

УДК 616.33

*Н. С. Рудая***НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ
ХРОНИЧЕСКИХ ЭРОЗИЙ ЖЕЛУДКА**

Научно-исследовательский институт гастроэнтерологии Сибирского государственного медицинского университета, Северск

В ежедневной практической работе гастроэнтерологов довольно часто эндоскопическое заключение — хронические эрозии желудка (ХЭЖ) — не вызывает онкологическую настороженность. Однако под маской хронических эрозий могут скрываться различные патологические процессы [1]. В окружающей полные эрозии слизистой оболочке желудка морфологически можно обнаружить гиперплазию пилорических желез и ямочного эпителия, а иногда и фовеолярную гиперплазию [2]. Это дало основание предположить возможность трансформации эрозий в полипы соответствующего типа и вероятность их малигнизации [3, 4], что явилось весьма важным аспектом, характеризующим необходимость пересмотра сложившихся взглядов на диагностику ХЭЖ.

Зачастую при множественных эрозиях — 5 и более, невозможно провести динамический морфологический контроль всех эрозий. Но даже исследование биопсионного материала ограничено забором лишь слизистого слоя, что не позволяет изучить более глубокие изменения стенки желудка.

В этой связи наиболее перспективным методом углубленной диагностики ХЭЖ, на наш взгляд, является эндоскопическая ультрасонография (ЭУС), сочетающая в себе эндоскопическую и ультразвуковую диагностику, что дает возможность на ультразвуковом уровне оценить характер и глубину изменений стенки желудка в зоне эрозивных изменений и произвести прицельный забор биопсионного материала.

Методы исследования. Обследовано 338 пациентов с хроническими эрозиями выходного отдела желудка, из них 99 (29,3 %) мужчин и 239 (70,7 %) женщин. Средний возраст составил $42,8 \pm 9,4$ года. В 66,9 % (226 больных) случаев эрозии были множественными (более 5). У 112 (33,1 %) пациентов имели место единичные эрозии. Диагноз был установлен на основании результатов фиброгастроскопии.

С целью углубленного исследования всем пациентам проводили ЭУС желудка. Из исследования были исключены больные с сопутствующими заболеваниями, такими как сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, злокачественные новообразования любой локализации, недостаточность кровообращения, ишемическая болезнь сердца.

ЭУС производилась с использованием миниатюрных ультразвуковых радиально сканирующих зондов с частотой сканирования 12 и 20 МГц, которые проводятся через рабочий канал стандартного видеогастроскопа GIF-1T140, видеосистемы EVIS EXERA GLV-160 компании «Olympus».

Применение ультразвуковых датчиков высокой частоты (12 и 20 МГц) обеспечивает высокое качество изображения с разрешающей способностью менее 1 мм, недоступное другим диагностическим методам.

В процессе исследования желудок заполняется дегазированной водой в количестве 200–300 мл для создания акустической проводящей среды. Зонд диаметром 2 мм свободно проводится в рабочий канал эндоскопа, что позволяет во время традиционного эндоскопического обследования без дополнительной премедикации провести ультразвуковое сканирование зоны интереса.

Стенка пищеварительного тракта при эндосонографическом обследовании представлена циркулярной структурой, состоящей из «колец» повышенной и пониженной эхогенности, которые коррелируют с гистологическими слоями стенки органа (рис. 1).

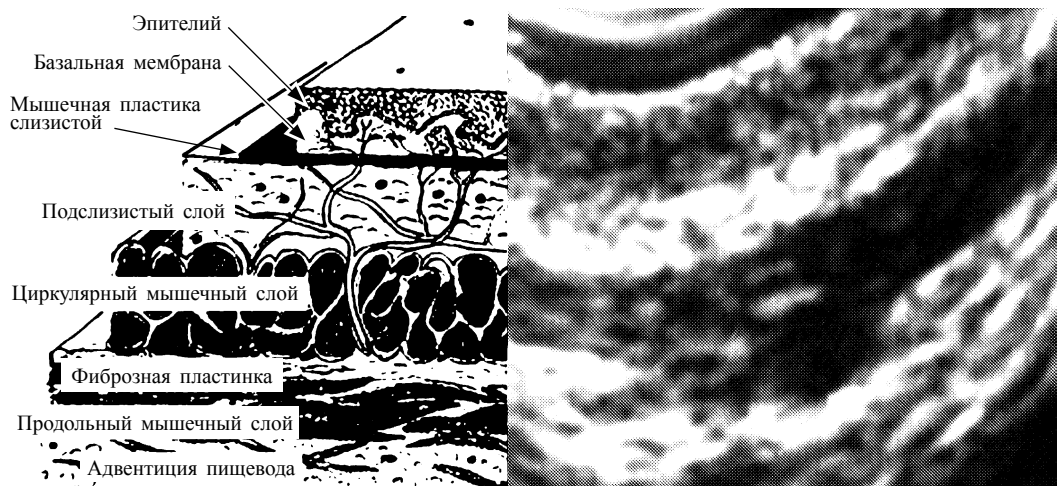


Рис. 1. Эндосонографическое обследование желудка.

Слева — схема морфологической картины строения стенки пищеварительной трубки.

Справа — эндосонограмма стенки желудка (20 МГц).

При частоте ультразвука 12 МГц стенка выглядит как равномерная семислойная структура. Первые два внутренних слоя соответствуют слизистой оболочке, третий гиперэхогенный слой соответствует подслизистой оболочке, четвертый слой гипозэхогенный соответствует циркулярному мышечному слою, пятый — межмышечной пластинке, шестой — продольному мышечному слою и седьмой гиперэхогенный слой — это адвентиция пищевода или серозная оболочка желудка либо кишки. При сканировании с частотой 20 МГц в слизистой оболочке визуализируется базальная мембрана и собственно мышечная пластинка слизистой, поэтому стенка представляется в виде девятислойной структуры.

Целью настоящей работы явилось определение диагностической возможности ЭУС в изучении характера и глубины патологических изменений стенки желудка в зоне эрозий.

Результаты и их обсуждение. Воспалительно-гиперпластические — «полные» эрозии имеют вид полиповидных образований на слизистой оболочке с центральным дефектом овальной или округлой формы. Часто эрозии располагаются в антральном отделе и на вершинах складок тела желудка, слизистая оболочка в зоне эрозий может быть умеренно отечной, гиперемированной или почти не измененной (рис. 2).

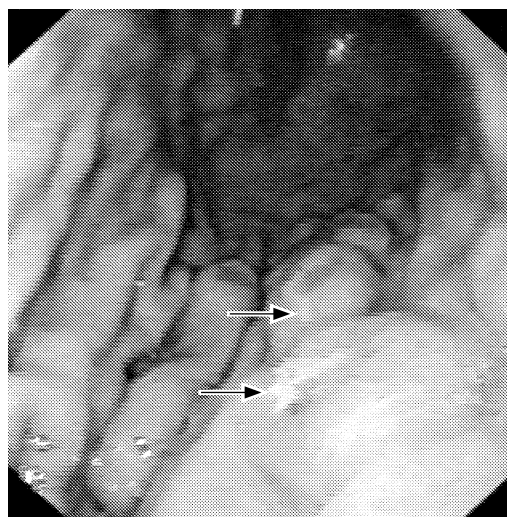


Рис. 2. Эндофотограмма.

Хронические эрозии расположены на вершинах складок слизистой оболочки большой кривизны $n/3$ тела желудка (показаны стрелками).

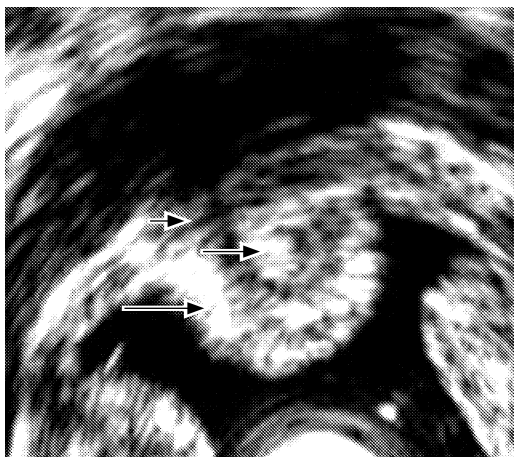


Рис. 3. Эндосонограмма (20 МГц). Хроническая эрозия выходного отдела желудка. Большая стрелка — эпителий с воспалительным компонентом; средняя — внутренний, гиперэхогенный слой эрозии; малая — мышечная пластинка слизистого слоя в виде тонкой гипоэхогенной прослойки.

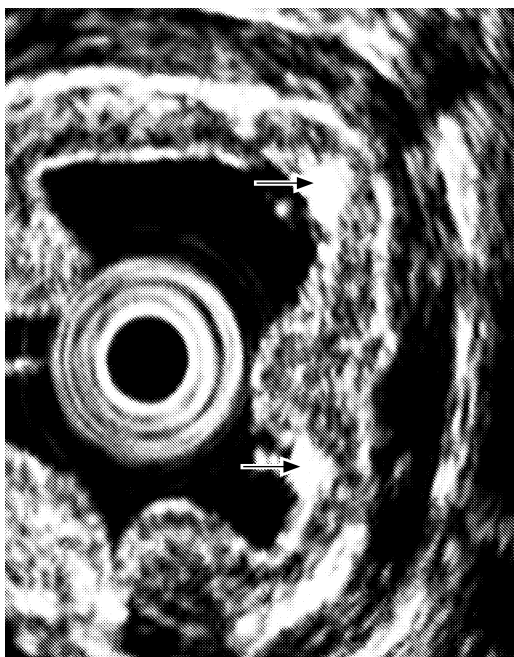


Рис. 4. Участки слизистой (показаны стрелками) вблизи эрозий с уплотненным эпителиальным слоем и множественными островками фиброза в виде гиперэхогенных включений (эндосонограмма (20 МГц)).

При эндосонографическом исследовании хронические эрозии визуализируются как выступающие в просвет желудка округлые образования неоднородной структуры, не нарушающие слоистость стенки желудка. Зачастую эпителиальный слой поверхности эрозии утолщен, а собственно мышечная пластинка слизистого слоя остается равномерной. В центре хронической эрозии четко отграниченное локальное утолщение неоднородной эхоструктуры, основание которого уходит в подслизистый слой. Воспалительная инфильтрация подслизистого слоя в зоне эрозии подтверждает воспаление прилежащих тканей (рис. 3).

У 118 (35 %) пациентов вблизи эрозий выявлялись участки слизистой с уплотненным эпителиальным слоем и множественными островками фиброза, которые визуализируются как множественные гиперэхогенные включения (рис. 4).

Морфологическая характеристика ХЭЖ — это поверхностный дефект слизистой оболочки желудка не глубже собственно мышечной пластинки слизистой. При исследовании биопсийного материала, забор которого производился под прицельным контролем ЭУС, в краях хронических эрозий у 338 пациентов было выявлено:

- 38,4 % — умеренный фиброз стромы, фо-веолярная гиперплазия;
- 42,7 % случаев кишечной метаплазии, из них 11,8 % — неполная толстокишечная метаплазия;
- 9,8 % — дисплазия желудочного эпителия, в том числе у 4,7 % — тяжелой степени;
- 6,3 % — тубулярная аденома;
- 1,4 % — гетеротопия поджелудочной железы;
- 1,4 % — аденокарцинома.

При эндоскопической ультрасонографии диспластические изменения в зоне эрозий визуализировались в виде уплот-

нения эпителия с утолщением собственно мышечной пластинки слизистой (рис. 5).

Таким образом, учитывая актуальность проблемы рака желудка и рассматривая дисплазию с позиции современного понимания данного процесса, можно констатировать, что полученные результаты подтверждают правильность нашей позиции в отношении углубленной диагностики хронических эрозий.

Совершенствование диагностики ранних изменений стенки желудка способствует более адекватному выбору способов лечения и обоснованных с клинических позиций эндоскопических вмешательств.

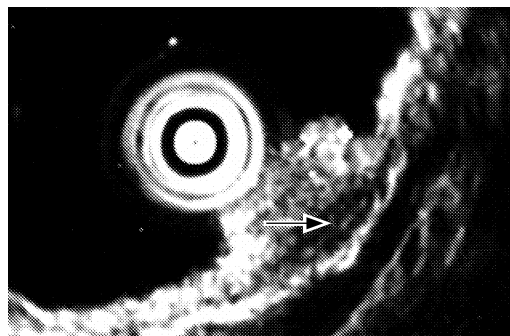


Рис. 5. Хроническая эрозия выходного отдела желудка. Значительно утолщенная мышечная пластинка слизистой (показана стрелкой) (эндосонограмма (20 МГц)).

Summary

Rudaya N. S. New opportunities in diagnosis of chronic gastric erosions.

338 patients with chronic erosions of a distal part of the stomach were examined including 99 (29,3 %) men and 239 (70,7 %) women. Their average age was $42,8 \pm 9,4$ years. In 66,9 % of cases (226 patients) erosions were multiple (more than 5). 112 (33,1 %) patients had single erosions. Diagnosis was based on the results of gastric endoscopy. For extended examination all patients underwent endoscopic ultrasonography (EUS) of the stomach with small radial scanning sonographical probes MN-2R/MN-3R with 12/20 MHz scanning frequencies. EUS allowed to evaluate at a ultra structural level character and depth of pathological changes of gastric wall in the area of erosions and to perform aimed biopsy.

Key words: endoscopic ultrasonography (EUS), fibrogastroscopy, chronic gastric erosion (CGE), erosive changes, endosonography.

Литература

1. Маев И. В., Кучерявый Ю. А., Гаджиева М. Г. Новые подходы к диагностике и лечению хронических эрозий желудка // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол. и колопроктол. 2003. № 1. С. 43–49.
2. Аруин Л. И., Капуллер Л. Л., Исаков В. А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. М., 1998. 496 с.
3. Циммерман Я. С., Ведерников В. Е. Хронические гастродуоденальные эрозии: клинико-патогенетическая характеристика, классификация, дифференцированное лечение // Клинич. мед. 2001. № 6. С. 30–36.
4. Cappel M. S., Green P. N. R. Neoplasia in chronic erosive (varioliform) gastritis // Dig. Dis. Sci. 1988. Vol. 3. N 8. P. 1035–1039.

Статья принята к печати 19 декабря 2007 г.