

ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКИХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА

Серикова С. Н.¹

¹Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения городская больница № 2 «Краснодарское многопрофильное лечебно-диагностическое отделение», Краснодар, Россия (350089, г. Краснодар, ул. Красных партизан 6/1), e-mail: serikovasn@mail.ru

Обследовано и проведено консервативное лечение 485 пациентов с хроническими язвами желудка (ХЯЖ), выделены две группы больных (по 64 человека), рандомизированные по полу и возрасту: 1 группа – пациенты, у которых медикаментозное лечение было эффективным, 2 группа – пациенты с длительно не рубцующимися ХЯЖ. Проанализированы результаты исследования с использованием комплексного эндоскопического метода, включающего магнификационную гастродуоденоскопию (МГДС), с 115-кратным увеличением и хромоскопией 0,5 % раствором метиленовой сини, с взятием множественных гастробиоптатов СОЖ, эндоскопическое ультразвуковое исследование (ЭУЗИ). Выделен комплекс морфологических показателей, позволяющих прогнозировать неблагоприятное течение ХЯЖ. Характер исходного состояния СОЖ и периульцерозной зоны имеет важнейшее прогностическое значение (стадия и степень атрофического гастрита, дифференцированный подход к феномену кишечной метаплазии и диспластическим изменениям), определяющее индивидуальный прогноз и тактику ведения пациента с ХЯЖ.

Ключевые слова: хроническая язва желудка, комплексное эндоскопическое исследование, морфологическое исследование.

SELECTED APPROACH TO CHRONIC GASTRIC ULCERS TREATMENT

Serikova S. N.¹

¹Municipal budget health care organization city hospital Nr. 2 “Krasnodar versatile medical-diagnostic association”, Krasnodar, Russia. (350089, Krasnodar, Krasnich Partizan st. 6/1), e-mail:serikovasn@mail.ru

485 patients with chronic gastric ulcers (CGU) were observed and underwent medical treatment. Two groups of patients (64 patients in each one) were selected. Patients were randomized in sex and age. The first group was consisted of patients with good effect of medical treatment; the second one consisted of patients with lingering non-scar CGU. The data obtained were analyzed by means of complex endoscopy with 115-times magnitude MGDS and chromoscopy with 0,5 % methylene blue solution, E-sonography with multiply gastrobioplates of CGU. Complex morphologic indices was revealed. It allowed predicting unfavorable prognosis for CGU. The character of CGU and peri-ulceral area initial state (stage and degree of atrophic gastritis the differential approach to intestinal metaplasia phenomenon, dysplasia alterations) has the most importance. The results of the study give the opportunity to prognosis and tactics of treatment for patients with CGU.

Key words: Chronic gastric ulcer, complex endoscopy, morphologic study.

Введение

Хронические язвы желудка (ХЯЖ) являются не только медицинской, но и социальной проблемой. Наиболее тяжелые в патогенетическом отношении, трудно рубцующиеся, гигантские ХЯЖ. При их продолжительном рубцевании возникают серьезные ошибки в трактовке результатов морфологического исследования слизистой оболочки желудка (СОЖ) в плане дифференциальной диагностики реактивных, регенераторных пролифераций от пренеопластических изменений [5]. Регистрируемые случаи консервативного лечения, проводимого пациентам с первично-язвенной формой рака желудка, свидетельствуют о том, что дифференциальная диагностика с ХЯЖ

представляет определенные трудности, что обуславливает проведение множественных повторных биопсий из краев и дна язвы для верификации диагноза [1].

Целью настоящего исследования явился индивидуализированный подход к лечению больных с ХЯЖ на основе изучения клинических и морфологических особенностей СОЖ.

Материал и методы исследования

Обследовано 485 пациентов с ХЯЖ, доброкачественность которых была неоднократно подтверждена морфологическими исследованиями гастробиоптатов СОЖ. Все пациенты получали стандартную медикаментозную терапию, включающую полную суточную дозу ингибиторов протонной помпы, антибактериальную терапию при подтверждении контаминации *Helicobacter pylori* (НР-инфекция), двумя из перечисленных методов (дыхательный, гистологический, иммуноферментный анализ (ИФА)). В результате динамического наблюдения за больными и проведения им исследований нами были выделены 2 группы пациентов по 64 человека в каждой, рандомизированные по полу и возрасту. Возраст пациентов от 35 до 72 лет (средний $54,2 \pm 15,4$ года). Первая группа – больные, у которых медикаментозное лечение было эффективным (достигнута клинико-эндоскопическая ремиссия в течение 8 недель), вторая группа – пациенты с длительно не рубцующимися язвами (срок заживления на фоне стандартной терапии превышал 8 недель). Всем больным выполняли комплексное эндоскопическое исследование, включающее: МГДС и хромоскопию 0,5 % раствором метиленовой сини с прицельной биопсией из СОЖ (2 биоптата из антрального и 3 биоптата из фундального отделов желудка), дна и края ХЯЖ (не менее 6–8 биоптатов), ЭУЗИ желудка. Для индивидуального прогнозирования риска рака желудка определяли степень и стадию хронического атрофического гастрита (ХАГ) по визуально-аналоговой шкале, утверждённой решением III съезда Российского общества патологоанатомов в 2009 году (Российский пересмотр международной классификации OLGA-2008 [2]). Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы STATISTICA 6.0. Полученные результаты считались статистически значимыми при значениях $p < 0,05$.

Результаты

В нашем исследовании выявлено 64 человека (13,2 %) с неблагоприятным течением ХЯЖ среди всех обследованных (485 пациентов). Клиническая оценка больных с ХЯЖ показала, что ведущим симптомом заболевания в обеих группах была боль в животе. Жалобы на неё предъявляли 60 (93,8 %) пациентов из 1 клинической группы и 57 (89,0 %) из 2 группы. Интенсивность болевого симптома нарастала при пенетрации ХЯЖ в малый сальник, поджелудочную железу (у 8 пациентов 2 группы по данным ЭУЗИ). Изжога встречалась у 25 (39,1 %) и 41 (64 %) больных – соответственно 1 и 2 клинических групп

($p < 0,05$). Степень выраженности симптомов диспепсии (отрыжка воздухом, тошнота, тяжесть в эпигастрии, вздутие) была сопоставима по группам. У 10 (7,8 %) пациентов из обеих групп жалобы отсутствовали. Таким образом, мы не обнаружили достоверных отличий в клинических проявлениях рефрактерной язвенной болезни желудка.

Анализ эндоскопических данных у пациентов по группам (таблица 1) показал, что язвы тела и угла желудка по малой кривизне встречались во 2 группе у 55 (85,9 %) человек, т.е. достоверно чаще, чем в 1 группе – у 34 (53,1 %) пациентов. Во 2-й группе язвы желудка по размеру были большими – в 71,9 % случаев и гигантскими – у 14%; в 1-й группе большие язвы были у 27,4 % пациентов, гигантские язвы не выявлены.

Таблица 1

Интраскопические параметры у больных с хроническими язвами желудка

Характерные признаки	1 группа, абс.(%)	2 группа, абс.(%)
Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы	22 (34,4)	33(51,5)*
Недостаточность кардии	57 (89,1)	58 (90,6)
Неэрозивная гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	40 (64,1)	40 (62,5)
Эзофагит по Лос-Анджелесской классификации, 1994 г.		
– ст. А	8 (14,1)	16 (25,0)
– ст. В	5 (7,8)	7 (10,9)
– ст. С	0	1 (1,5)
– ст. D	0	0
Эрозии желудка	19 (29,6)	23 (35,9)
Язвы желудка в зависимости от локализации:		
– кардиальный и субкардиальный отделы желудка	2 (3,1)	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	25 (39,1)	0*
– пилорический канал	9 (14,1)	0*
Язвы желудка в зависимости от размера:		
– малые (менее 0,5 см)	19 (29,7)	0*
– средние (0,5–1,0 см)	26 (40,6)	6 (9,4)*
– большие (1,1–3см)	19 (29,7)	48 (75,0)*
– гигантские (более 3см)	0	10 (15,6)*

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

Главным методом в оценке фоновых изменений в СОЖ, дифференциальной диагностике ХЯЖ и в определении тактики лечения являются результаты гистологического

исследования множественных гастробиоптатов. Для оценки выявленного ХАГ как показателя кумулятивного риска рака желудка у пациентов с ХЯЖ мы определили степень и стадию ХАГ, используя визуально-аналоговую шкалу (Самара, 2009) (рис. 1).

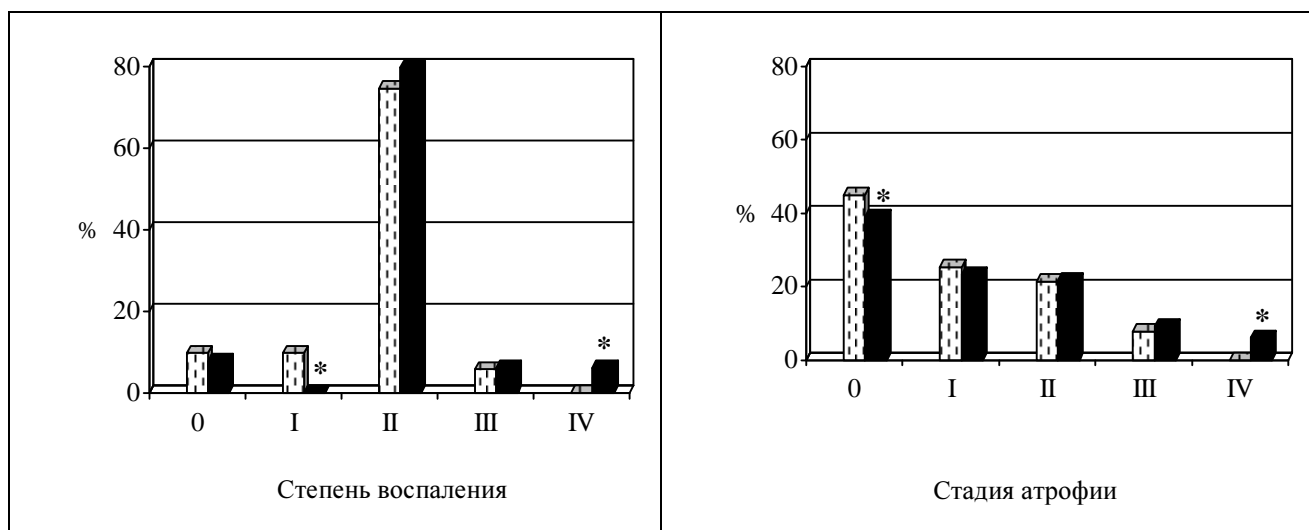


Рис. 1. Степень и стадия хронического гастрита у пациентов с хроническими язвами желудка с использованием визуально-аналоговой шкалы, утверждённой решением III съезда Российского общества патологоанатомов (Самара–2009) Примечание: □ – 1 группа, ■ – 2 группа ; * – $p < 0,05$ в сравнении с 1 группой больных.

Выраженное воспаление III–IV степени выявлено у 3 (4,7 %) пациентов 1 группы и 8 (12,5 %) больных 2 группы, что требовало обязательного решения вопроса о продолжении медикаментозной терапии этим пациентам. III–IV стадии ХАГ были диагностированы у 12 пациентов (2 (3,1 %) и 10 (15,6 %) больных соответственно 1 и 2 групп). Эти пациенты были включены в группу риска по раку желудка и требовали динамического эндоскопического контроля с целью проведения вторичной канцерпревенции по поводу имеющейся ХЯЖ на фоне тяжёлого ХАГ. Подобная частота встречаемости ХАГ подтверждает наличие тесной связи с ХЯЖ, а также свидетельствует о ведущей роли нарушения слизистого барьера в прогрессировании длительно не рубцующихся язв желудка на фоне пангастрита.

Далее по результатам морфологических исследований гастробиоптатов СОЖ из края и дна язв мы оценивали наличие следующих микроскопических признаков ХЯЖ: фовеолярная гиперплазия, фиброз, атрофия, метаплазия и дисплазия (таблица 2). Изменения, сходные с активным хроническим гастритом, наблюдались в краях ХЯЖ, отмечался выраженный отёк, воспалительные, регенераторные, склеротические изменения, развитие в дне и краях рубцовой ткани, нарушающей трофику новообразованной слизистой оболочки и способствующей последующему рецидивированию язв. В гастробиоптатах из

периульцерозной зоны у пациентов 1 группы была диагностирована тонкокишечная метаплазия в 23,5 % случаях, против 7,8 % (2 группа). Во 2 группе в краях труднорубцующихся язв чаще выявлялась толстокишечная метаплазия (в 23,4 %), что явилось одной из причин отсутствия заживления язв в этой группе. Выраженная дисплазия эпителия выявлена у 25 (39,0 %) пациентов 2 группы. Наличие этого признака мы рассматривали как показание к плановому своевременному оперативному лечению.

Таблица 2

Морфологические изменения слизистой оболочки края и дна хронических язв

Гистологические признаки	Группы пациентов	
	1-я группа, абс.(%)	2-я группа, абс.(%)
Фовеолярная гиперплазия	64 (100,0)	33 (51,6)*
Фиброз	40 (62,5)	41 (64,0)
Атрофия	35 (54,7)	51 (79,6)*
Кишечная метаплазия:		
I тип	15 (23,4)	5 (7,8)*
II тип	5 (7,8)	15 (23,4)*
III тип	0	4 (6,2)*
Дисплазия:		
слабая	3 (4,7)	4 (6,2)
умеренная	0	6 (9,3)*
тяжёлая	0	25 (39,0)*

Примечание: * – $p < 0,05$ в сравнении с 1 группой больных.

Исследования Заводиленко К. В. и соавторов [4] подтвердили снижение уровня пролиферации эпителия в участках неполной кишечной метаплазии (КМ) язвенных поражений СОЖ. В условиях атрофии СОЖ неполная КМ может указывать на повышение риска злокачественной трансформации [1, 3]. По результатам наших исследований морфологическими предикторами неблагоприятного течения трудно рубцующихся ХЯЖ стали: толстокишечная метаплазия и выраженная дисплазии желудочного эпителия краёв и дна ХЯЖ; фоновые изменения в желудке по типу хронического атрофического пангастрита. Всё перечисленное отражает наиболее значимые для диагностики и прогноза морфологические признаки ХЯЖ, в том числе раскрывающие особенности течения трудно рубцующихся язв желудка, что позволяет индивидуализировать тактику лечения (медикаментозное или хирургическое) в каждом конкретном случае.

Выводы

Таким образом, выявление ХЯЖ на фоне АХГ обуславливает необходимость проведения комплексного эндоскопического и морфологического исследование СОЖ, что

позволяет: провести дифференциальный диагноз между ХЯЖ и первично-язвенной формой рака желудка при отборе пациентов для консервативного и оперативного лечения; оценить исходное состояние СОЖ в целом и выявить пренеопластические изменения (кишечная метаплазия, дисплазия) для формирования группы повышенного онкологического риска, а в последующем осуществить мониторинг изменений СОЖ в процессе лечения. Индивидуализация лечения больных с ХЯЖ должна основываться на своевременной прогностической оценке морфологических признаков язвенной болезни. Дисплазия высокой степени служит абсолютным показанием к хирургическому лечению ХЯЖ с целью своевременного выявления рака желудка.

Список литературы

1. Аруин Л. И., Капуллер Л. Л., Исаков В. А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. – М.: Медицина, 1998. – 483 с.
2. Аруин Л. И., Кононов А. В., Мозговой С. И. Новая классификация хронического гастрита // Актуальные вопросы патологической анатомии: Материалы III съезда Российского общества патологоанатомов. – Самара, 2009. – Т. 1. – С. 5-8.
3. Барановский А. Ю., Назаренко Л. И. Неблагоприятные варианты течения язвенной болезни. – СПб., 2006. – 140 с.
4. Заводиленко К. В., Мозговой С. И., Кононов А. В. Параметры клеточного обновления в очагах кишечной метаплазии эпителия желудка при атрофии и эрозивно-язвенных дефектах // Клинико-эпидемиологические и этно-экологические проблемы заболеваний органов пищеварения. – Красноярск, 2006. – С. 128-133.
5. Соколова Г. Н., Потапова В. Б. Клинико-патогенетические аспекты язвенной болезни желудка. – М.: Анахарсис, 2009. – 328 с.

Рецензенты:

Петросян Эдуард Арутюнович, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии ГОУ ВПО КубГМУ Минздравсоцразвития России, г. Краснодар.

Уваров Иван Борисович, доктор медицинских наук, заведующий онкологическим отделением № 5 ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1» Департамента здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар.