

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ПОМОЩЬЮ ХРОМОЭНДОСКОПИИ

Ушаева Л. А., Балалыкин Д. А.

Военный госпиталь СКРК ВВ МВД России, г. Пятигорск

РЕЗЮМЕ

В работе показано значение хромогастроуденоскопии с обычным и закисленным водным раствором конго красного в прогнозировании течения и рецидивов язв гастродуоденальной локализации. На основании данных 350 хромокопий были изучены состояние кислотопродукции, кислотопродуцирующие зоны и ощелачивающая способность желудка и двенадцатиперстной кишки и установлена взаимосвязь между этими показателями с возникновением, особенностями заживления и рецидивированием язв.

Ключевые слова: хромоэндоскопия, конго красный, кислотопродукция, кислотонейтрализация.

SUMMARY

In this work it is shown the significance of chromogastroduodenoskopiya with usual and sour water solution of Kongo the Red in the prognosis of the flow and relapse of the ulcers of gastroduodenal localization. According to the data of 350 chromoskopiya we studied the state of acidity production, acidity producing zones and alkaline capacity of the stomach and duodenum, and established the connection between these 2 indices and the origin, peculiarities of healing and relapse of ulcers.

Key words: chromoendoskopiya, Kongo the Red, acidity production, acidity neutralization.

Известно, что язвенная болезнь в России является одним из наиболее распространенных заболеваний органов пищеварения. Этот факт вынуждает исследователей постоянно уточнять этиологические и патогенетические аспекты заболевания, разрабатывать и совершенствовать методы диагностики и лечения [5, 14]. В настоящее время самым точным и часто используемым методом диагностики язв является эзофагогастроуденоскопия.

Установлено, что большинство язв имеют хроническое и рецидивирующее течение, поэтому прогнозирование течения язвенной болезни приобретает первостепенное значение в определении лечебной тактики и предупреждении осложнений (рубцовые стенозы привратника, грубая деформация выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки). Много неясного в механизмах рецидивов и увеличения частоты осложненных форм заболевания после казалось бы, успешно проведенного лечения [3, 14]. Более того, в случаях впервые выявленных язв вопрос о прогнозе их течения является актуальным.

Несмотря на появление современных диагностических методов определения функционально-

го состояния гастродуоденальной системы, не все из которых доступны и удобны в применении в амбулаторных условиях, ошибочно недооценивать возможности широко известного хромокопического метода как простого, недорогого и не требующего специального оборудования методик, в частности применения витальных красителей.

Хромоэндоскопия с конго красным позволяет оценить функциональное состояние слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки и с большей долей вероятности прогнозировать течение и заживление язв желудка и двенадцатиперстной кишки [6, 9, 10, 12].

Цель исследования — показать значение хромогастроуденоскопии с конго красным в решении вопроса прогнозирования течения язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Хромогастроуденоскопию с конго красным выполняли 350 пациентам (41 женщина и 309 мужчин) в возрасте от 18 лет до 68 лет. Срок наблюдения



Таблица 1

СОСТОЯНИЕ КИСЛОТОПРОДУКЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ					
Патология	Количество больных	Кислотообразующая функция желудка			
		гиперхлоргидрия	нормохлоргидрия	гипохлоргидрия	анацидность
Язва желудка	6	1	1	3	1
Язва двенадцатиперстной кишки	15	10	4	1	—
Эрозии желудка	83	20	7	53	3
Эрозии двенадцатиперстной кишки	47	35	2	10	—
Рубцово-язвенная деформация двенадцатиперстной кишки	34	23	8	2	1
Рефлюкс-эзофагит	20	16	3	1	0
Атрофический гастрит	13	—	—	—	13
Поверхностный гастрит	130	74	42	14	—
Рак желудка	1	—	—	—	1
Оперированный по поводу рака желудка	1	—	—	—	1
Всего	350	179	67	84	20

в динамике составил от 1 до 2 лет. Эндоскопические исследования проводились эндоскопами фирм *Olympus* (Япония) и *Xion* (Германия) на базе Военного госпиталя СКРК ВВ МВД России (г. Пятигорск).

Для хромогастроуденоскопии использовался 1%-ный водный раствор конго красного в желудке и 0,3%-ный закисленный водный раствор конго красного в двенадцатиперстной кишке.

Хромоэндоскопию выполняли «прямым» способом после обычного визуального осмотра пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки с помощью полихлорвинилового катетера с распыляющей головкой на дистальном конце.

Хромогастроуденоскопия не проводилась пациентам, принимавшим в течение 5 дней до исследования лекарственные препараты, понижающие секрецию.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При хромогастроскопии с 1%-ным водным раствором конго красного выявлено четыре варианта желудочной секреции.

Сопоставляя полученные во время хромогастроскопии с обычным раствором конго красного результаты с данными исследования желудочной секреции методом тонкого зонда с парентеральной стимуляцией секреции соляной кислоты раствором гистамина, отмечено, что при I типе окрашивания

(179 пациентов) у 132 больных (73, 7%) обнаружена гиперхлоргидрия, при II типе окрашивания (67 пациентов) у 54 (80,6%) — нормохлоргидрия, при III типе окрашивания (84 пациента) у 69 (82,1%) — гипохлоргидрия, при IV типе окрашивания (20 пациентов) у 19 (95%) — ахилия.

Таким образом, имеется четкая корреляция между результатами использования во время гастроскопии обычного раствора конго красного и данными определения кислотообразующей функции желудка обычным способом, причем особенно эффективна хромоэндоскопия в выявлении ахлоргидрии.

Изучение данных хромоэндоскопии с конго красным показало, что наиболее часто диффузное окрашивание всей поверхности слизистой оболочки желудка (гиперхлоргидрия — I тип окрашивания) имело место у больных с поверхностным гастритом (74), эрозиями двенадцатиперстной кишки (35), рубцово-язвенной деформацией двенадцатиперстной кишки (23), рефлюкс-эзофагитом (16), язвами двенадцатиперстной кишки (10), тогда как очаговое окрашивание (гипохлоргидрия — III тип окрашивания) или полное отсутствие окрашивания (ахлоргидрия — IV тип окрашивания) слизистой оболочки тела желудка было отмечено у больных с атрофическим гастритом (13), эрозиями желудка (53), язвой желудка (3), раком желудка (1), оперированным желудком по поводу рака (1).

Состояние кислотопродукции слизистой оболочки желудка в зависимости от гастродуоденальной патологии представлено в табл. 1.

Видно, что имеется четкая зависимость кислотообразующей функции желудка от выявленной патологии гастродуоденальной системы.

При хромодуоденоскопии с 0,3%-ным закисленным водным раствором конго красного выявлено три варианта интрадуоденальной кислотонейтрализации.

При сравнении данных хромодуоденоскопии с закисленным раствором конго красного с результатами определения кислотонейтрализующей функции в двенадцатиперстной кишке и количественными данными рН-метрии оказалось, что повышенная ощелачивающая функция двенадцатиперстной кишки обнаружена в 76,9% случаев (80), нормальная — в 80,4% (107), пониженная — в 81,4% (92).

Таким образом, данные хромодуоденоскопии с закисленным раствором конго красного сопоставимы с результатами определения кислотонейтрализующей функции двенадцатиперстной кишки методом рН-метрии.

Состояние кислотонейтрализующей способности двенадцатиперстной кишки представлено в табл. 2.

Анализ полученных результатов показывает, что существует зависимость между кислотонейтрализующей способностью двенадцатиперстной кишки и выявленной патологией верхних отделов пищеварительного тракта.

При наличии язвы двенадцатиперстной кишки у 10 из 15 больных, эрозий двенадцатиперстной кишки у 27 из 47, рубцово-язвенной деформации у 14 из 34, рефлюкс-эзофагите у 14 из 20 пациентов выявлено

понижение ощелачивающей функции, тогда как при язве желудка, наоборот, чаще отмечалось ее повышение (у 4 из 6 пациентов).

Сопоставление данных оценки интенсивности кислотопродукции желудка с ощелачивающей способностью двенадцатиперстной кишки у одного и того же больного показало, что чем выше уровень кислотообразования в желудке, тем слабее ощелачивающая функция двенадцатиперстной кишки, что отмечено у больных с эрозиями и язвами двенадцатиперстной кишки. Чем ниже уровень кислотопродукции в желудке, тем выше кислотонейтрализующая способность двенадцатиперстной кишки, что отмечено у больных с эрозиями и язвами желудка.

У пациентов с язвой желудка отмечалось снижение кислотопродукции в желудке и повышение кислотонейтрализующей способности двенадцатиперстной кишки, причем у данной категории больных желудочные язвы локализовались более проксимально, заживали быстро, но часто рецидивировали (33%). У больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, наоборот, кислотообразующая способность желудка была повышена, а ощелачивающая функция двенадцатиперстной кишки понижена. Такие язвы стойко не заживали в течение 4–5 недель медикаментозного лечения и часто рецидивировали (20%). В случаях повышенной и нормальной ощелачивающей способности двенадцатиперстной кишки язвы быстро заживали и рецидивировали.

Таблица 2

КИСЛОТОНЕЙТРАЛИЗУЮЩАЯ СПОСОБНОСТЬ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Патология	Количество больных	Ощелачивающая функция двенадцатиперстной кишки		
		повышенная	нормальная	пониженная
Язва желудка	6	4	1	1
Язва двенадцатиперстной кишки	15	2	3	10
Эрозии желудка	83	47	30	6
Эрозии двенадцатиперстной кишки	47	6	14	27
Рубцово-язвенная деформация двенадцатиперстной кишки	34	7	13	14
Рефлюкс-эзофагит	20	1	5	14
Атрофический гастрит	13	9	1	3
Поверхностный гастрит	130	26	66	38
Рак желудка	1	1	—	—
Оперированный по поводу рака желудка	1	1	—	—
Всего	350	104	133	113

Таблица 3

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОБСЛЕДОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ПО ВОЗРАСТУ И СОСТОЯНИЮ КИСЛОТОПРОДУКЦИИ							
Уровень кислотопродукции в желудке	Возраст (лет)						Всего
	до 20	21 – 30	31 – 40	41 – 50	51 – 60	> 60	
Гиперхлоргидрия	71	39	38	18	13	—	179
Нормохлоргидрия	32	12	9	6	5	3	67
Гипохлоргидрия	7	12	18	24	20	3	84
Ахлоргидрия	—	—	—	1	6	13	20
Всего	110	63	65	49	44	19	350

Таким образом, хромогастроскопия с обычным и закисленным раствором конго красного подтверждает наличие тесной связи рецидивирования язв желудка и двенадцатиперстной кишки с показателями кислотообразования слизистой оболочки желудка и ощелачивающей способностью антрального отдела желудка и двенадцатиперстной кишки.

По данным хромогастродуоденоскопии можно объяснить неэффективность обычного комплекса консервативной терапии у больных с пониженной кислотонейтрализующей функцией двенадцатиперстной кишки и непрерывным типом кислотопродукции в желудке.

Необходимо отметить, что частота обострений язв желудка и двенадцатиперстной кишки зависит не только от уровня кислотопродукции и кислото-нейтрализации, но и от ряда других факторов, таких как локализация язвы, сопутствующий хронический гастродуоденит и, наконец, периодичность эндоскопического обследования пациентов.

Анализ возрастных особенностей кислотообразования в желудке (табл. 3) показывает, что состояние повышенной и нормальной кислотопродукции преобладает в первых трех возрастных группах — у пациентов до 40 лет. Тенденция к понижению кислотообразующей функции желудка наблюдается у пациентов в возрасте 41–60 лет и полной атрофии слизистой с возрастанием — от 60 до 70 лет.

Данный факт свидетельствует о том, что в среднем и пожилом возрасте вследствие длительного течения хронического воспаления в желудке преобладают дегенеративные изменения, сопровождающиеся полной или частичной атрофией секреторного аппарата желудка.

Однако следует помнить, что на состояние кислотопродукции в желудке влияет не только возраст, но и давность анамнеза заболевания и состояние адаптационно-приспособительных реакций каждого пациента.

При выполнении данной работы и использовании хромокопии «прямым» методом мы обнаружили недостатки методики, заключающиеся в получении искаженных данных из-за неподготовленности желудка к исследованию (наличие слизи, затекание кислого секрета с одного участка слизистой на другой), недостаточного учета циркадного ритма кислотообразования, приема лекарственных препаратов, блокирующих секрецию.

Побочных эффектов в ходе выполнения хромогастродуоденоскопии не выявлено ни у одного пациента.

ВЫВОДЫ

1. Хромоэндоскопия с обычным и закисленным водным раствором конго красного является безопасным, простым и эффективным методом, позволяющим достаточно достоверно определять функциональное состояние слизистой оболочки гастродуоденальной системы, прогнозировать вариант течения язвенной болезни, риск рецидива язвы, эффективность проводимой консервативной терапии.

2. С помощью данного метода можно проводить параллели между продукцией соляной кислоты в желудке и ощелачивающей способностью двенадцатиперстной кишки, сопоставлять выявленную патологию с имеющимися функциональными нарушениями гастродуоденальной системы.

3. Хромоэндоскопия с конго красным позволяет избежать ошибок в тактике лечения пациентов в случае как впервые выявленных язв, так и страдающих язвенной болезнью.

4. Преобладающее значение в прогнозе рецидива язв имеют данные обычного и хромоэндоскопического исследования, полученные в процессе первого исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакулев, А. Н. Конгорот/А. Н. Бакулев//Большая медицинская энциклопедия. — 2-е изд. — М., 1959. — Т. 13. — С. 293.
2. Барковская, И. А. Комплексное гастрохромоскопическое и функционально-морфологическое исследование желудка/И. А. Барковская, Э. Л. Биргеле, А. Э. Калныньш и др.//Сб. научно-практич. работ Республиканской центральной железнодорожной клинической больницы. — Рига: Зинатне, 1994. — С. 47–52.
3. Богер, М. М. Язвенная болезнь/М. М. Богер. — Новосибирск: Наука, 1996. — 256 с.
4. Буянов, В. М. Хромогастроскопия — метод визуального изучения функционального состояния и секреторной топографии слизистой оболочки желудка/В. М. Буянов, А. С. Балалыкин, Ю. В. Огнев//Комплексный сборник изобретений и рационализаторских предложений медицинских вузов и научно-исследовательских институтов РСФСР. — М., 1977. — С. 70–82.
5. Володин, Д. В. Язвенная болезнь: представление, фармакотерапевтические подходы, диспансерные мероприятия/Д. В. Володин, И. В. Зверков, О. Н. Мишушкин//Кремлевская медицина. Клинич. вестн. — 2007. — № 2. — С. 23–26.
6. Гавриленко, Я. В. Одновременное определение кислотообразующей функции желудка и ощелачивающей функции двенадцатиперстной кишки при эндоскопии/Я. В. Гавриленко, Ю. В. Синев, Е. В. Ермаков и др.//Клинич. мед. — 1982. — Т. 60, № 7. — С. 77–80.
7. Гавриленко, В. Я. Применение витальных красителей в эндоскопии/В. Я. Гавриленко, Ю. В. Синев, О. А. Чибис. — М.: Медицина, 1993. — 43 с.
8. Заблодский, А. Н. Гастроинтестинальная эндоскопия у детей/А. Н. Заблодский. — М.: Медицина, 2002. — 286 с.
9. Капитоненко, А. М. Возможности дуоденоскопии в прогнозировании течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц молодого возраста/А. М. Капитоненко, Е. В. Ермаков, Я. В. Гавриленко и др.//Военно-мед. журн. — 1981. — № 11. — С. 30–32.
10. Кручинин, Е. З. Возможности прогнозирования рецидива впервые выявленной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц молодого возраста/Е. З. Кручинин, Я. В. Гавриленко, Е. В. Ермаков и др.//Тер. арх. — 1981. — № 12. — С. 90–93.
11. Макось, Р. П. Дуоденохромоскопия и ее клиническая оценка/Р. П. Макось//Клинич. мед. — 1969. — № 1. — С. 73–77.
12. Покротниек, Ю. Я. Прогноз хронической язвы желудка по данным гастрохромоскопической оценки слизистой оболочки желудка/Ю. Я. Покротниек, З. А. Стрепис, В. Б. Полинова и др.//Тер. арх. — 1986. — № 2. — С. 45–48.
13. Смагин, В. Г. Гастрохромоскопия с применением конго красного в диагностике хронического гастрита фундального отдела желудка/В. Г. Смагин, В. В. Иванов, Я. В. Гавриленко и др.//Тер. арх. — 1980. — № 7. — С. 59–63.
14. Яицкий, Н. А. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки/Н. А. Яицкий, В. М. Седов, В. П. Морозов. — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — 376 с.

