УДК 616.342—002.44—072.1

Н. Н. КУЗНЕЦОВ, В. В. ЛАКОМОВ, К. М. АВОЯН

ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Представлены материалы эндоскопического исследования двенадцатиперстной кишки в различные сроки развития язвенной болезни. Исследование больных производилось при поступлении в стационар и в различные сроки (в интервале 10—14 дней), вплоть до рубцевания язвы. Больные язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки сохраняют нетрудоспособность в среднем в течение 4—5 недель.

При оценке трудоспособности больных, страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, в настоящее время большое внимание уделяется эндоскопическому методу исследования [1—3, 5 и др.]. Не вызывает сомнения, что длительность лечения больного в стационаре, восстановление его трудоспособности зависят от заживления язвы. К сожалению, вопрос о сроках заживления язвы в литературе освещен недостаточно, и имеются только единичные работы в данной области [4].

В настоящей работе представлены данные динамического наблюдения за сроками заживления язв двенадцатиперстной кишки в условиях гастроэнтерологического стационара.

Сроки заживления прослежены от даты первичного эндоскопического исследования больного в стационаре до момента эпителизации язв. Исследование производили с помощью аппарата фирмы «Олимпус», тип К. Первичную дуоденоскопию в большинстве случаев выполняли в первые 3—5 дней поступления в стационар, что позволяло судить о фазе развития язвы у исследуемого больного. Для морфологического подтверждения мы производили биопсию язвы как при первичном выявлении, так и в процессе заживления ее. Применяли и документальное фотографирование язв в процессе их лечения.

Нами обследовано 122 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, из них мужчин 106, женщин 18 в возрасте от 18 до 76 лет, большинство было в возрасте от 41 до 50 лет (51 чел., 42,6%).

Длительность заболевания язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки до года была у 22 чел., до 3 лет—у 14, до 5 лет—у 20, до 10 лет—у

23, более 10 лет—у 43 больных, причём у 6 больных язвенный анамнез превышал 25 лет. У 5 больных наблюдались осложнения язвенной болезни в виде желудочно-кишечных кровотечений, которые были остановлены консервативно. 10 больных были подвергнуты оперативному лечению с ушиванием прободных язв двенадцатиперстной кишки.

При первичном эндоскопическом исследовании у 101 больного была обнаружена язва в острой фазе и у 21 рубцующаяся. В большинстве случаев язвы имели округлую или овальную форму, реже щелевидную (у 9) и неправильную (у 3). Обычно края язв были ровными и гладкими, в 6 случаях неровными. Диффузная гиперемия и отечность слизистой оболочки отмечалась у 77 больных, в 18 случаях отечность и гиперемия слизистой была выражена только вокруг язвы в виде венчика, в 4 случаях вокруг язвы были мелкие геморрагии, в 21 случае вокруг язвы на фоне гиперемированной слизистой определялись эрозии. И только в 2 случаях слизистая оболочка луковицы была обычного светлорозового цвета.

Размеры язв были установлены у всех исследуемых: до 3 мм у 48 чел., от 3 до 5—у 26, от 5 до 10—у 45 и более 10 мм у 3 человек. Причем у 5 больных были множественные язвы луковицы. По локализации язвы распределялись следующим образом: передняя стенка—18, задняя—23, большая кривизна—26, малая кривизна—50.

При эндоскопическом исследовании мы проводили биопсию с различных участков язвы: дна, краев и окружающей слизистой. При этом брали не менее 5—6 фрагментов. Гистологически дно язвы представляло собой некротические массы, инфильтрированные распадающимися лейкоцитами. Края язв были покрыты уплощенными гиперхромными клетками эпителия с ядрами, расположенными на разных уровнях. Собственный слой слизистой инфильтрирован лимфоидными и плазматическими клетками с примесью единичных эозинофилов.

Повторный эндоскопический осмотр производили через 12—14 дней после первичной дуоденоскопии. При этом у 48 чел. на месте язв обнаружен рубец. У 73 больных, у которых при повторной дуоденоскопии язвы остались незарубцевавшимися, были обнаружены признаки их заживления в виде конвергенции гиперемированной слизистой к язве или появления рубца в одном из ее краев. У данной группы больных была произведена повторная биопсия. Гистологическое исследование обнаружило уменьшение полиморфноклеточного инфильтрата, и на этом фоне в краях язв определялись небольшие очаги грануляционной и рубцовой ткани. Через 10 дней после повторной дуоденоскопии произведено третье эндоскопическое исследование. При этом у 60 больных на месте язвы обнаружен линейный рубец. Гистологическое исследование биопсий, взятых из рубцов, обнаружило постепенное замещение грануляционной ткани зрелой соединительной тканью. 13 больных с незарубцевавшимися язвами через 35—40 дней после поступления в стационар обследованы в четвертый раз. У большинства из них на месте язвы был об-

наружен древовидный рубец, и только у 4 больных рубцевания язвы не наступило.

Для иллюстрации приводим историю болезни.

Больной Д., 38 лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение 20/1 1977 г. с жалобами на боль в эпигастриальной области. Язвенный анамнез 12 лет. Обострения 1 раз в 2—3 года. Ухудшение общего состояния с появлением болевого синдрома отмечает в течение 3 недель до поступления в больницу. При рентгенологическом исследовании (произведенном амбулаторно 18/1 1977 г.) на рельефе определяется язвенная «ниша». 22/1—дуоденоскопия—привратник проходим. Луковица двенадцатиперстной кишки деформирована, слизистая ее гиперемирована и отечна. По большой кривизне луковицы определяется язва неправильной формы до 0,8 см. Вокруг язвы мелкие эрозии. Биопсия из язвы. Заключение—язва луковицы двенадцатиперстной кишки. Деформация луковицы, хронический бульбит с наличием эрозий. Дуоденоскопия 2/2—язва уменьшилась до 0,6 см. Гиперемия, отек слизистой и эрозии остаются. Третья дуоденоскопия 16/2—эрозии луковицы заэпителизировались, отек и гиперемия исчезли, размеры язвы 0,3 см. Гистологически отмечались признаки рубцевания в виде очагов грануляционной ткани. При четвертой дуоденоскопии от 2/3—на месте язвы определялся древовидный рубец. Таким образом, срок госпитализации данного больного составил 42 дня.

Анализируя сроки пребывания больных в стационаре, поступивших с рубцующимися язвами, мы пришли к выводу, что сроки рубцевания язв составили в среднем 28—30 дней, что совпадает с данными П. А. Никифорова и В. Г. Смагина с соавт. [3, 4].

Для установления сроков появления первых клинических симптомов обострения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки до госпитализации у всех больных тщательно собирали анамнез. Полученные данные сопоставляли с результатами повторных дуоденоскопий (до установления факта рубцевания язвы). Было установлено, что язвенный цикл составил в среднем до 5 недель у 28 чел., до 6—у 31, до 7—у 24, до 8—у 20, до 9—у 9, до 10—у 4, до 11—у 3, до 12—у 1 и до 13 недель у 2 больных.

Таким образом, средние сроки язвенного цикла составили 45—46 дней, что на несколько дней превышает сроки, наблюдаемые В. Г. Смагиным с соавт. (40—42 дня). Исследования показали, что у большинства больных сроки заживления язвенного дефекта зависели от размеров, устанавливаемых при первичном эндоскопическом исследовании. Однако следует отметить, что в ряде случаев большие язвенные дефекты (0,8 см) рубцевались в сроки до 5 недель, а в 4 случаях маленькие дефекты (до 0,3 см) требовали более длительного времени (7—8 недель).

Следует отметить, что в тех случаях, когда под влиянием противовоспалительной терапии размеры язв не уменьшались и не было признаков их рубцевания как эндоскопически, так и гистологически, необходимо было исключить патологию со стороны поджелудочной железы. Приводим наше наблюдение.

Больная К., 46 лет, в течение 12 лет страдала язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, неоднократно находилась на стационарном лечении с незначительным

улучшением. В 1974 г. наблюдалось осложнение язвенной болезни в виде желудочно-кишечного кровотечения. В анализах желудочного сока цифры кислотности всегда были высокими. Больная в течение месяца лечилась без эффекта в одной из линейных больниц. При рентгенокопии были выявлены множественные язвы луковицы двенадцатиперстной кишки. Через месяц после лечения больной была произведена дуоденоскопия (17/12 1976 г.)—привратник проходим, луковица двенадцатиперстной кишки резко деформирована, слизистая ее гиперемирована и отечна. По передней стенке луковицы определяется язва размером 0,6 на 0,8 см, по задней стенке язва 0,5 см в диаметре, по задней стенке ближе к малой кривизне—0,2 см в диаметре. Биопсия из язв. Заключение—множественные язвы двенадцатиперстной кишки. Деформация луковицы, хронический бульбит. Гистологически—признаков заживления язв не отмечается. 25/1 1977 г.—повторная дуоденоскопия: в луковице язвы остаются прежних размеров. Бульбо-дуоденальный сфинктер несколько сужен. Наблюдается значительно утолщенная продольная складка, в конце ее фатеров сосок до 1 см. В проекции продольной складки наблюдается взбухание кишки (давление со стороны поджелудочной железы). Заключение—множественные язвы луковицы двенадцатиперстной кишки. Нельзя исключить злокачественное поражение поджелудочной железы.

8/2 1977 г. большой произведена операция. При ревизии органов брюшной полости в поджелудочной железе обнаружен небольшой узел округлой формы, плотный на ощупь. Произведено удаление узла с частичной резекцией желудка. Гистологически обнаружена ulcerогенная злокачественная аденома.

Анализ представленного материала показывает, что под влиянием проводимого лечения болевой синдром исчез к концу 1-й недели у 16 больных (13,1%), к концу 2-й недели—у 49 (40,1%), 3-й—у 30 (24,6%), 4-й—у 22 (8,1%) и более 4 недель болевой синдром отмечался у 6 человек (4,1%). Увеличение веса наблюдалось у 104 больных (85,2%)—от 1 до 8 кг. У 8 больных (6,2%) вес остался без изменений. Потеря в весе отмечалась в 10 случаях (8,2%).

Следует помнить, что далеко не всегда клиническое выздоровление соответствует анатомическому заживлению язвы. Б. Г. Смольский [5] указывает, что при заживлении язвы не происходит полного восстановления слизистой оболочки, репаративные процессы наступают значительно позже, чем макроскопическое заживление слизистой. Даже при истинном заживлении язвенного дефекта выздоровление еще не наступает.

Полученные данные показывают, что эндоскопическое исследование дает возможность не только своевременно диагностировать наличие язвы, ее размеры, но и стадию. Этот метод позволяет объективно судить о заживлении язвы, о сроках пребывания больного на больничном листе. Принимая во внимание, что рубцевание язвы у большинства больных составляет 28—30 дней, мы склонны считать, что больные, страдающие язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, временно нетрудоспособны (4—5 недель). Значительная группа больных (13% всех обследованных) нуждается в более длительном лечении (до 6—7 недель). Своевременная госпитализация и лечение таких больных позволит сократить сроки их нетрудоспособности.

ԷՆԴՈՍԿՈՊԻԱԿԱՆ ՔՆՆՈՒԹՅԱՆ ՆՇԱՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ
ՏԱՍՆԵՐԿՈՒՄԱՏՆՅԱ ԱՂՈՒ ԽՈՑԱՑԻՆ ՀԻՎԱՆԳՈՒԹՅԱՄԲ
ՏԱՌԱՊՈՂ ՀԻՎԱՆԳՆԵՐԻ ՌԵԱԲԻԼԻՏԱՑԻԱՅԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ներկայացված են խոցային հիվանդության զարգացման տարբեր ժամկետներում տասներկրամատնյա աղու էնդոսկոպիական քննության նյութերը: Հետազոտությունը կատարված է հիվանդի ստացիոնար ընդունվելու ժամանակ և տարբեր ժամկետներում՝ ընդհուպ մինչև խոցի սպիացումը: Հաշվի առնելով, որ խոցի սպիացումը կատարվում է 28—30 օրում, հեղինակները հիվանդների այս խմբին համարում են ժամանակավորապես անաշխատունակ 4—5 շաբաթ:

N. N. KUZNETSOV, V. V. LAKOMOV, K. M. AVOYAN

THE IMPORTANCE OF ENDOSCOPIC RESEARCH DURING THE
REHABILITATION OF THE PATIENTS SUFFERING FROM
DUODENAL ULCER

The materials of the research of duodenum problem at different periods of the ulcer development are represented. The research has been carried out in conditions of hospitalization of the patient and at different periods (within an interval of 10—14 days) up to the scarring. Considering that 28—30 days are required for scarring, it is believed that this category of the patients is temporarily disabled during 4—5 weeks.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Василенко В. Х., Васильев Ю. В. Сов. мед., 1973, 4, стр. 17.
2. Браильски Хр., Попов П., Велев Гр., Чехларов В. Клин. мед., 1974, 10, стр. 102.
3. Никифоров П. А. Тер. архив, 1976, 6, стр. 72.
4. Смагин В. Г., Елизаветина Г. А., Иванов В. В., Щербакова Н. В. Тер. архив, 1976, 6, стр. 62.
5. Смольский Б. Г. Врач. дело, 1970, 10, стр. 38.