

ХРОНИЧЕСКАЯ ЭРОЗИЯ ЖЕЛУДКА: НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ

N. S. Roudaya

CHRONIC EROSION OF THE STOMACH: A NEW VIEW ON THE TREATMENT

НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Северск
© Н. С. Рудая

В статье рассмотрены вопросы этиологии и патогенеза хронических эрозий, а также различные варианты консервативной и малоинвазивной терапии. Доказано, что использование мукозэктомии в терапии единичных хронических эрозий желудка позволяет достичь стойкой ремиссии заболевания у 91,1 % пациентов, а резекция слизистой при раннем раке желудка, без вовлечения собственной мышечной пластинки слизистой, позволяет избежать тяжелой калечащей операции с сохранением онкологической радикальности лечения.

Ключевые слова: хроническая эрозия, мукозэктомия, предраковые заболевания желудка.

The article discusses issues of etiology and pathogenesis of gastric erosion as well as various conservative and minimally invasive therapy. Using endoscopic mucosal resection in the treatment of isolated chronic gastric erosions is proven to allow to achieve remission of the disease in 91,1 % of patients. Endoscopic mucosal resection of the early gastric cancer without the involvement of their own muscle membrane plates is proven to allow to avoid severe mutilation with oncologic radicality.

Key words: gastric erosion, endoscope submucosal resection, precancerous diseases of the stomach.

УДК 616.32-002.446-002.2-08:001.89

ВВЕДЕНИЕ

В ежедневной практической работе врача-гастроэнтеролога эндоскопическое заключение — хронические эрозии желудка — весьма редко вызывает онкологическую настороженность. Однако данные литературы свидетельствуют, что зачастую под маской хронических эрозий могут скрываться различные патологические процессы, в том числе и злокачественные новообразования [5, 9]. Так, по данным Л. И. Аруина с соавт. [1], в окружающей полной эрозии слизистой оболочке желудка морфологически можно обнаружить гиперплазию пилорических желез и ямочного эпителия, а иногда и фовеолярную гиперплазию. Все это дало основание предположить возможность трансформации эрозий в полипы соответствующего типа и вероятность их малигнизации [7], что явилось весьма важным аспектом, характеризующим необходимость пересмотра сложившихся взглядов на диагностику и лечение хронических эрозий желудка.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов обследования и лечения 338 пациентов с хроническими эрозиями выходного отдела желудка, в том числе 99 (29,3 %) мужчин и 239 (70,7 %) женщин, в возрасте от 27 до 73 лет ($m = 42,8 \pm 9,4$). Множественными (>3) эрозии были у 226 (66,9 %), единичными (<3) — у 112 (33,1 %) пациентов.

Инструментальные методы исследования включали: фиброгастроскопию, эндоскопическую ультрасонографию, мультифракционное морфологическое изучение биоптатов слизистой из зоны эрозии, уреазный тест на *H. pylori*.

Пациенты с множественными эрозиями получали консервативное лечение с учетом данных рН-метрии и теста на *H. pylori* и исключались из дальнейшего наблюдения в рамках данного исследования. Больные с единичными эрозиями были включены в группу, в которой после комплексной консервативной терапии решали вопрос об оперативном лечении.

Остановимся на характеристике этой группы более подробно. Клинические проявления хронических эрозий желудка выявлены у всех пациентов с единичными эрозиями. Наиболее частой жалобой у этих пациентов были дискомфорт в эпигастрии, выявленный у 85 (75,9 %) больных. Изжога беспокоила 26 (23,2 %), боль после приема пищи — 24 (21,4) %, ночные боли — 22 (19,6 %), отрыжка воздухом — 11 (9,8 %) пациентов. Давность постановки диагноза хронических эрозий желудка варьировала от 1,5 до 5 лет. Длительность наблюдения за больными — от 12 мес. до 7 лет.

При эндоскопическом исследовании у 92 (82,1 %) пациентов единичные хронические эрозии располагались в антральном отделе желудка, у 12 (10,7 %) — в непосредственной близости от привратника и у 8 (7,2 %) — выше угла желудка. В 52,8 % случаях хронические эрозии диагностированы на фоне гастрита, в остальных 48,2 % окружающая слизистая визуально была неизменной. У 44,5 % пациентов выявлен дуодено-гастральный рефлюкс. *H. pylori* обнаружена у 78 (69,6 %) пациентов этой группы.

При разработке показаний к оперативному лечению хронических эрозий в основу были положены критерии А. В. Шапошникова с соавт. (1989), принятые для язвенной болезни:

- 1) продолжительность заболевания и эффективность консервативной терапии;
- 2) локализация эрозии и степень нарушения эвакуации желудочного содержимого;
- 3) психологическая готовность больного к операции.

При анализе указанных критериев было отмечено, что при неэффективности комплексного консервативного лечения в течение 2—3-х лет, с короткими периодами ремиссии и выраженным болевым синдромом, снижается трудоспособность пациентов, повышается риск развития осложнений (кровотечение и даже малигнизация), что является показанием к проведению оперативного лечения.

Типичная локализация хронической эрозии в антральном отделе желудка часто является причиной персистирующих моторно-эвакуаторных нарушений и антродуоденальной дискоординации, что в первую очередь проявляется в нарушении процессов пищеварения. При этом симптоматическая терапия (назначение прокинетиков) не может полностью устранить имеющиеся патологические изменения, поскольку не влияет на причину их возникновения — очаг хронического воспаления. В связи с этим хирургическое удаление эрозии будет являться этиотропной терапией для данных пациентов.

Психологическая готовность больного к операции является важным фактором в проведении оперативного лечения.

Таким образом, относительными показаниями к эндоскопической операции при хронической эрозии желудка явились:

- длительно (6 мес. и более) незаживающие хронические эрозии при условии полноценного медикаментозного лечения;
- рецидивирующее течение эрозивного гастрита не менее 5 лет, с ежегодными (1—2 раза) обострениями при условии правильного медикаментозного лечения;
- эрозивный гастрит с ежегодными обострениями, когда пациент настаивает на операции в силу невозможности проведения полноценного консервативного лечения, либо на фоне выраженного болевого синдрома при обострении, значительно снижающими трудоспособность.

Абсолютным показанием к выполнению эндоскопической резекции слизистой желудка с хронической эрозией являлось наличие в биоптатах кишечной метаплазии, дисплазии, тубулярной аденомы, малого рака.

Противопоказаниями к выполнению эндоскопической операции служили:

- множественные (более 2-х) хронические эрозии желудка;
- острое желудочное кровотечение из эрозии;
- тяжелая сопутствующая соматическая патология;
- отказ пациента от оперативного лечения;
- в случае морфологического подтверждения рака желудка — распространение процесса за пределы собственной мышечной пластинки слизистой (по данным эндоскопической ультрасонографии).

Консервативное лечение хронической эрозии, ассоциированной с *H. pylori*, включало: ингибитор протоновой помпы (омепразол), прокинетик (метоклопрамид) и эрадикационную терапию (амоксциллин + кларитромицин) в стандартной дозировке. При отсутствии *H. pylori* из схемы эрадикационное лечение исключали. При неэффективности препаратов первой линии назначали ингибитор протоновой помпы (эзомеразол или пантопразол или лансопразол), висмута субцитрат коллоидный, метранидозол и тетрациклин [6].

После проведенного курса консервативного лечения ремиссия в сроки до 1 года и более отмечена у 29 (25,9 %) больных. Этим пациентам в дальнейшем проводили курсы превентивной терапии с обязательным эндоскопическим

контролем и мультифракционной биопсией (по показаниям).

У 83 (74,1 %) пациентов, у которых не удалось достичь стойкого положительного эффекта от консервативной терапии, были обоснованы показания к оперативному лечению. В это число вошли 2 пациента, у которых, по данным эндоскопической ультрасонографии, впоследствии подтвержденным морфологическим исследованием, были выявлены гистологические изменения, характерные для аденокарциномы.

Всем пациентам была выполнена эндоскопическая резекция слизистой желудка (Endoscopic Submucosal Resection (ESR)) с хронической эрозией. Методика выполнения операции была описана нами ранее [2, 3].

Полученный макропрепарат размером до 15—20 мм растягивали на пенопластовой основе слизистой оболочкой наружу, а коагуляционной поверхностью к пластинке, закрепляли иголочками-фиксаторами и погружали в 25 % раствор формалина для фиксации и дальнейшего гистологического исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Общеизвестно, что наиболее часто рак желудка развивается в его патологически измененной слизистой оболочке. В этой связи Комитет Всемирной организации здравоохранения рекомендует различать два понятия: «предраковые (фоновые) состояния» — болезни, значительно увеличивающие риск образования опухоли (хронический атрофический гастрит с кишечной метаплазией; инфекция *H. pylori*; пернициозная анемия; аденоматозные полипы желудка; пищевод Баррета; язвенная болезнь желудка и лица, оперированные более 10—15 лет назад по поводу доброкачественных заболеваний желудка [5]), и «предраковые изменения» — морфологические изменения, при которых рак возникает с большей долей вероятности, чем в нормальной ткани: кишечная метаплазия и дисплазия (атипия, анаплазия) эпителия слизистой оболочки желудка. Наконец, термин «ранний рак» желудка впервые предложен Японским обществом гастроинтестинальной эндоскопии в 1962 г. Под это определение подпадает рак желудка с глубиной инвазии в пределах слизистой и подслизистой слоев стенки желудка. Выделение понятия «ранний рак» желудка стало возможным благодаря достижениям эндоскопических методов диагностики, в том числе эндоскопической ультрасонографии,

позволяющих выявлять минимальные по размеру изменения слизистой оболочки желудка и определять дифференциально-диагностические критерии уточняющей диагностики [8].

По данным окончательного гистологического исследования пациентов после резекции слизистой с хронической эрозией изменения, относящиеся к предраковым (по классификации ВОЗ), выявлены у 42 пациентов, что составило 50,6 %, в том числе кишечная метаплазия эпителия — у 35 (42,2 %), дисплазия различной степени — у 7 (8,4 %). У 5 больных имела место дисплазия II—III степени (6,0 %).

Изменения, характерные для рака желудка, обнаружены у 3 больных (3,6 %), в том числе высокодифференцированная аденокарцинома у 2 (2,4 %), перстневидно-клеточный рак — у одного (1,2 %).

В раннем периоде после ESR осложнения в виде желудочно-кишечного кровотечения из краев пострезекционных дефектов возникли у 3 (3,6 %) пациентов, что потребовало повторной гастроскопии с коагуляцией (2) или клипированием (1) кровоточащего сосуда. В последующем кровотечения не возобновлялись. Других осложнений не было.

Таким образом, по данным окончательного гистологического исследования, предраковые изменения и рак желудка стадии $T_{is}N_0M_0$ и $T_1N_0M_0$ были выявлены у 54,2 %, то есть более чем у половины пациентов с единичными хроническими эрозиями желудка.

Радикальной эндоскопическую мукоэктомию при раннем раке желудка мы считали, когда:

- в удаленном участке с эрозией была неинвазивная форма роста аденокарциномы (внутрислизистый рак);
- фокус малигнизации располагался в стороне от электроразреза;
- аденокарциномы были высоко- и умереннодифференцированными.

Признаки воспалительных изменений в слизистой, атрофия желез, нейтрофильная и мононуклеарная инфильтрация без перехода на подслизистый слой за пределы собственной мышечной пластинки, характерные для эрозивного эзофагита, были выявлены у 38 пациентов, что составило 45,8 %.

Расхождение диагнозов после окончательного гистологического исследования операционного материала составило 4,8 % (4 случая). Следует отметить, что при этом во всех наблюдениях имело место утяжеление характера патологических изменений слизистой вплоть до выявления признаков атипии в одном (1,2 %) препарате.

В этой связи следует отметить, что только полученный при ESR материал позволяет увидеть подробную гистологическую картину резецированного фрагмента, тем самым давая возможность определить характер патологического процесса, его распространенность и степень тяжести диспластических изменений (если таковые имели место), а также ответить на вопрос — была ли полностью резецирована опухоль [10].

В сроки от 12 мес. до 7 лет после операции обследовано 79 (95,2 %) больных.

При динамическом наблюдении (от 1 года до 6,5 лет) за 3 пациентами с верифицированным злокачественным поражением в зоне хронической эрозии после ESR ни у одного не выявлено признаков рецидива опухоли. В данной группе больных выполняется ежегодное эндоскопическое исследование желудка «по программе» с эндоскопической ультрасонографией и хромогастрографией.

Рецидив хронической эрозии после ESR выявлен у 7 (8,9 %) пациентов, что потребовало повторной резекции слизистой у 4 из них. У 3 пациентов с помощью медикаментозного лечения удалось добиться стойкой ремиссии в сроки наблюдения до 3 лет и более.

Изучение морфологического материала зоны ESR в разные сроки после операции показало, что кишечной метаплазии и дисплазии слизистой на месте удаленных эрозий выявлено не было ни в одном случае. Признаки воспаления с отеком, нейтрофильной или мононуклеарной инфильтрацией уменьшалось от 75,9 % в ранние сроки после резекции слизистой до 67,1 % и 7,6 % в ближайшие и отдаленные сроки соответственно. Фиброз стромы с образованием рубцовой ткани в месте резекции слизистой формировался начиная с 3 мес. и сохранялся в 18,9 % случаев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В решении проблемы своевременной диагностики и адекватного лечения предраковых

заболеваний (состояний) и изменений желудка следует шире использовать эндоскопическую ультрасонографию как метод объективной оценки состояния слизистой желудка и определения степени распространенности патологического процесса и тактики лечения этих пациентов. Несмотря на то, что единичные хронические эрозии желудка не относятся к общепризнанным предраковым заболеваниям, считаем, что выявляемые более чем у половины пациентов патологические изменения со стороны слизистой вокруг эрозии, характерные для предраковых изменений (кишечная метаплазия и дисплазия) должны насторожить гастроэнтеролога и онколога. Ситуацию, когда адекватное и комплексное лечение хронической эрозии не дает положительного результата, либо при многоцентровой динамической биопсии из эрозии обнаруживаются диспластические изменения, следует считать показанием для выполнения эндоскопической резекции слизистой с тщательным изучением удаленного препарата. Использование эндоскопической резекции слизистой в терапии единичных хронических эрозий желудка позволяет достичь стойкой ремиссии заболевания в 91,1 % случаев, а резекция слизистой при раннем раке желудка, без вовлечения собственной мышечной пластинки слизистой, позволяет избежать тяжелой калечащей операции с сохранением онкологической радикальности лечения. Полученные ближайшие и отдаленные результаты подтверждают правильность выбранной тактики лечения единичных хронических эрозий желудка.

Вместе с тем автор согласен, что для подтверждения эффективности изложенного в статье взгляда на лечение пациентов с хроническими эрозиями желудка необходим дальнейший сравнительный анализ данного метода не только с «классической» схемой лекарственной терапии, но также с другими вариантами малоинвазивных методик лечения этой, без сомнения, сложной категории пациентов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аруин Л. И., Капуллер Л. А., Исаков В. А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. — М.: Трида-Х, 1998. — 496 с.
2. Жерлов Г. К., Маевский Е. И., Рудая Н. С. Хронические эрозии желудка: новые технологии диагностики и лечения // Сб. работ регион. конф. хирургов «Хирургическая инфекция и мини-инвазивная хирургия». — Барнаул, 2004. — С. 189—191.
3. Жерлов Г. К. [и др.] Способ хирургического лечения хронических эрозий желудка. Патент на изобретение № 2275867 от 10.05.2006 г.
4. Клинические рекомендации. Онкология / Под ред. В. И. Чиссова, С. Л. Дарьяловой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 720 с.

5. Маев И. В., Кучерявый Ю. А., Гаджиева М. Г. Новые подходы к диагностике и лечению хронических эрозий желудка // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2003. — № 1. — С. 43—49.
6. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения / Под. ред. В. Т. Ивашкина. — М. : Литтерра, 2003. — С. 310—320.
7. Циммерман Я. С., Ведерников В. Е. Хронические гастродуоденальные эрозии: клиничко-патогенетическая характеристика, классификация, дифференцированное лечение // Клини. мед. — 2001. — № 6. — С. 30—36.
8. Akagoshi K. [et al.] Endoscopic ultrasonography: A promising method for assessing the prospects of endoscopic mucosal resection in early gastric cancer // Endoscopy. — 1997. — V. 29. — P. 614—629.
9. Cappel M. S., Green P. N. R. Neoplasia in chronic erosive (varioliform) gastritis // Dig. Dis. Sci. — 1988. — Vol. 3, № 8. — P. 1035—1039.
10. Tani M., Takeshita K., Inoue H., Iwai T. Adequate endoscopic mucosal resection for early gastric cancer obtained from the dissecting microscopic features of the resected specimens // Gastric Cancer. — 2001. — № 4. — P. 122—131.

Поступила в редакцию _____.2012 г.

Утверждена _____.2012 г.

Автор, контакты:

Рудая Наталия Семеновна — канд. мед. наук, старший научный сотрудник НИИ гастроэнтерологии им. Г. К. Жердова ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Северск.

Тел.: (8-3823) 56-42-65

e-mail: general@gastro.tomask.ru

ЭТО ИНТЕРЕСНО



Росздравнадзору поручено следить за рекламой лекарств в медучреждениях

Вступило в силу постановление правительства РФ, регламентирующее проведение контрольных мероприятий в сфере здравоохранения. 16 ноября «Положение о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности» опубликовано в «Российской газете».

Согласно положению, основные контролирующие функции в этой области возложены на Росздравнадзор, который обязан проводить плановые и внеплановые проверки медучреждений, инспектируя, в том числе, договора, заключенные на закупку лекарств и медизделий, а также контракты на проведение их клинических испытаний.

Кроме того, Росздравнадзор будет следить за тем, чтобы медицинские представители, в нарушение закона об охране здоровья граждан РФ, не распространяли в поликлиниках и больницах рекламные материалы лекарств и медизделий, а врачи не выдавали пациентам бесплатные образцы фармацевтической продукции. Для этого специалистам ведомства дается право на осмотр помещений на предмет наличия рекламных материалов, рецептурных бланков, на которых заранее напечатано наименование лекарственного препарата или медизделия, а также образцов лекарств и медизделий для вручения пациентам.

Стоит отметить, что в сентябре исполняющая обязанности руководителя Росздравнадзора Елена Тельнова сообщила, что ведомство разрабатывает поправки к закону об охране здоровья граждан РФ в части, регламентирующей общение медпредставителей с врачами с тем, чтобы смягчить прописанные в законе нормы. В частности, согласно действующей редакции закона, запрещены визиты представителей фармкомпаний, производителей или продавцов медизделий к медикам в рабочее время и беседы с ними один на один, а врачам, не участвующим в клинических испытаниях, нельзя получать образцы продукции для вручения пациентам.

<http://medportal.ru/mednovosti/news/2012/11/16/control/>