

© П.С. Филипенко, Ю.С. Малоокая, 2006
УДК 616.33-002.44:616.126.42:616-007.17

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

П.С. Филипенко, Ю.С. Малоокая

Ставропольская государственная медицинская академия

Среди висцеральных маркеров патологии соединительной ткани (СТ) наиболее известны мезенхимальные дисплазии сердца, из числа которых самой распространенной и изученной является идиопатический пролапс митрального клапана (ПМК). Полагают, что ПМК является одним из факторов риска развития патологии органов пищеварения.

Как было показано, при наследственных заболеваниях СТ поражение пищеварительной системы встречается достаточно часто [1,2,3,4,6]. Одно из наиболее распространенных проявлений этого процесса – язвенная болезнь (ЯБ).

Особенности строения слизистой оболочки (СО) желудка и его секреторного аппарата, в ряде случаев генетически детерминированные, могут определять формирование гастродуоденальных заболеваний под воздействием различных неблагоприятных факторов [7].

В связи с этим изучение характера клинико-морфологических изменений в СО желудка (СОЖ) у больных с ЯБ и ПМК представляет несомненный практический интерес.

Цель исследования: изучение клинико-морфологических особенностей ЯБ у больных с ПМК.

Материал и методы. Для настоящего исследования были отобраны 30 больных с идиопатическим ПМК, страдающих ЯБ, в возрасте от 17 до 35 лет. Контрольную группу составили 28 больных ЯБ без ПМК и фенотипических признаков дисплазии СТ. Все больные были рандомизированы по полу и возрасту. ПМК выявляли с помощью эхокардиоскопии. Для диагностики ЯБ, определения степени выраженности воспалительного процесса и для целей дифференциального диагноза проводили клиническое

исследование больных и эзофагогастродуоденоскопию с прицельной множественной ступенчатой биопсией. Брали 4-6 биоптатов по ходу малой и большой кривизны желудка, из передней и задней стенок тела, а также из краев язвенного дефекта с последующим гистологическим исследованием биопсийного материала. Биоптаты СОЖ фиксировали в 10% растворе формалина по Лили. Тонкие парафиновые срезы окрашивали гематоксилином-эозином, по Романовскому-Гимза, для выявления слизи в добавочных клетках ставили ШИК-реакцию [5].

Для оценки состояния железистого аппарата СО пилоро-антрального отдела желудка определяли индекс массы тела пилорических желез (МПЖ). Подсчитывали число желудочных ямок и концевых отделов пилорических желез в срезах СОЖ. Далее вычисляли индекс МПЖ как среднее число концевых отделов желез, приходящееся на 1 желудочную ямку [7]. При индексе МПЖ равном 5 и более состояние пилорических желез считали удовлетворительным, умеренные атрофические изменения встречались при индексе МПЖ 5-4, значительные – от 3 до 2, резко выраженные – от 1 и ниже.

Результаты и обсуждение. Дебютом ЯБ у лиц молодого возраста (17-25 лет) были кровотечения (12%) и перфорация язвы в брюшную полость (9%). В контрольной группе кровотечение явилось осложнением ЯБ только у 1% пациентов, перфораций не было. Из 30 больных с ПМК Нр-ассоциированная ЯБ была выявлена у 37%, в контрольной группе – у 87%. Бессимптомное течение ЯБ было выявлено у 6,7% больных с ПМК, причем среди них все были Нр-негативные.

У 89% больных с ПМК и у 95% без ПМК с Нр-ассоциированной ЯБ был выявлен хрониче-

ский активный гастрит без атрофии. Среди Нр-негативных больных активный гастрит выявлялся у 35% пациентов опытной и у 38% – контрольной группы. Неактивный гастрит был у 65% Нр-негативных пациентов с ПМК и сочетался у 81% этих больных с атрофией слизистой, что сопровождалось в 5% случаев гигантскими размерами язв; у 25% больных встречались сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Неактивный гастрит у Нр-негативных пациентов без ПМК встретился в 62% случаев, из их числа только 21% больных имел атрофические изменения в СОЖ.

Течение ЯБ у больных с ПМК, в отличие от больных без ПМК, характеризовалось острым началом, коротким периодом предъязвенного состояния (1-1,5 месяца), наличием выраженного абдоминального болевого синдрома, затяжным течением процесса, достоверно большими размерами язвенного дефекта. У больных с ПМК отмечалось редко рецидивирующее течение ЯБ (в среднем 1 обострение за 2 года и реже), отсутствовала сезонность обострений.

В биоптатах, взятых из дна и краев язвы, находили детрит в виде скопления слизи с примесью распадающихся лейкоцитов, эритроцитов и слущенных клеток. В периульцерозной зоне в активной фазе язвенного процесса наблюдалась картина острого воспаления с отеком и значительным кровенаполнением сосудов. В составе инфильтрата преобладали нейтрофильные лейкоциты (20-25 в поле зрения), плазматические, тучные клетки. В подслизистом слое, даже на некотором удалении от язвенного дефекта, наблюдалось укрупнение калибра сосудов и усиление в их стенках реакции на нейтральные мукополисахариды. Язвы тела и субкардиального отдела желудка на фоне тотального поражения слизистой оболочки были с преобладанием атрофических процессов и явлениями кишечной метаплазии.

В стенках сосудов, расположенных вблизи язвы, обнаруживали явления фибриноидного некроза. *Helicobacter pylori* в стенке язвенного дефекта определялся в 42% случаев.

У 81% больных с ЯБ при наличии ПМК были выявлены атрофические изменения пилорических желез СО антрального отдела желудка с уменьшением числа их концевых отделов. Нормальное состояние пилорических желез было у 40% больных. При анализе индекса МПЖ в 47% случаев ЯБ, сочетающейся с ПМК, наблюдались умеренные отклонения, значительные изменения индекса были у 10%, резкие – у 3% пациентов.

У 21% больных с ЯБ без ПМК было выявлено нормальное состояние пилорических желез, у 38% наблюдались умеренные значения индекса МПЖ, значительные изменения были у 7%. В отличие от больных с ПМК, резких изменений состояния пилорических желез не было.

Таким образом, особенностями течения ЯБ у больных с ПМК являются молодой возраст, острое начало, отсутствие сезонности обострений заболевания, преобладание Нр-негативной формы ЯБ над Нр-позитивной, наличие атрофического неактивного гастрита, множественность и большие размеры язвенных дефектов, длительный период рубцевания.

Атрофические изменения СО антрального отдела у больных с ПМК были более выражены и распространены. Нормальное состояние пилорических желез отмечено у 40%. Умеренные атрофические изменения выявлялись в 47% случаев, значительные – в 10%, резкая атрофия желез была у 3% пациентов с ЯБ и ПМК.

Для больных без ПМК атрофические изменения были менее характерны. Нормальные значения индекса МПЖ получены у 55%, умеренные значения – в 98%, значительные – у 7% больных. Резких изменений в состоянии пилорических желез выявлено не было.

Выводы

1. Идиопатический ПМК, один из признаков ДСТ, можно рассматривать как фактор риска развития ЯБ.

2. У больных с ПМК ЯБ чаще дебютирует кровотечением и имеет бессимптомное течение.

3. Более тяжелое течение ЯБ отмечалось у больных с Нр-негативной формой заболевания.

4. Установлено преобладание у больных с ПМК атрофических изменений СОЖ.

Литература

1. Клеменов, А. В. Недостаточность баугиниевой заслонки как висцеральное проявление недифференцированной дисплазии соединительной ткани / А. В. Клеменов, В. Л. Мартынов, Н. С. Торгушина // Тер. арх. - 2003. - № 4. - С. 44-46.
2. Клеменов, А. В. Внекардиальные проявления недифференцированной дисплазии соединительной ткани / А. В. Клеменов // Клин. мед. - 2003. - № 10. - С. 4-7.
3. Меркулов, Г. А. Курс патологической техники / Г. А. Меркулов. - М.: «Медицина», - 1969. - С. 68-69.
4. Насонова, В. А. Органы пищеварения и системные заболевания соединительной ткани / В. А. Насонова // Клин. мед. - 1979. - № 10. - С. 5-10.
5. Особенности течения заболеваний органов пищеварения у больных с первичным пролапсом митрального клапана / И. В. Маев, А. Н. Казюлин, Е. Д. Вальцова // Клин. мед. - 2000. - № 1. - С. 22-26.
6. Пролапс митрального клапана как риск развития заболеваний органов пищеварения / И. В. Маев, А. Н. Казюлин, Е. Д. Вальцова, И. Грибкова // Врач. - 1998. - № 1. - С. 34-36.
7. Самсонов, В. А. Новые методы количественной оценки состояния железистого аппарата слизистой оболочки желудка / В. А. Самсонов // Архив патологии. - 1973. - Т. 35, № 8. С. 1-96

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ
С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

П.С. ФИЛИПЕНКО, Ю.С. МАЛООКАЯ

Обследовано 30 больных, страдающих язвенной болезнью с идиопатическим пролапсом митрального клапана, в возрасте от 17 до 35 лет. Контрольную группу составили 28 больных язвенной болезнью без пролапса митрального клапана и фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани. Всем больным выполняли эхокардиоскопию, эзофагогастродуоденоскопию с прицельной множественной ступенчатой биопсией. Выявлены особенности течения язвенной болезни у больных с пролапсом митрального клапана (молодой возраст, острое начало, отсутствие сезонности обострений заболевания, преобладание Нр-негативной формы ЯБ над Нр-позитивной, наличие атрофического неактивного гастрита, множественность и большие размеры язвенных дефектов, длительный период рубцевания). Атрофические изменения СО антрального отдела у больных с пролапсом митрального клапана были более выражены и распространены. Полученные результаты позволяют рассматривать идиопатический пролапс митрального клапана как фактор риска развития ЯБ.

Ключевые слова: язвенная болезнь, пролапс митрального клапана

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL FEATURES OF STOMACH
ULCER AT PATIENTS WITH MITRAL VALVE PROLAPSE

FILIPENKO P.S., MALOOKAYA Y.S.

Objects were 30 patients with stomach ulcer and idiopathic mitral valve prolapse in the age of 17 – 35 years. Control group consisted of 28 stomach ulcer patients without mitral valve prolapse and attributes of connective tissue dysplasia. All patients were examined using echocardiography, esophagogastroduodenoscopy with aiming multiple step biopsies. Features of stomach ulcer clinical course at patients with mitral valve prolapse (young age, acute debut of the disease, absence of seasonal current, prevalence of the Hp-negative form above Hp-positive, presence of an atrophic inactive gastritis, multiple and greater sizes of ulcer defects, long scarring period) were determined. Antral atrophy was more expressed and typical among patients with mitral valve prolapse. The data obtained allow consider the idiopathic mitral valve prolapse as a risk factor for stomach ulcer development.

Key words: stomach ulcer, mitral valve prolapse