмечались в большом количестве лимфоциты, часто они определялись в виде лимфоидных скоплений между железами и в виде фолликулов в глубоких слоях слизистой. Морфометрический анализ показал, что после лечения достоверно снижается плотность инфильтрации, а также количество эозинофилов и полиморфноядерных лейкоцитов. Происходит увеличение

межэпителиальных лимфоцитов, количества лимфоцитов в строме слизистой, что свидетельствует об активации местной иммунной системы. Содержание макрофагов и фибробластов в строме слизистой отличалось от таковых показателей у больных до лечения слабой тенденцией к увеличению и в большей степени при язвенной болезни желудка. Таким образом, применение локального лечения осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в сочетании с традиционной терапией в период подготовки больных к операции способствует более быстрой ликвидации болевого синдрома и локальной болезненности, значительно сокращает сроки купирования обострений гастрита и дуоденита.

Таблица 1

Морфологические показатели слизистой оболочки желудка у больных осложненной язвенной болезнью

Показатели	До лечения (n=13)	После лечения	
		Локальное лечение (n=19)	Традиционный способ (n=17)
Плотность клеточной инфильтрации (на 1 мм <sup>2</sup> )	10 242±353	6075±225°	9748±368
Лимфоциты (%)	31,5±0,3	38,6±0,3°	34,7±0,8
Плазматиты (%)	15,3±0,3	17,8±0,4°	15,1±0,4
Эозинофилы (%)	7,2±0,4	2,7±0,3°	5,7±0,2
Лейкоциты полиморфноядерные (%)	14,2±0,8	6,8±0,5°	13,7±0,7
Макрофаги	11,0±0,6	7,1±0,5°	10,2±0,6
Фибробласты	7,8±0,6	7,1±0,3	8,4±0,4
МЭЛ	13,9±0,8	19,4±0,3°	13,8±0,6

° – достоверное отличие от больных до лечения (p<0,05)

### Выводы

1. Морфологическая картина осложненных форм язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки характеризуется деструктивными и некротическими изменениями в зоне язвы, воспалительными и слабо выраженными регенераторными процессами в параульцерозной зоне слизистой оболочки.

2. Локальное лечение в предоперационной подготовке с использованием Ронколейкина позволяет снять болевой синдром и диспепсические явления, уменьшает сроки купирования воспалительного процесса в параульцерозной зоне и улучшить местный иммунный статус.

### **Список литературы**

1. Автандилов Г.Г. Медицинская морфометрия.- М.:Медицина, 1990. – 380с.
2. Аруин Л.И. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. - М.: Триада-Х, 1998. – 483с.
3. Белоногов Н.И., Тарарак Т.Я., Мидленко В.И. Морфологические аспекты заживления язв желудка при локальном лечении клеевыми аппликациями // Морфология. - 1996. - № 2. - С.94.
4. Белоногов Н.И., Валька Е.Н., Янголенко В.В. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и их хирургическое лечение // Медицинский альманах. - 2011.- № 2 (15). - С. 68-71.
5. Власов А.П. Комплексный подход к лечению трудных язв двенадцатиперстной кишки // Медицинский альманах. - 2012.- № 2 (21). - С. 153-156.
6. Блюдникова В.С. Эрозии желудка и язвенная болезнь: клинические, биохимические, морфологические и иммуногистохимические аспекты возникновения и прогрессирования.– М.:Наука, 2005. - 128 с.
7. Климов А.Е., Лебедев Н.В., Войташевская Н.В., Малкаров М.А. Тактика лечения больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением // Российский медицинский журнал. - 2007.- № 2.- С. 16-18.
8. Маев И.В., Самсонов А.А. Язвенная болезнь.- 2009. - 428 с.
9. Стойко Ю.М., Багненко С.Ф., Курыгин А.А. Неотложная хирургическая гастроэнтерология. - СПб.: Питер, 2001. - 568 с.

### **Рецензенты:**

Островский В.К., д.м.н., профессор, зав.кафедрой общей и оперативной хирургии с топографической анатомией и курсом стоматологии ФГБГОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск.

Чарышкин А.Л., д.м.н., профессор, зав. кафедрой факультетской хирургии ФГБГОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск.