

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА И ЕЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Колесникова Е. В.
Оренбургский Государственный медицинский университет

SOME PECULIARITIES OF ENDOSCOPIC ANATOMY OF THE GASTRODUODENAL TRANSITION AND ITS CHANGES IN DUODENAL PEPTIC ULCER

Kolesnikova E. V.
Orenburg State Medical University

Рисунки к статье см. цветную вклейку

Колесникова Е. В. — ассистент кафедры хирургии, врач-эндоскопист ГАУЗ «Оренбургская областная больница №3»

Kolesnikova E. V. — Department of Surgery, assistant, physician, Orenburg regional hospital №3

Колесникова Е.В.

Kolesnikova E.V.
mdc2005@yandex.ru

Резюме:

Цель: улучшить диагностику заболеваний привратника и препилорической области у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки на основании изучения складчатости слизистой оболочки.

Материал и методы: материалом изучения послужили эндоскопические исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта у 208 пациентов, не имеющих заболеваний гастродуоденального перехода (условно здоровые), и у 112 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, трех возрастных групп от 35 и 90 лет. Мужчин было — 72 и 61, женщин — 136 и 51 соответственно группам. Эндоскопические исследования проводились эндоскопами системы «EXERA — II» и инструментами фирмы «Olympus» (Япония)

Результаты выявили индивидуальные различия в формировании складок слизистой оболочки привратника и препилорической области у здоровых и больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, частоте участия стенок в расположении складок, а также зависимость от возраста. Гендерных различий не выявлено. Приведен клинический случай больной с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и мальтомой в препилорическом отделе.

Вывод: Необходимо учитывать особенности формирования складок слизистой оболочки привратника и препилорической области у здоровых и больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, тщательно изучать рельеф, делая биопсию с измененного участка, гистологическое и цитологическое исследования для исключения патологии этой области.

Ключевые слова: складки слизистой оболочки привратника, препилорической области, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Summary:

Objective: to improve the diagnosis of the diseases of the pylorus and prepyloric region in patients with duodenal peptic ulcer based on the study of the mucous membrane folds

Materials and methods: endoscopic examination of 208 patients without diseases of the gastroduodenal transition (healthy) and 112 patients with duodenal peptic ulcer of three age groups from 35 to 90 years. Men were 72 and 61, women — 136 and 51 respectively groups.

Endoscopic examinations were performed by endoscopes EVIS GIF-130, XP-150 N, GIF H-180 and instruments of the company «Olympus» (Japan).

Results: Individual differences were revealed in the formation of mucous membrane folds of the pylorus and prepyloric region, in the frequency of participation of the walls in healthy people and patients with duodenal peptic ulcer. Age differences were revealed. Gender differences were not revealed.

The clinical case of the patient with duodenal peptic ulcer and maltoma in prepyloric region was presented.

Conclusion: The features of the formation of mucous membrane folds, the relief of the mucous membrane of the pylorus and prepyloric region in healthy people and patients with peptic ulcer of the duodenum are necessary to consider. It is important to perform a biopsy, histological, cytological study of this area.

Keywords: mucous membrane folds, duodenal peptic ulcer

Гастродуоденальный переход — локализация многих патологических образований: полипов, язв, раннего и развитого рака, также пренеопластических изменений [1]. Большой процент от заболеваний желудочно-кишечного тракта занимают полипы, и в последнее время наблюдается тенденция к увеличению числа пациентов с полипами желудочно-кишечного тракта [2], которые часто малигнизуются [3], чаще обнаруживаются в возрасте от 51 года до 80 лет [2]. По данным Е. Д. Федорова с соавт. (2012) поверхностные эпителиальные образования в пилородуоденальной области почти в половине случаев (44,8%) располагаются в антральном отделе. Препилорический отдел желудка является излюбленной локализацией рака [1]. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки остается актуальной проблемой. В настоящее время не вызывает сомнений связь язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, а также развитие рака желудка с *Helicobacter pylori* [5,6,7]. Малая кривизна привратника может быть локализацией редко встречающегося туберкулеза этой области [8,9], который проявляется в виде узелков или инфильтрата. В настоящее время приоритетным направлением является выявление предраковых изменений слизистой оболочки желудка [3,10], для которых характерна скудность эндоскопической картины. Для ранней диагностики и своевременного лечения патологии этого отдела необходимо знание эндоскопической анатомии. Складчатость, рельеф слизистой оболочки препилорического отдела и привратника является одной из составляющих эндоскопической анатомии слизистой оболочки, поэтому требуется тщательное изучение рельефа, складчатости слизистой оболочки.

Слизистая оболочка препилорической области и привратника может формировать эластичные

складки. Данные анатомических исследований [11, 12, 13] свидетельствуют о существовании рыхлого соединения слизистой оболочки с подслизистой в области привратника, в результате чего она является пластическим органом, что подтверждается эндоскопическими исследованиями [13,14]. Они указывают, что привратник постоянно меняет свой вид, область привратника часто напоминает розетку. Такой вид придает ему утолщенные складки, сходящиеся к точечному отверстию. Л. Л. Колесников (2000, 2008) отмечает, что в области привратника происходит схождение складок слизистой оболочки препилорического отдела и луковицы ДПК. В. И. Стручков с соавт. (1977), описывая методику осмотра желудка, замечает, что если привратник закрыт, то имеет вид звезды с расходящимися от нее складками. Т. К. Самоделкина, измеряя толщину подслизистой оболочки на гистопограммах привратника и препилорической области, обнаружила разную толщину этого слоя по периметру, и наибольшая ее толщина имеется на передней стенке ($0,16 \pm 0,23$). Более подробное эндоскопическое описание складчатости слизистой оболочки препилорического отдела и привратника представлено [15] у юношей и выделены два варианта складчатости: с преимущественным расположением складок на передней (70,0%) и верхней (58,2%) стенках. Более подробной информации по складкам слизистой оболочки гастродуоденального перехода нам не встретилась.

Цель. На основании изучения рельефа слизистой оболочки привратника и препилорического отдела улучшить диагностику заболеваний этой области у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы

Материалом изучения послужили результаты эндоскопических исследований верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у 208 пациентов, не имеющих заболеваний гастродуоденального периода (условно здоровые) и у 112 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Среди 208 пациентов мужчин было — 72, женщин — 136, среди 112 больных — мужчин — 61, женщин — 51. Все исследуемые были трех возрастных периодов: II периода зрелого возраста (мужчины от 35 до 60 лет, женщины от 35 до 55 лет), пожилого (мужчин от 60 до 75 лет, женщин от 55 до 75), старческого возраста (мужчины и женщины от 75 до 90 лет). Соответственно среди

условно здоровых и больных II периода зрелого возраста было 65 и 40 человек, пожилого — 61 и 47, старческого — 82 и 25 человек. Изучали складчатость слизистой оболочки препилорической области и привратника в сомкнутом состоянии (рис. 1в, г, е), в котором она наиболее выражена. Эндоскопические исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта проводились видеоскопами системы «EXERA — II» и инструментами фирмы «Olympus» (Япония).

Helicobacter pylori (Hр) определяли гистологически, цитологически и уреазными тестами: на планшете и дыхательным.

Результаты исследования и обсуждение

Из 208 пациентов без патологии гастродуоденального перехода складки слизистой оболочки привратника и препилорической области обнаружены в 52,9% случаев. Складки располагались в 39,1% случаев по трем стенкам (рис. 1г), в 37,3% — по двум стенкам (рис. 1б), в 15,5% — по четырем стенкам (рис. 1е) и реже всего (в 8,2%) на одной стенке. Почти у всех (91,8%) пациентов стенкой формирования складок

была передняя, следующей по частоте расположения складок — верхняя стенка (в 79,1%), нижняя и задняя стенки — реже (53,5% и 40,6% соответственно). Если рассматривать образование складок в изучаемой области в зависимости от возраста, то чаще всего (72,3%) они встречаются у лиц зрелого возраста и реже (32,9%) — старческого возраста. Лица пожилого возраста занимают промежуточное

положение (59,0%). То есть, с увеличением возраста уменьшается количество пациентов, имеющих складки слизистой оболочки привратника и препилорической области.

Что касается гендерных различий, то частота формирования складок у мужчин и женщин практически одинакова: у мужчин в 50,0%, у женщин в 54,4% случаев. Частота встречаемости стенок, на которых образуются складки не имеет различий: на передней стенке у мужчин в 94,4%, у женщин — в 90,5%, на верхней стенке — в 80,5% и 78,3% соответственно, на нижней — 55,5 и 52,7%, на задней в 41,6 и 35,1% соответственно.

У больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки складчатость слизистой оболочки привратника и препилорической области встречается чаще — в 75,9% случаев. Также имеется тенденция к уменьшению количества больных со складчатостью слизистой оболочки этой области с увеличением возраста: в 82,5, 76,6 и 62,0% соответственно возрастным группам.

Складки также в основном встречаются на трех стенках (48,2%) и преимущественно на передней и верхней стенках (89,4% и 80,0% соответственно).

Таким образом, более частое наличие складок на передней и верхней стенках привратника и препилорической области может маскировать ранние предраковые заболевания или изменения слизистой оболочки, а появление их на нижней или задней стенках, где они встречаются реже, должно насторожить эндоскописта и заставить подумать о патологии, применить по возможности уточняющие методики и провести прицельную биопсию.

Приводим собственный клинический случай. Больная Б., 56 лет, обратилась в клинику с жалобами, характерными для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. При эзофагоскопии (рис.2) выявлены отек и гиперемия слизистой оболочки во всех отделах желудка, в антральном отделе — зернистость по всем стенкам. Луковица двенадцатиперстной кишки деформирована, слизистая

оболочка ее — отечна, гиперемирована. На передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки сразу за привратником — неглубокая, овальной формы язва до 1,2 × 0,8 см с налетом желтого фибрина, с выраженным воспалительным валом. На задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки за привратником — вторая язва, плоская, до 0,6х0,3 см с налетом желтого фибрина, с рыхлой, гиперемированной слизистой оболочкой вокруг. На передней стенке препилорического отдела обнаружены две невысокие складки слизистой оболочки и между ними — углубление с эрозией до 0,4х0,2 см с налетом белого фибрина. Поверхность складок — ровная. Слизистая оболочка, их покрывающая, не отличается от окружающей. В раскрытом и сомкнутом состоянии привратника они не расправляются на его слизистую оболочку. При инструментальной пальпации складки эластичны, но при инсуффляции воздуха не расправляются. Сделана биопсия со складок, эрозии, слизистой оболочки привратника, тела и угла желудка. Гистологическое заключение со складок и эрозии свидетельствовало о мальтоме. В антральном отделе и теле желудка обнаружены Нр+++.

Таким образом, у больной Б., 56 л. с язвенной болезнью и локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки был обнаружен участок слизистой оболочки на передней стенке препилорического отдела с невысокими, эластичными, но не расправляющимися складками, не отличающимися по цвету от окружающей слизистой оболочки, с эрозией маленьких размеров. Складки располагались на передней стенке препилорического отдела, для которой характерно формирование складок слизистой оболочки, а также у больной зрелого возраста, когда чаще формируются складки. Подобные образования могут маскироваться и быть приняты за обычные складки. Этот случай свидетельствует о необходимости тщательного изучения эндоскопической анатомии, в частности, рельефа, складчатости слизистой оболочки препилорического отдела.

Выводы

Слизистая оболочка привратника и препилорической области формирует складки у пациентов без патологии гастродуоденального перехода и чаще у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Наиболее характерно образование складок по трем стенкам с преимущественным вовлечением передней и верхней. С увеличением возраста уменьшается количество здоровых и больных язвенной

болезнью со складчатостью в привратнике и препилорической области. Гендерных различий в образовании складок в изучаемой области не выявлено. Необходимо учитывать способность слизистой оболочки в формировании складок, тщательно изучать рельеф привратника и препилорической области для исключения предраковых заболеваний слизистой оболочки этой зоны.

Список литературы:

1. Надь Д. Рентгеновская анатомия / Д. Надь. — Будапешт: Издательство академии наук Венгрии, 1961. — 523 с.
2. Бредихина Е. В. Доброкачественные и злокачественные опухоли желудка, выявленные в эндоскопическом отделении ГУ «РНПЦ РМИЭЧ» за 2011 г. / Е. В. Бредихина, Э. Г. Луд, Е. Н. Сницаренко // Тез. докл. III Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы эндоскопии». С. Петербург. — 2012. — С. 111–112.
3. Карпенко О. В. Роль эндоскопического исследования в диагностике хронических гастритов с предраковыми изменениями / О. В. Карпенко, Е. Н. Сницаренко // Тез. докл. III Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы эндоскопии». — С. Петербург. — 2012. — С. 20–21.
4. Федоров Е. Д. Результаты применения эндоскопической резекции у больных с поверхностными эпителиальными новообразованиями желудка

- и двенадцатиперстной кишки / Е. Д. Федоров, Р. В. Плахов, З. В. Галкова, Е. В. Иванова, О. А. Бунцева, О. А. Карпунина // Тез. докл. III Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы эндоскопии» — С. Петербург — 2012. — С. 147–150.
5. Аруин Л. И. Инфекция *H. pylori* канцерогенна для человека / Л. И. Аруин // *Арх. патол.*—1997. — № 3.
 6. Ивашкин В. Т. *Helicobacter pylori*: революция в гастроэнтерологии / В. Т. Ивашкин, Ф. Мегро, Т. Л. Лапина. М., «Триада-Х», 1999. — 255 с.
 7. Correa P. A human model of gastric carcinogenesis / P. Correa // *Cancer Res.*—1988.—Vol. 48.—P. 3554–3560.
 8. Василенко В. Х. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / В. Х. Василенко, А. Л. Гребенев.—М.: Медицина, 1981. — 344 с.
 9. Hedenbro J. L. Parietal cell carcinoma. A new differential diagnosis for submucosal gastric tumors // J. L. Hedenbro, I. Hagerstend, V. Rychterova // *Endoscopy.*—1990.—Vol. 22. — P. 47–48.
 10. Шишегов В. Л. Комплексная диагностика раннего рака желудка при хроническом атрофическом гастрите у людей пожилого возраста / В. Л. Шишегов, Д. В. Зайцев, Э. В. Халимов // Тез. докл. III Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы эндоскопии». — С. Петербург — 2012. — С. 155–156.
 11. Колесников Л. Л. Сфинктерный аппарат человека / Л. Л. Колесников. —СПб.: СпецЛит, 2000.—183 с.
 12. Колесников Л. Л. Сфинктерология / Л. Л. Колесников. — М.; ГЭОТАР-Медиа.—2008. — С. 27–42.
 13. Самоделкина Т. К. Различия в анатомическом строении и микротопографии гастродуоденального перехода и их клиническое значение / Т. К. Самоделкина.—Автореф. Дис. ... канд. мед. наук. — Оренбург, 2002. — 20 с.
 14. Стручков В. И. Желудочно-кишечные кровотечения и фиброэндоскопия / В. И. Стручков, Э. В. Луцевич, И. Н. Белов, Ю. В. Стручков. — М.: Медицина. — 1977. — 123 с.
 15. Новаковская Е. А. Эндоскопическая анатомия гастродуоденального перехода у юношей в норме и при некоторых видах патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта / Е. А. Новаковская. — Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Оренбург, 2008. — 18 с.

К статье

Некоторые особенности эндоскопической анатомии гастродуоденального перехода и ее изменения при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (стр. 65–68)

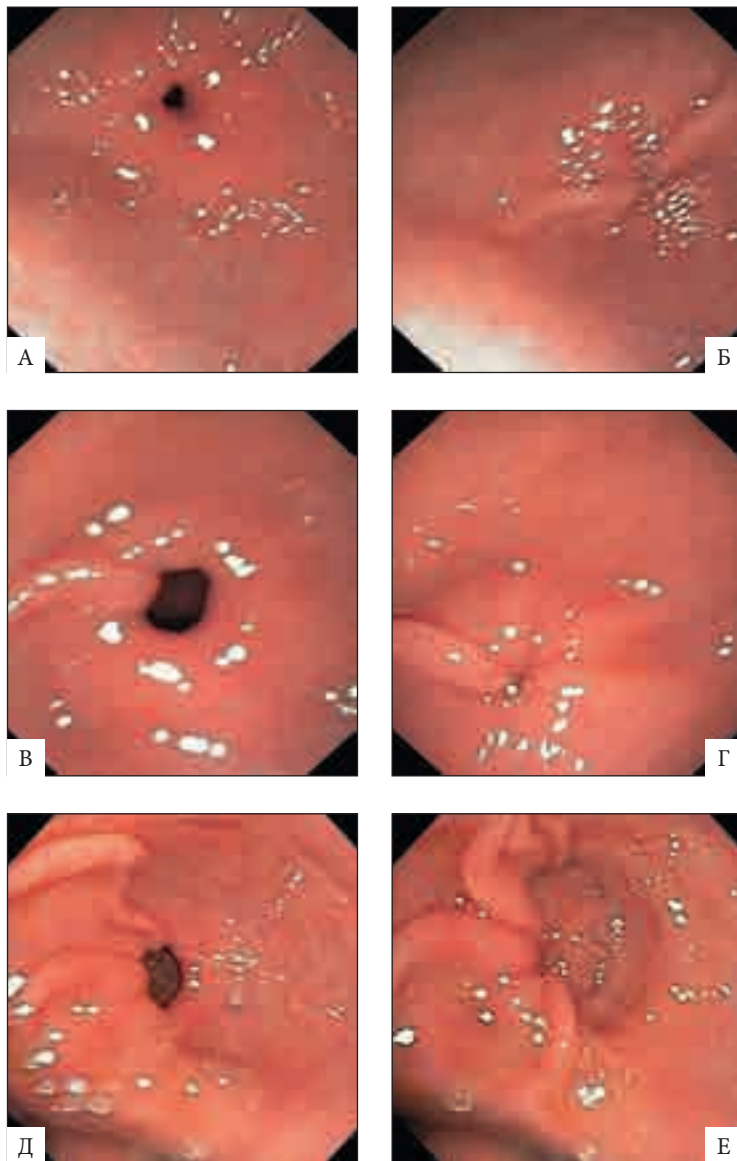


Рис. 1
Складчатость слизистой оболочки привратника и препилорической области в раскрытом (А, В, Д) и сомкнутом (Б, Г, Е) состоянии привратника. Эндофото. Описание в тексте.

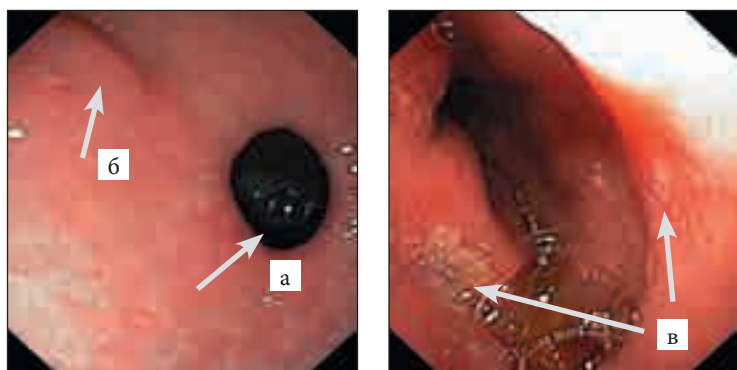


Рис. 2
Эндофото привратника и препилорической области больной Б., 56 лет.
а — привратник
б — мальтома
в — язвы луковицы 12 перстной кишки.