

© В.В.Дарвин, Д.В.Фуныгин, 2008
УДК 616.33-008.17-072.1-08

В.В.Дарвин, Д.В.Фуныгин

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХРОМОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. В.В.Дарвин) Сургутского государственного университета

Ключевые слова: хромокопия, эзофагит, биопсия, дисплазия.

Введение. В настоящее время мировым сообществом гастроэнтерологов гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), в основе которой лежат расстройства моторики и сфинктерного аппарата пищевода, по своей частоте, возможным тяжелым осложнениям признана ведущим заболеванием пищеварительной системы. К примеру, современные эпидемиологические исследования в США показывают, что более 30% населения этой страны имеют те или иные проявления ГЭРБ [1, 3]. Среди них 40% самостоятельно принимают антацидные препараты и только 10% — обращаются к врачу [3, 6, 7]. Тем не менее, у многих пациентов заболевание неуклонно прогрессирует даже на фоне медикаментозной терапии, что приводит к развитию осложнений. Осложнения ГЭРБ имеют широкий спектр: изъязвления пищевода, кровотечения, перфорации и стриктура пищевода [1, 6, 7]. Особый интерес представляет метаплазия эпителия с возрастающим вследствие этого риском развития рака. Но в настоящее время единых эндоскопических критериев наступившей дисплазии слизистой оболочки нет. Для уточнения полученных макроскопических данных предложена методика хромоэндоскопии [2, 4, 5]. Первые сообщения о применении витальных красителей для диагностики злокачественных новообразований относятся к 1933 г., когда Schiller применил 5% раствор Люголя для определения ранней стадии шейки матки.

Цель нашего исследования — изучение эффективности эндоскопической хромокопии в диагностике и лечении осложнений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Материал и методы. Эффективность включения хромоэндоскопии в лечебно-диагностический алгоритм боль-

ных с ГЭРБ оценивали на основании сравнительного анализа эффективности проведенных лечебных и диагностических мероприятий у двух групп пациентов, у которых по клинко-лабораторным и рентгенологическим данным установлено наличие ГЭРБ. В 1-й группе (из 200 больных) выполняли фиброгастродуоденоскопию без хромокопии, во 2-й группе (78 пациентов) — с проведением хромокопии. Обе группы пациентов по возрастному-половому составу, длительности заболевания и клинко-рентгенологическим данным были сопоставимы. Возрастной состав больных колебался от 15 до 73 лет. В исследуемых группах преобладали люди мужского пола, соотношение мужчин и женщин составило 2:1.

Для проведения хромокопии при фиброэзофагогастродуоденоскопии использовали эндоскопы с торцевой оптикой фирмы «Fulinon» с видеомонитором. Исследование выполняли натощак. Зев больного орошали 10% раствором лидокаина. Больного укладывали на левый бок, в рот вставляли загубник и вводили эндоскоп. Проводя эндоскоп вперед, осматривали пищевод и кардию. Изучали цвет, рельеф слизистой оболочки, функцию кардии и расстояние от Z-линии до кардии. Для окрашивания слизистой оболочки пищевода применяли 3% водный раствор Люголя. Плоский эпителий пищевода содержит гликоген, который вступает в реакцию с йодом, что приводит к окраске эпителия в темно-коричневый цвет. Этого не происходит с патологически измененной слизистой оболочкой, которая поэтому остается неокрашенной.

Результаты и обсуждения. У всех пациентов обеих групп характер патологии верифицирован патоморфологическим исследованием биоптатов слизистой оболочки пищевода. При эндоскопическом исследовании у всех пациентов 1-й группы выполняли щипцовую биопсию со слизистой оболочки нижней трети пищевода из 4 точек по окружности с интервалом 1–2 см. Во 2-й группе щипцовую биопсию осуществляли прицельно из неокрашенных участков слизистой оболочки. Результаты гистологических исследований представлены в таблице.

Применение хромоэндоскопии значительно увеличивает выявляемость ($p < 0,05$) тяжелой дисплазии (10,3% против 5%), лейкоплакии (62,1% против 15%), полипов (8,6% против 4%) и рака пищевода (у 3,5%). По результатам мор-

Результаты биопсии из нижней трети пищевода больных с эндоскопической картиной рефлюкс-эзофагита с использованием и без применения хромоэндоскопии

Гистологическое заключение	1-я группа		2-я группа			
			Прокрашивание		Непрокрашено	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Эзофагит	97	48,5	20	100	—	—
Железистая метаплазия эпителия	15	7,5	—	—	9	15,5
Умеренная дисплазия	40	20,5	—	—	—	—
Выраженная дисплазия	10	5	—	—	6	10,3
Полип	8	4	—	—	5	8,6
Лейкоплакия	30	15	—	—	36	62,1
Аденокарцинома	—	—	—	—	2	3,5
Всего	200	100	20	100	58	100

фологического исследования сформирована группа из 32 пациентов, которым, кроме стандартной консервативной терапии, были выполнены в качестве метода эндоскопического лечения электрокоагуляция или мукозэктомия. При этом тяжелая дисплазия была выявлена у 6 человек, полип — у 5, лейкоплакия — у 16, желудочная метаплазия — у 5. Все пациенты оперированы с проведением предварительной хромоэндоскопии, уточняя тем самым границы изменения слизистой оболочки визуально.

В отдаленном периоде (через 6 мес–1 год после эндоскопического лечения) всем больным этой группы выполнена фиброгастроэсодуоденоскопия с хромоэндоскопией и щипцовой биопсией с обязательным морфологическим исследованием.

Выводы. 1. Применение хромоэндоскопии с водным раствором Люголя статистически достоверно повышает выявляемость тяжелой дисплазии слизистой оболочки пищевода, лейкоплакии, полипов и рака пищевода и позволяет объективно определить группу пациентов, подлежащих эндоскопическому хирургическому лечению.

2. Окрашивание слизистой оболочки раствором Люголя перед выполнением эндоскопической мукозэктомии позволяет четко контурировать зону дисплазии и полностью удалить измененные участки слизистой оболочки, что подтверждается при морфологической оценке результатов в отдаленном периоде.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Билхарц Л.И. Осложнения ГЭРБ // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.—1998.—№ 5.—С. 69–76.
2. Крылов Ю.В. Возможности гастробиопсии в диагностике дисплазий и рака желудка // Вопр. онкол.—1989.—№ 11.—С. 1354–1357.
3. Кубышкин В.А., Корняк Б.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.—М., 1999.—208 с.
4. Савельев В.С., Буянов В.М., Балалыкин А.С. Эндоскопия органов брюшной полости.—М.: Медицина, 1977.—С. 105–112.
5. Савельев В.С., Буянов В.М., Лукомский Г.И. Руководство по клинической эндоскопии.—М.: Медицина, 1985.—С. 26–27.
6. Canto M.I., Setrakian S., Petras R.E. et al. Methylene blue selectively stains intestinal metaplasia in Barrett's esophagus // Gastrointest. Endoscopy.—1996.—Vol. 44.—P. 1–7.
7. Castell D.O., Richter J.E., Dalton C.B. Esophageal motility testing.—2nd ed.—New York: Elsevier, 1993.

Поступила в редакцию 03.09.2007 г.

V.V.Darvin, D.V.Funygin

ENDOSCOPIC CHROMOSCOPY IN DIAGNOSING AND TREATMENT OF COMPLICATED GASTRO-ESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

The authors describe the results of examination and endoscopic treatment of 278 patients with clinical symptoms of gastroesophageal reflux disease. The method of fibroesophago-duodenoscopy with 3% Lugol aqueous solution chromoscopy was introduced in medical-diagnostic algorithm of the patients. Inclusion of chromoendoscopy in the program of examination and treatment of patients with gastroesophageal reflux disease allowed higher detection of severe epithelial dysplasia (to 10.3%), leukoplakia (to 62.1%) and esophagus cancer (to 3.5%) and improvement of the results of endoscopic treatment.