

РУБЦУЮЩАЯСЯ ЯЗВА И РАК ЖЕЛУДКА: ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ  
ДИАГНОСТИКИ

А.З. ГУСЕЙНОВ\*, Н.А. КАРАСЕВА\*\*

\*ФГБОУ ВПО «Тульский государственный университет», г. Тула

\*\*НУЗ «Отделенческая больница на ст. Тула ОАО «РЖД»

**Аннотация:** в статье рассматривается актуальная проблема диагностики рубцующейся язвы и рака желудка. Приведены данные по эндоскопическому и морфологическому исследованию рубцующихся язв. В 15 наблюдениях были выявлены атипичные клетки при изучении биоптата из рубца. В статье анализируются макроскопические и морфологические признаки по дифференциальной диагностике рубцующейся язвы и раннего рака желудка и предлагаются критерии по оценке рубцевания язвы, направленные на своевременную оценку, особенно в подозрительных случаях. Рассмотрены алгоритмы диагностики и дифференциальной диагностики доброкачественных язв и раннего рака в клинической практике.

**Ключевые слова:** рубцующаяся язва, ранний рак, эндоскопическое исследование, морфологические исследование.

SCARS ULCER AND STOMACH CANCER: ENDOSCOPIC CRITERIA FOR DIAGNOSIS

A.Z. GUSEINOV, N.A. KARASEVA

*Tula State University  
City hospital "RGW"*

**Abstract:** the article discusses the topical problem of diagnostics scars ulcers and stomach cancer. Data are given on endoscopic and morphological research scars ulcers. In 15 observations were identified atypical cells in studying the biopsy of the scar. The article analyzes the macroscopic and morphological characteristics of the differential diagnosis of scars ulcers and early cancer of the stomach and proposes criteria for assessing the healing of ulcers, aimed at timely assessment, particularly in suspicious cases. Considered algorithms for the diagnosis and differential diagnosis of benign ulcers and early cancer in clinical practice.

**Key words:** scars ulcer, early cancer, endoscopic examination, morphological study.

Проблемы диагностики и лечения язвенной болезни (ЯБ) желудка продолжает оставаться актуальной проблемой в медицине.

В последние 20 лет был сделан значительный шаг к изменениям принципов лечения ЯБ и современная противоязвенная терапия позволяет добиться клинически значимых результатов [1, 4].

Важное место в диагностике и дифференциальной диагностике ЯБ занимает эндоскопическое и морфологическое исследование.

*Фиброэзофагогастродуоденоскопия* (ФЭГДС) позволяет выявить язвенный дефект, обеспечить контроль за его рубцеванием, а цитологическое или гистологическое изучение материала, полученного путем прицельной биопсии, дает возможность оценить изменения слизистой оболочки, надежно гарантирует точность морфологической верификации диагноза [3].

В настоящее время такой критерий как заживление язв, соответственно рубцевание ее, является аргументированным и свидетельствует о «терапевтическом эффекте» в лечении больных с ЯБ, подтвержденные макроскопическим описанием, морфологическим контролем процесса заживления язвенного дефекта.

Однако отношение к данному фактору – рубцеванию язвы, не столь однозначно среди морфологов, онкологов и терапевтов, ибо методы и возможности исключения злокачественной трансформации язв желудка на всех этапах лечения ЯБ, включая стадию окончательного закрытия язвенного дефекта, остаются предметом постоянных дискуссий.

Разумеется, главную роль в установлении диагноза доброкачественной язвы, и особенно злокачественной формы, занимает морфологическое исследование. Следует отметить, что данная проблема не теряет актуальность вплоть до стадии эпителизации. Основная задача, стоящая в первую очередь перед морфологом при изучении биоптатов больных с язвой желудка – дифференциальная диагностика между хронической язвой и раком, всесторонний учет неоплазии и дисплазии, тканевых и клеточных изменений как в эпицентре язвы, так и вокруг язвенного дефекта.

По Венской классификации гастроинтестинальных эпителиальных неоплазий выделяют 5 категорий изменений: 1) без неоплазии/дисплазии; 2) сомнительная неоплазия/дисплазия; 3) неинвазивная неоплазия низкой степени выраженности; аденома/дисплазия; 4) неинвазивная неоплазия высокой степени выраженности: аденома/дисплазия; неинвазивная карцинома (рак in situ); подозрение на инвазивную карциному; 5) инвазивная неоплазия: внутрислизистая карцинома; карцинома с подслизистой или более глубокой инвазией [3].

Вся сложность клинической ситуации заключается в том, что врач, руководствуясь главным критерием эффективности противоязвенной терапии в виде заживления (рубцевание) язвенного дефекта, практически полностью снимает для себя, как и для пациента, проблему: нет язвы – нет обострения. Соответственно, рубцевание язвы, означающее в клинической практике отсутствие опухолевого роста, может обернуться ошибочным заключением. Не всегда позволяют установить точный диагноз даже тщательное обследование больных с многократным морфологическим исследованием биоптата из зоны язвы.

Во-первых, затрудняет клинико-эндоскопическую дифференциальную диагностику и то, что изъязвленная раковая опухоль желудка может, как и обычная доброкачественная язва подвергаться заживлению, правда такое заживление редко бывает полным, но наблюдается оно у 70% больных ранним раком. На месте изъязвления может образоваться обычная грануляционная ткань и слизистая оболочка. Нормальная слизистая оболочка затем подвергается опухолевой инвазии и повторному изъязвлению.

Во-вторых, рак может развиваться в эпителии, покрывающем послеязвенный рубец. Из-за того, что рак желудка растёт сравнительно медленно, такие циклы могут повторяться неоднократно. Есть данные о том, что развитие рака от микроскопического до раннего занимает почти 10 лет, а от раннего до выраженного с клиническими проявлениями – 16-27 лет и что ранний рак I типа увеличивает свои размеры вдвое за 6,5 лет, а ранние раки других типов – за 2-3 года [2, 5].

В этом плане чрезвычайно важное значение приобретает значение эндоскопического исследования: от констатации макроскопических изменений в динамике до кратности и целенаправленности гастробиопсии: отказ от одно-двухточечной поверхностной биопсии в пользу множественной со всей поверхности язвы или рубца.

**Цель исследования** – выработка диагностической тактики при рубцевании язвы, обоснование действий врача-эндоскописта при контроле за заживлением язвы, особенно при подозрении на малигнизацию в процессе заживления и рубцевания язвы.

**Материалы и методы исследования.** Нами проанализированы 7 случаев выявления рака в послеязвенном рубце за период наблюдения 2005-2009 г.г. в эндоскопическом отделении НУЗ «Отделенческая больница на ст.Тула».

Проведение повторной биопсии мотивировали измененной характеристикой самого рубца и пролонгированными сроками заживления язв. Среди больных – 3 (44%) составили больные с язвами желудка, зарубцевавшиеся с образованием прерывистости складок слизистой. Макроскопически мы расценивали это как язву подозрительную на малигнизацию.

В других 2 (28%) наблюдениях поводом для повторной биопсии служило возвышение отдельного участка рубца.

В 2 (28%) остальных случаях биопсия была взята при профилактическом осмотре при полном отсутствии признаков морфологических изменений.

**Результаты и их обсуждение.** Анализ полученных данных показывает, что, несмотря на заметные достижения консервативной терапии ЯБ, эффективности современных противоязвенных средств вплоть до своевременного и полного рубцевания язвенного дефекта у ряда больных остается угроза злокачественной трансформации язв желудка.

Все это свидетельствует в пользу постоянного динамического наблюдения за больными с ЯБ желудка, вплоть до стадии рубцевания, при необходимости прибегая к биопсии из краев послеязвенного рубца.

В настоящее время главный метод в дифференциальной диагностике и в определении тактики лечения – гастроскопия с множественной (многоочечной) биопсией.

Какими критериями должны руководствоваться эндоскописты на практике при проведении контрольной ФЭГДС?

В большинстве (72%) случаев при пристальном изучении можно найти определенные изменения в зоне рубцевания язвы – прерывистые складки слизистой, неровные края, очертания – которые свидетельствуют о подозрении на малигнизацию. В остальных (28%) наблюдениях визуально каких-либо изменений найти не удается.

Кроме того, биопсии непременно должна быть многоочечной, а поэтому иссечение 1-2 кусочков при рубцующихся язвах недопустимо. При отсутствии в них элементов опухоли в медицинских документах будет значиться, что «при гистологическом исследовании признаков злокачественного роста не обнаружено». Хорошо известно, как подобная запись снимает столь необходимую онкологическую настороженность клинициста и как это может надолго затянуть установление истинного диагноза.

Малоинформативное заключение после морфологического изучения биоптата является показанием к повторной биопсии.

Основополагающий вопрос дифференциальной диагностики после получения морфологического заключения – имеем ли дело с малигнизацией язвы либо это эпителизация первично-язвенной формы рака желудка, что нередко принимают за

Следует отметить, что ранний рак может развиваться в участках кишечной метаплазии. и в то же время последняя не относится к предраковым изменениям, не является основанием для повторной эндоскопии и прицельной биопсии, если нет рецидивирующей и особенно длительно не рубцующейся язвы. Однако при выявлении в биоптате признаков тяжелой дисплазии следует произвести множественные повторные био-

псии, так как тяжелая дисплазия чаще свидетельствует не о том, что у больного может возникнуть рак, а нередко о том, что он уже есть, но по одному биоптату нельзя безошибочно судить о тяжести дисплазии.

Таким образом, полное заживление язвы в обязательном порядке следует подтвердить повторным эндоскопическим исследованием со взятием биопсии, особенно при визуальном изменении краев рубца и прерывистости складок слизистой в зоне рубца. При любом отклонении в характере заживления язв следует проводить повторные эндоскопические исследования с множественной биопсией из зоны рубцующейся язвы. Сомнения, подтвержденные макро- и микроскопически, следует трактовать как процесс малигнизации с решением вопроса в пользу оперативного вмешательства.

Требуют дальнейшего уточнения показания к взятию биопсии из рубцовой ткани после заживления язвы. Только при таком подходе возможно исключение диагностических ошибок, влекущих за собой лечебно-тактические просчеты.

#### Литература

1. *Барановский, А.Ю.* Неблагоприятные варианты течения язвенной болезни / А.Ю. Барановский, Л.И. Назаренко.– СПб, 2006.– С. 144.
2. Руководство по гастроэнтерологии / Под ред. Ф. И. Комарова, С. И. Рапопорта.– М.: Медицинское информационное агентство, 2010.– 864 с.
3. *Черноусов, А.Ф.* Радикальное хирургическое лечение раннего рака желудка.– Хирургия / А.Ф. Черноусов, Ф.А. Черноусов, И.М. Селиванова // Журнал им. Н.И. Пирогова.– 2004.– №7– С. 4–8.
4. *Lanas, A.* Study of outcome after targeted intervention for peptic ulcer resistant to acid suppression therapy / A. Lanan, B. Remacha, R. Sainz, B.I. Hirschowitz // Am J Gastroenterol.– 2000.– № 95.– P. 513–519.
5. *Soll, A.H.* Gastric, duodenal, and stress ulcer. In: Sleisinger M., Fordtran J. eds. Gastrointestinal Disease. / A.H. Soll // 5 th ed. Philadelphia: WB Saunders.– 1993.– 580 p.