

УДК 616.33-002.44-089.168

**КОМПЛЕКСНАЯ
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ
ДИАГНОСТИКА
ТРУДНОРУБЦУЮЩИХСЯ ЯЗВ
ЖЕЛУДКА**

Серикова Светлана Николаевна – к.м.н.
*МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», Краснодар,
Россия*

Сериков Сергей Георгиевич – к.м.н.
*МБУЗ поликлиника № 3, Краснодар,
Россия*

Дурлештер Владимир Моисеевич – д.м.н.,
профессор
*МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО»,
Кубанский государственный медицинский
университет, Краснодар, Россия*

Корочанская Наталья Всеволодовна –
д.м.н., профессор
*МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО»,
Кубанский государственный медицинский
университет, Краснодар, Россия*

В статье на основе комплексного
обследования 115 больных с
хроническими язвами желудка
предложены алгоритм углубленного
эндоскопического исследования
пациентов с труднорубцующимися язвами
желудка и критерии прогноза
неэффективности консервативного
лечения.

Ключевые слова: ХРОНИЧЕСКИЕ ЯЗВЫ
ЖЕЛУДКА, КОМПЛЕКСНАЯ
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА.

UDC 616.33-002.44-089.168

**COMPLEX ENDOSCOPY
DIAGNOSTICS OF HARD SCARRING
GASTRIC ULCERS**

Serikova Svetlana Nikolaevna – MD
*City Hospital Nr 2 «KMLDO», Krasnodar,
Russia*

Serikov Sergei Georgievich – MD
Policlinics Nr 3, Krasnodar, Russia

Durleshter Vladimir Moiseevich – MD,
professor
*City Hospital Nr 2,
Kuban state medical university, Krasnodar,
Russia*

Korochanskaya Natalia Vsevolodovna – MD,
professor
*City Hospital Nr 2,
Kuban state medical university, Krasnodar,
Russia*

The article presented the complex
observation of 115 patients with chronic
gastric ulcers. The profound endoscopy
diagnostics of patients with hard scarring
gastric ulcers was suggested. The criteria of
non-effective drug therapy were stated.

Key words: CHRONIC GASTRIC ULCERS,
COMPLEX ENDOSCOPY DIAGNOSTICS.

Хронические язвы желудка (ХЯЖ) являются не только медицинской, но и социальной проблемой в связи с распространенностью заболевания и риском онкотрансформации [1–4]. Рецидивирующее течение ХЯЖ, тяжесть осложнений [5–6], а также высокий процент частичной или полной утраты трудоспособности наиболее активной части населения вынуждают исследователей уточнять этиологические и патогенетические аспекты их возникновения [7].

Наиболее сложны в патогенетическом отношении труднорубцующиеся ХЯЖ, которые не поддаются консервативной терапии и требуют хирургического вмешательства [8], коррекции анатомо-функциональных изменений гастродуоденального комплекса (ГДК) [9].

С учетом вышеизложенного **целью** работы явилась разработка стандартов комплексного эндоскопического обследования больных с труднорубцующимися ХЯЖ.

Материал и методы исследования. Проведено обследование 115 больных с ХЯЖ в возрасте от 35 до 70 лет (82 мужчины, 33 женщины), находившихся на лечении в Российском центре функциональной хирургической гастроэнтерологии (РЦФХГ) в 2000–2008 годах. В дальнейшем пациенты наблюдались в гастроэнтерологическом отделении специализированного консультативно-амбулаторного лечения городской больницы № 2 «Краснодарское медицинское лечебно-диагностическое объединение». В результате проспективного динамического наблюдения больные были разделены на две группы. Для первой группы (51 пациент) больных медикаментозное лечение было эффективным и отсутствовали показания к оперативному лечению. Вторая группа (64 пациента) больных с неэффективной консервативной терапией в последующем перенесли органосохраняющую операцию методом гастропластики (ГП) по оригинальной методике В.И. Оноприева и соавт. [10].

Helicobacter pylori (HP)-ассоциированная ХЯЖ до включения пациентов в исследование была выявлена у 30 (58,8 %) пациентов 1-й группы и 48 (75,0 %) пациентов 2-й группы. Инфицированные больные подвергались эрадикационной терапии (использовались схемы, рекомендованные европейским консенсусом – Маастрихтским соглашением, 2000 г.) и включались в исследование только после излечения от HP-инфекции. Больные, у которых при поступлении показанием к операции явились такие осложнения ЯБЖ, как кровотечение, прободение, стеноз выходного отдела желудка, были исключены из исследования.

Наблюдаемые больные прошли комплексное клиническое, морфологическое и функциональное исследование, включающее: эндоскопическую и морфологическую оценку биоптатов слизистой оболочки желудка (СОЖ) из наиболее изменённых участков антрального (АОЖ) и фундального (ФОЖ) отделов желудка, дна и краёв хронических язв (6–8 биоптатов); полипозиционное рентгенологическое исследование, оценивались параметры КЖ пациентов по опроснику MOS-SF-36. В сложных случаях использовали комплексный эндоскопический метод диагностики – магнификационную гастроскопию (115-кратное оптического увеличения) с хромоскопией 0,5 %-м раствором метиленовой сини и эндоскопическое ультразвуковое исследование (ЭУЗИ) желудка с прицельной биопсией.

Статистическую обработку полученных данных производили на IBM – совместимом компьютере на базе Intel Pentium IV с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel и программы «Статистика-6» для Windows XP (версия 2002).

Результаты исследования. В настоящее время эндоскопическая диагностика является наиболее надёжным методом выявления язвенного дефекта, динамического наблюдения за течением язвенного процесса,

контроля заживления язвы. При обнаружении ХЯЖ проводить дифференциальную диагностику с язвенными формами рака проблематично. Известные макроскопические критерии диагностики изъязвлений злокачественной и доброкачественной природы не могут быть признаны в настоящее время достаточно надежными и достоверными. В сложных случаях мы использовали комплексный эндоскопический метод диагностики ХЯЖ. Рутинную ФГДС дополняли МГДС с хромоскопией (с функцией $\times 115$ -кратного оптического увеличения), прицельной биопсией из наиболее изменённых участков СОЖ, а также ЭУЗИ желудка, позволяющие определить глубину дефекта стенки, структуру в области дна, состояние окружающих тканей и лимфатических узлов.

У большинства пациентов с ХЯЖ наблюдалась недостаточность нижнего пищеводного сфинктера (90,1 % и 90,6 %, соответственно, по группам), что способствовало развитию рефлюксных поражений слизистой оболочки пищевода различной степени выраженности от неэрозивной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (НЭРБ) до эрозивного эзофагита (см. табл.).

Таблица – Интроскопические параметры у больных с хроническими язвами желудка

Характерные признаки	1-я группа (n = 51)	2-я группа (n = 64)
	абс.(%)	абс.(%)
Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД)	22 (35,2)	33 (51,5)*
Недостаточность кардии	46 (90,1)	58 (90,6)
НЭРБ	32 (62,7)	40 (62,5)
Эзофагит по лос-анджелесской классификации 1994 г.		
ст. А	7 (13,7)	16 (25,0)
ст. В	3 (5,8)	7 (10,9)
ст. С	0	1 (1,5)
ст. D	0	0
нет	9 (17,6)	0*
Эрозии желудка	15 (29,4)	23 (35,9)
Язвы желудка в зависимости от локализации		
кардиальный и субкардиальный отделы желудка	1 (2,0)	6 (9,4)
тело и угол желудка по малой кривизне	28 (54,9)	55 (85,9)*
тело желудка по большой кривизне	0	3 (4,7)*

антральный отдел желудка	19 (37,2)	0*
пилорический канал	3 (5,9)	0*
Язвы желудка в зависимости от размера		
малые (менее 0,5 см)	15 (29,4)	0*
средние (0,5–1,0 см)	21 (41,2)	6 (9,4)*
большие (1,1–3,0 см)	14 (27,4)	48 (75,0)*
гигантские (более 3 см)	0	10 (15,6)*
Дуоденогастральный рефлюкс	16 (31,4)	19 (29,7)
Эрозивное воспаление СО ДПК	12 (23,5)	17 (26,5)
Папиллит	15 (29,4)	20 (31,2)

Примечание: * $p < 0,05$ по сравнению с 1-й группой больных.

Сопоставительный анализ эндоскопических данных у больных в клинических группах показал, что грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) выявлены у 35,2 % и 51,5 % пациентов, соответственно, т.е. встречались достоверно чаще ($p < 0,05$) во 2-й группе (рис. 1, 2).

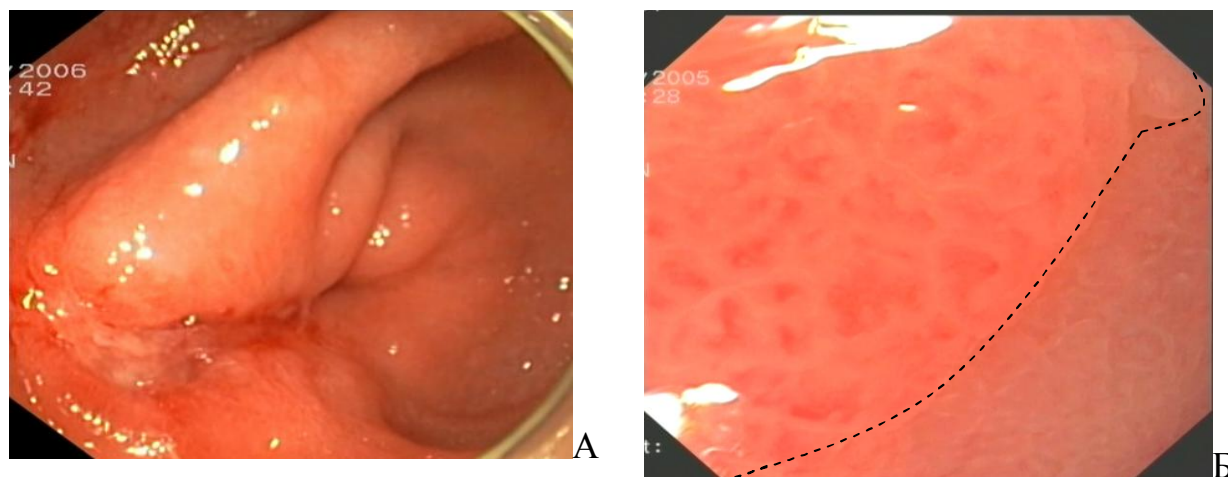


Рисунок 1. Язва антрального отдела желудка: А – обычная ФГДС; Б – магнификационная эндоскопия, увеличение $\times 115$ (чёткая граница перехода слизистой тип А в слизистую, преимущественно, тип ВС)

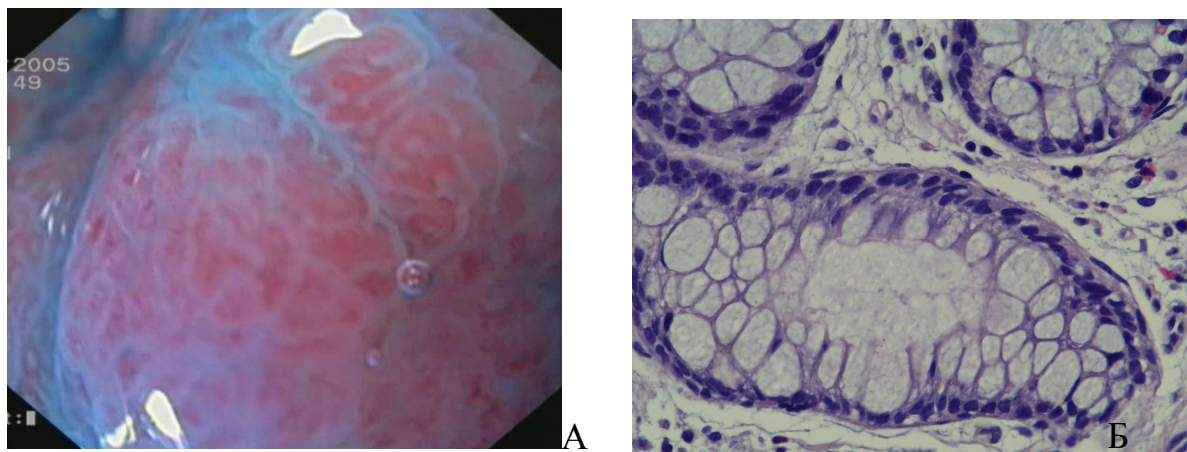


Рисунок 2. Слизистая оболочка желудка, края язвы: А – магнификационная эндоскопия с хромокопией раствором метиленового синего, увеличение $\times 115$, слизистая тип ВС; Б – гистологическое исследование, очаговая метаплазия и слабая дисплазия, окраска гематоксилин-эозином, увеличение $\times 400$

Очевидно, что высокая степень частоты сочетания язвенного поражения желудка, ГПОД и рефлюкс-эзофагита определена общими звеньями патогенеза. Во 2-й группе при эндоскопии достоверно чаще были выявлены хронические язвы, расположенные в теле желудка по малой и большой кривизне (у 85,9 % и 4,7 % пациентов, соответственно). Ни в одном случае из этой группы не были диагностированы язвы пилороантральной локализации (рис. 3, 4).

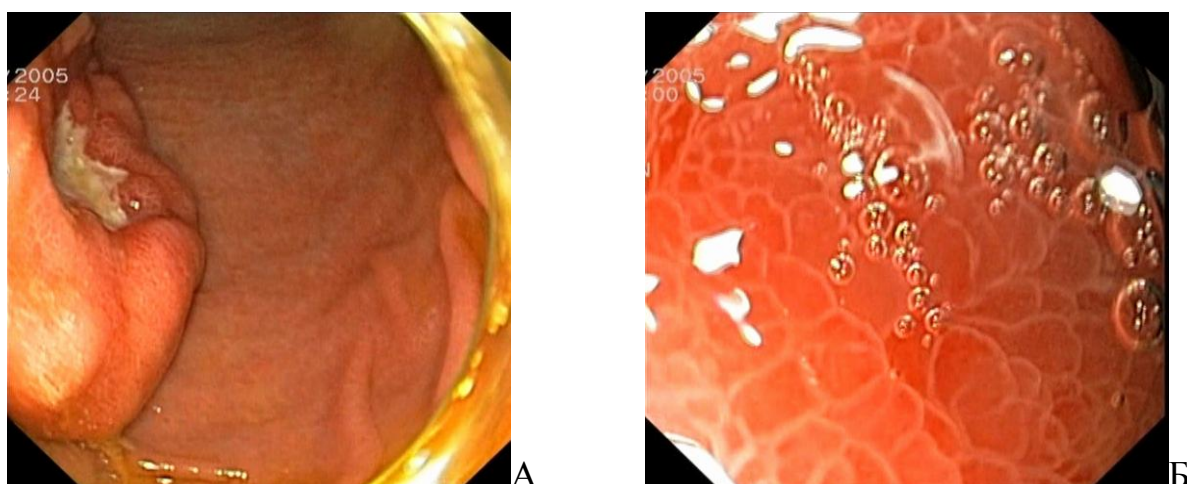


Рисунок 3. Язва средней трети тела желудка: А – обычная ФГДС; Б – магнификационная эндоскопия, увеличение $\times 115$ (тип D слизистой оболочки периульцерозной зоны)

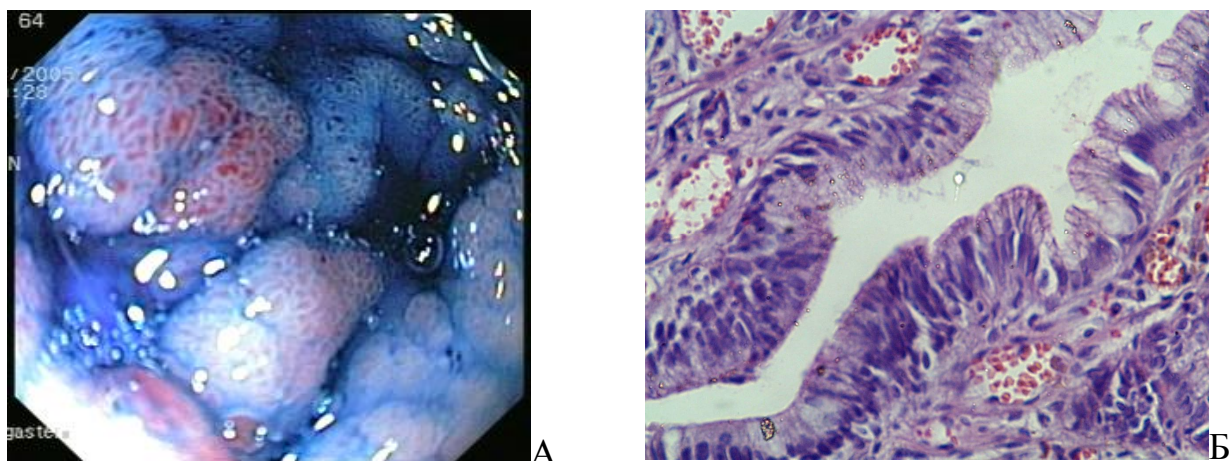


Рисунок 4. Слизистая оболочка желудка, края язвы: А – магнификационная эндоскопия с хромокопией раствором метиленовым синим (края язвы неоднородно прокрасились); Б – очаговая тяжелая дисплазия, окраска гематоксилин-эозином $\times 400$

Язвы желудка у пациентов до операции (2-я группа) по размеру были достоверно чаще большими (71,9 %) и гигантскими (14,0 %), ($p < 0,05$). В 1-й группе большие язвы были в 27,4 % случаев, гигантские язвы не выявлены. Дуоденогастральный рефлюкс (ДГР) диагностирован у 31,4 % и 29,7 % пациентов 1-й и 2-й групп, соответственно (рис. 5).

ДГР встречается в норме, а также может быть спровоцирован эндоскопическим исследованием. Поэтому мы оценивали ДГР как патологический в тех случаях, когда он регистрировался на фоне изменений слизистой антрального отдела, таких как язвы, эрозии, атрофический гастрит (рис. 6).

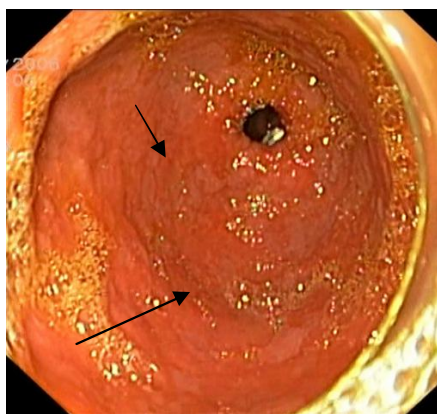


Рисунок 5. Катаральный гастрит, дуоденогастральный рефлюкс при ФГДС

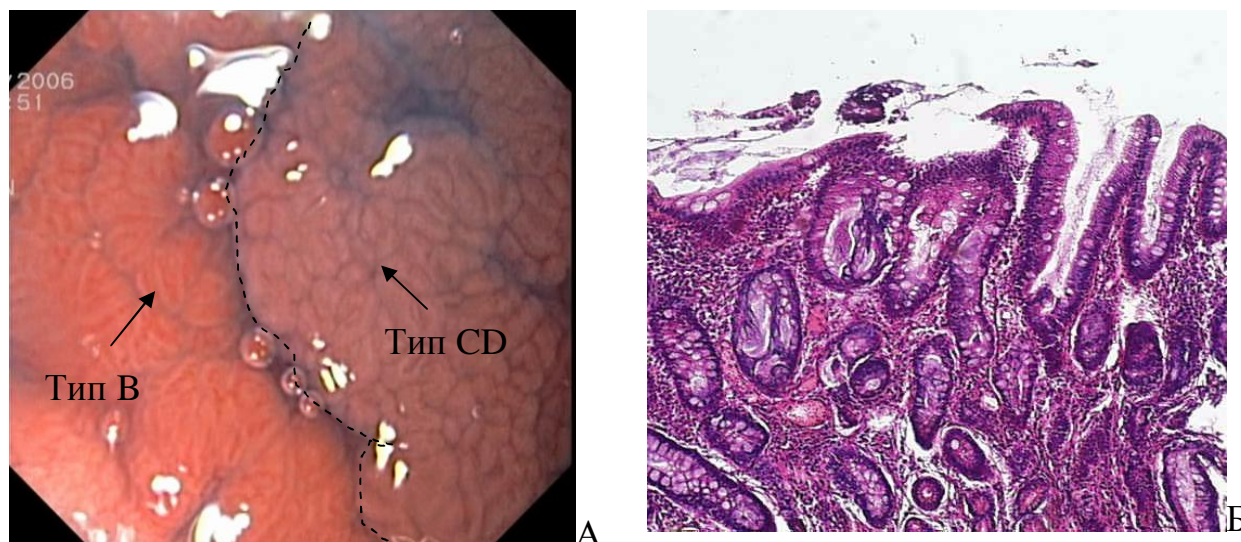


Рисунок 6. А – магнификационная эндоскопия с хромокопией раствором метиленовым синим, увеличение $\times 115$, визуализируется переход слизистой тип В (ямка в виде короткого стержня) в тип CD (ямки удлинённые, извитые); Б – хронический атрофический гиперпластический антрум-гастрит, очаговая полная кишечная метаплазия покровно-ямочного эпителия. Окраска гематоксилин эозином, увеличение $\times 100$

Папиллит большого дуоденального сосочка встречался у больных обеих групп (29,4 % и 31,2 %) достаточно часто, что косвенно указывало на наличие сопутствующего хронического панкреатита. В сложных диагностических случаях (43 пациента) выполнялось ЭУЗИ.

Язва желудка при данном исследовании представлена фокальным разрушением слоёв желудочной стенки различной площади и глубины, дно язвенного дефекта – в виде неярко гиперэхогенного сигнала без чёткой акустической тени, соответствующей налёту фибрина (рис. 7). ЭУЗИ позволяло достаточно чётко определить глубину язвы, структуру дна прилежащих тканей, оценить возможность её распространения за пределы серозной оболочки (пенетрация была выявлена у 8 пациентов из 2-й клинической группы). Кроме того, важным аспектом в диагностике было подозрение на малигнизацию. Проведённый анализ литературных источников, посвящённых этому вопросу, свидетельствует о том, что надёжных дифференциально-диагностических критериев ЭУЗИ,

подтверждающих малигнизацию язвенного процесса, в настоящее время не существует (Оноприев А.В., Катрич А.Н., 2006; Dancygier H. et al. 1999; Aibe T. et al., 1986) (рис. 8).

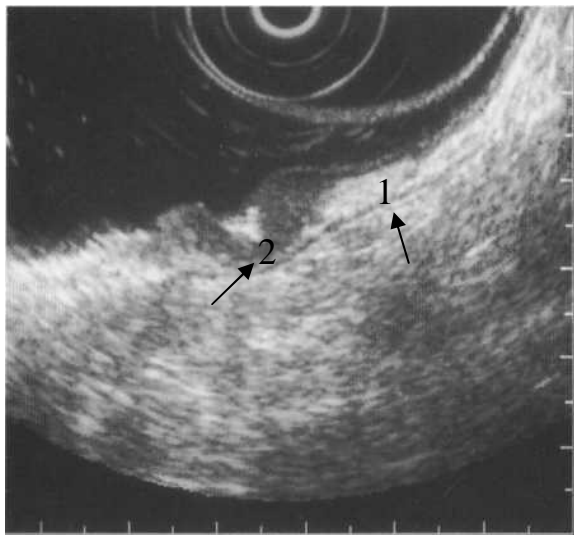


Рисунок 7. Язвенный дефект стенки желудка на ЭУЗИ: 1) стенка желудка; 2) дно язвы, покрытое налётом фибрина

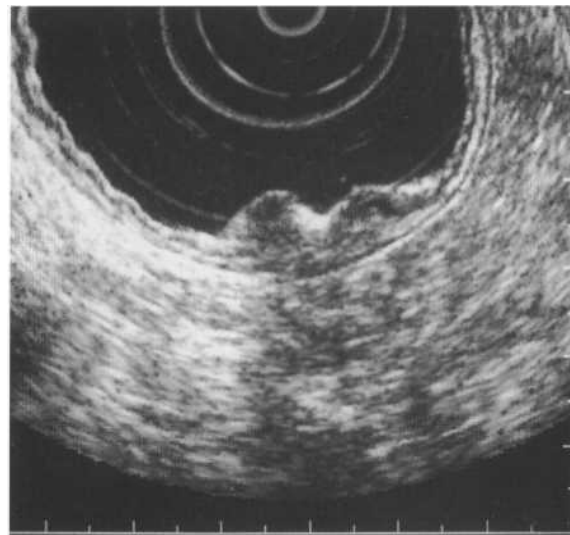


Рисунок 8. Малигнизированная язва желудка на ЭУЗИ (нечёткий переход измененной стенки желудка в неизменённую)

В нашем исследовании ориентировались на следующие основные признаки, свойственные доброкачественным изменениям:

- 1) сохранение структуры слоев стенки желудка на фоне их диффузных изменений (утолщение, изменение эхогенности);
- 2) более четкая граница перехода эхографически измененных стенок желудка в неизменённые стенки;
- 3) лимфаденопатия (размер менее 1 см, овальная форма, чёткие контуры, сохраненная дифференциация на слои).

Поиск надежных и достоверных сонографических критериев малигнизации язвы желудка продолжается. Наиболее важное место в дифференциальной диагностике язвенных поражений слизистой оболочки желудка занимает гистологическое исследование множественных биоптатов, взятых из дна и краёв язв.

Обсуждение полученных результатов. В настоящее время эндоскопическая диагностика является наиболее надёжным методом выявления язвенного дефекта, динамического наблюдения за течением язвенного процесса, контроля заживления язвы [11]. Выявление структурных изменений в органах и тканях, которое было доступно ранее только патоморфологам, стало возможным на диагностическом этапе. В алгоритме современной эндоскопической диагностики одно из лидирующих мест занимают аппаратное обеспечение и возможность практического применения электронных увеличивающих (магнификационных) эндоскопов с высокой разрешающей способностью, цифровых эхоэндоскопических систем [12]. В нашем исследовании использовали комплексный эндоскопический метод с множественными гастробиопсиями, взятыми из наиболее изменённых участков СОЖ и периульцерозной зоны. Это позволило нам: во-первых, провести дифференциальный диагноз между хронической язвой и злокачественными новообразованиями желудка при отборе пациентов в клинические группы; во-вторых, осуществить динамическое наблюдение за изменениями СОЖ в процессе консервативной терапии; в-третьих, выявить кишечную метаплазию (КМ) и эпителиальную дисплазию в краях хронических язв различной степени выраженности и формировать группу повышенного онкологического риска.

По результатам комплексного эндоскопического исследования нами были выделены следующие предикторы малой эффективности консервативного лечения: локализация язв гигантских или больших размеров в углу и теле желудка по малой кривизне или по большой кривизне; пенетрация хронической язвы; отсутствие изменений или отрицательная динамика язвенного дефекта на фоне адекватного консервативного лечения. Полученные нами данные совпадают со сведениями, приведенными в литературных источниках: хирургического

лечения вследствие частого развития осложнений требуют так называемые «трудные язвы» (каллезные, гигантские, множественные, «высокие» и их сочетание) [13, 14], нередко сочетающиеся с пенетрацией и стенозом [15], расположенные в области дна и тела желудка [2]. Применение активной хирургической тактики при таких язвах способствует снижению частоты возникновения осложнений и летальных случаев [16]. По мнению ряда авторов [17, 18], относительными показаниями к операции при неосложнённой ЯБЖ является незаживление язвенного дефекта при проведении максимально интенсивной медикаментозной терапии. К специфическим критериям резистентных к консервативному лечению язв они относят: 1) персистирование язвы более 3–4 месяцев; 2) возникновение рецидива язвы в течение года, несмотря на поддерживающую терапию; 3) наличие длительных периодов обострения и коротких (или отсутствующих) периодов ремиссии в течение 2–3-х лет.

Список литературы

1. Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Жаров А.А. и др. Роль хронической язвы желудка в канцерогенезе // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2006. – № 10. – С. 4–8.
2. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М. Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Клин. мед. – 2000. – № 8. – С. 88–90.
3. Автандилов Г.Г., Купрюшина Н.В. Компьютерная микроскопия предраковых заболеваний желудка на основе данных плоидометрии // Научная сессия МИФИ. – 2007. – Том 1. – С. 249–251.
4. Hansson L.E., Nyren O., Hsing A.W. et al. The risk of stomach cancer in patients with gastric or duodenal ulcer disease // N Engl. J Med. 1996; 335: 242–249.
5. Соколова Г.Н., Потапова В.Б. Клинико-патогенетические аспекты язвенной болезни желудка. – М.: Анахарсис, 2009. – 328 с.
6. Гостищев В.К., Евсеев М.А., Головин Р.А. Радикальные оперативные вмешательства в лечении больных с перфоративными гастродуоденальными язвами // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2009. – № 3. – С. 10–17.
7. Циммерман Я.С. Актуальные проблемы клинической гастроэнтерологии. Клинические очерки. – Пермь, 2008. – С. 359.
8. Калиш Ю.И., Оразалиев Г.Б., Хан Г.В., Рузметов Н.Б. Хронические язвы желудка у лиц старше 60 лет // Хирургия Узбекистана. – 2004. – № 3. – С. 13–18.
9. Кузин Н.М., Егоров А.В. Результаты хирургического лечения язвенной болезни // Хирургия. – 1994. – № 5. – С. 17–21.
10. Оноприев В.И., Токаренко О.С., Уваров И.Б. Органосохраняющие технологии лечения язвенной болезни желудка // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2005. – № 1. – С. 39–43.
11. Тимошенко В.О. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: история, принципы диагностики и лечения // Альманах эндоскопии. – 2002. – № 1. – С. 126–133.
12. Оноприев А.В., Катрич А.Н. Эндосонография желудка при язвенной болезни // Язвенная болезнь желудка / Под ред. В.И. Оноприева, Г.Ф. Коротько, Н.В. Корочанской, С.Н. Сериковой. – Краснодар, 2006. – 487 с.
13. Власов А.П., Кукош М.В., Сараев В.В., Степанов Ю.П. Резекционная хирургия желудка. – Нижний Новгород, 2005. – 357 с.
14. Калиш Ю.И., Турсуметов А.А. Хирургическое лечение сочетанных язв желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2009. – № 6. – С. 27–30.
15. Курбонов К.М., Назаров Б.О. Хирургическая тактика при перфоративных гастродуоденальных язвах, сочетающихся с пенетрацией и стенозом // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2006. – № 12. – С. 12–17.
16. Жанталинова Н.А. Выбор хирургической тактики при гигантских язвах желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. – № 12. – 2005. – С. 22–25.
17. Кузин М.И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2001. – № 1. – С. 27–32.
18. Яицкий Н.А., Седов В.М., Морозов В.П. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 376 с.