

Эндоскопическая и эндосонографическая диагностика неходжкинских лимфом желудка

О.А. Малихова¹, И.В. Поддубная², Л.В. Черкес¹,
Ю.П. Кувишинов¹, А.О. Туманян¹, Г.В. Унгуадзе¹

Endoscopic and endoscopic ultrasound diagnostics of Non-Hodgkin's lymphomas of stomach

O.A. Malikhova¹, I.V. Poddubnaya², L.V. Cherkes¹,
Yu.P. Kuvshinov¹, A.O. Tumanyan¹, G.V. Ungiadze¹

SUMMARY

In the article non-Hodgkin's lymphomas (NHL) semiotics, main attempts of gastric lymphomas sistematization, basic methods of stomach NHL diagnostics, such as endoscopic and endosonography are described. Also the importance of modern endoscopic diagnostic methods is discussed: chromogastroscopy, magnifying and narrow spectral endoscopy. Morphological confirmation problems of neoplasm histologic structure using forceps biopsies during endoscopic examination are noted; possibilities of expanded procedures taking a sample, such as endoscopic resection mucous and submucosal layers are described. Possibilities and importance of endosonography in the diagnostics of NHL stomach are in detail described.

Keywords: non-Hodgkin's lymphomas of stomach, endoscopy, diagnosis of stomach NHL, endosonography of stomach NHL.

¹ N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center RAMS, Moscow

² Russian Academy of Postgraduate Medical Education, Moscow

Контакты: malikhova@inbox.ru

Принято в печать: 3 декабря 2012 г.

РЕФЕРАТ

В исследовании на значительном клиническом материале ($n = 250$) проведено комплексное изучение особенностей эндоскопической семиотики, дифференциальной диагностики неходжкинских лимфом (НХЛ) желудка в зависимости от иммуноморфологического варианта и характера поражения. Полученные данные позволили установить значение современных эндоскопических методов (эндоскопическая резекция слизистого и подслизистого слоев, эндосонографическое исследование, увеличительная и узкоспектральная эндоскопия) как в уточняющей диагностике, так и в оценке эффективности проводимой противоопухолевой терапии при НХЛ желудка. В работе определена информативность современных методов эндоскопической диагностики при НХЛ желудка в зависимости от характера поражения. Разработанный алгоритм комплексного эндоскопического обследования больных позволил повысить результативность диагностики опухолевого поражения различных отделов желудка. В работе сформулированы эндоскопические и эндосонографические критерии оценки эффективности лечения и представлены алгоритмы диагностического и динамического контроля.

Ключевые слова:

неходжкинские лимфомы (НХЛ) желудка, эндоскопия, диагностика НХЛ желудка, эндосонография НХЛ желудка.

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы заболеваемость неходжкинскими лимфомами (НХЛ) имеет неизменную тенденцию к росту, причем она выше в развитых странах, где увеличилась более чем на 50 % за последние 20 лет. Несомненно, своеобразным вариантом экстранодальных НХЛ является поражение ЖКТ. Вовлечение в патологический процесс пищеварительного тракта происходит на любых этапах болезни и с различной частотой. Желудок — самая частая экстранодальная локализация НХЛ.

В России лимфомы составляют 2,8 % всех злокачественных опухолей. НХЛ ЖКТ составляют от 1 до 15 % всех злокачественных

опухолей пищеварительной трубки. С наибольшей частотой при НХЛ поражается желудок (50–75 %), менее часто — тонкая кишка (20–35 %), наиболее редко — толстая кишка (5–10 %) [1, 2].

В настоящее время не вызывает сомнений, что эндоскопический метод является ведущим в диагностике НХЛ желудка. Он позволяет визуально оценить состояние слизистой оболочки, выявить характерные признаки опухолевого поражения подслизистой основы, инвазии стенки органа и обеспечить прицельное получение материала для иммуноморфологического (иммуногистохимического), а также цитогенетического и молекулярно-биологического исследований. Результаты этих методов диагностики позволяют

¹ ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» РАМН, Москва

² ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования», Москва

детально охарактеризовать тип опухоли, установить вариант НХЛ и его прогноз, что имеет принципиальное значение для определения лечебной тактики.

Полиморфизм макроскопических проявлений НХЛ желудка настолько выражен, что создает значительные трудности для установления правильного диагноза и дифференциации заболевания с широким спектром доброкачественных, злокачественных опухолей и неопухолевой патологией. Это объясняет редкость выявления НХЛ желудка в общей лечебной практике из-за отсутствия навыков правильной интерпретации обнаруженных визуальных изменений при гастроскопии и делает необходимым внедрение результатов изучения эндоскопической семиотики различных вариантов и форм НХЛ желудка.

Вследствие распространения опухолевого процесса при НХЛ преимущественно по подслизистой основе результаты морфологического исследования материала нередко не подтверждают визуально предполагаемый диагноз. По данным различных авторов, при иммуноморфологическом исследовании материала, взятого в процессе эндоскопического исследования традиционным методом щипцовой биопсии, удается добиться верификации варианта НХЛ желудка только в 35–75 % случаев. В связи с этим большое значение должно придаваться тем методам получения материала, которые способны максимально повысить результаты морфологического подтверждения диагноза. К таким методам следует отнести ступенчатую биопсию, эндоскопическую резекцию слизистого и подслизистого слоев желудка.

Разработанные эндоскопические методы уточняющей диагностики пищеварительного тракта (увеличительная, узкоспектральная эндоскопия, эндоскопический ультразвуковой метод) позволяют расширить возможности своевременной диагностики его опухолевого поражения, определить точную распространенность опухолевого процесса в пределах органа и ближайших регионарных лимфоузлах. Кроме того, эти методики открывают возможности адекватной оценки эффективности проводимого лечения [3–6].

Цель настоящего исследования — повысить результативность комплексной эндоскопической диагностики и оценки эффективности лечения НХЛ желудка.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Настоящее исследование проводилось в два этапа. На **предварительном этапе** выполнен анализ качества визуальной эндоскопической диагностики с осуществлением во всех случаях цитологического, гистологического и, при необходимости, иммуногистохимического исследований материала биопсии.

Основной этап работы базируется на данных обследования и лечения 250 пациентов, у которых после иммуноморфологического исследования опухоли желудка установлен вариант НХЛ.

Настоящее исследование не ограничивается только первичными лимфомами желудка в связи с высокой частотой вторичного его поражения. Отсутствие принципиальных различий в макроскопической картине первичных и вторичных НХЛ желудка позволило представить результаты обобщенного анализа.

Исследование проводилось по трем направлениям.

- **Первое** включало анализ данных стандартного эндоскопического осмотра и комплексного эн-

доскопического исследования с использованием уточняющих методов диагностики (хромогастроскопии, узкоспектральной эндоскопии), осмотр с увеличением и эндосонографическое исследование в зависимости от макроскопической формы роста опухоли.

- **Второе** предполагало определение эндоскопических и эндосонографических критериев при различных иммуноморфологических вариантах НХЛ желудка.
- **Третье** было посвящено оценке эффективности медикаментозной противоопухолевой терапии.

Все эндоскопические исследования проводились с использованием видеоэлектронных систем EVIS EXERA I CV-160 и EVIS EXERA II CV-180, а также EVIS EXERA EU-M60 производства компании Olympus. Визуальный осмотр выполнялся видеогастроскопами GIF-XTQ160, GIF-H 160Z, GIF-H 180. Для эндосонографического исследования использовался видеоэхоэндоскоп GF-UM 160 с радиальным датчиком и изменяющейся частотой сканирования от 5 до 20 МГц, а также ультразвуковые зонды UM-2R-3 и UM-3R-3 с частотой сканирования 12,5 и 20 МГц соответственно. Петлевую биопсию или резекцию слизистой оболочки выполняли с помощью двухканального видеогастроскопа GIF-2T160, электрохирургического блока UES-40. Видеозапись результатов визуального и эндосонографического осмотра регистрировалась на системном видеоцентре VISERA OTV-S7.

На втором этапе исследования после визуальной оценки у пациентов применялась **витальная окраска слизистой оболочки желудка** с целью улучшить визуальную картину и ее трактовку, а затем и прицельную биопсию из патологически измененных участков слизистой оболочки. В работе были использованы два вида красителей, которые эффективны при диагностике патологических изменений в желудке: 0,5% раствор метиленового синего и 0,2% раствор индигокармина.

В качестве уточняющей эндоскопической диагностики применяется метод **увеличительной эндоскопии (видеоэндоскоп GIF-H 160Z)**, который позволяет в первую очередь выявлять минимальные нарушения типичной архитектоники слизистой в различных отделах желудка. Путем увеличительной эндоскопии во время стандартного эндоскопического исследования можно визуализировать слизистую оболочку желудка, увеличенную в 115 раз. При НХЛ желудка хромогастроскопия и эндоскопия с увеличением позволяют более четко определить границы опухолевого поражения и выявить характерные для лимфолифферативных процессов изменения архитектоники слизистой оболочки желудка.

При **узкоспектральной эндоскопии** стало возможным четко визуализировать микрососудистый рисунок слизистого и подслизистого слоев стенки желудка, судить о характере поражения по изменению структуры сосудов. Принцип ее действия основан на использовании специальных оптических фильтров, суживающих спектр световой волны. Обычные эндоскопические системы рассчитаны практически на весь видимый световой спектр от 400 до 800 нм. Новая система использует преимущества в основном двух световых волн длиной 415 и 445 нм в диагностике сосудистых структур слизистого и подслизистого слоев пищеварительного тракта, т. к. эти световые волны хорошо поглощаются гемоглобином.

Во всех случаях исследование дополнялось обязательным взятием из зоны патологического образования фрагмента ткани для иммуноморфологического изучения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Среди 250 больных НХЛ желудка, включенных в настоящее исследование, было некоторое преобладание женщин (56 %, $n = 140$) по сравнению с мужчинами (44 %, $n = 110$). У половины пациентов диагноз установлен в возрасте 50–70 лет (50,8 %, $n = 127$). В возрасте до 30 лет НХЛ желудка были выявлены только у 9 (8,18 %) мужчин и 6 (4,3 %) женщин, т. е. в 12,48 % случаев в целом. В пожилом возрасте (> 60 лет) НХЛ выявлены у 39,4 % больных.

Успех лечения больных НХЛ желудка зависит от того, на каком этапе болезни орган вовлекается в опухолевый процесс. Для отражения этапа болезни, при котором были выявлены патологические изменения в желудке, выделены **первичные и вторичные** его поражения (табл. 1).

Таблица 1. Распределение больных неходжкинскими лимфомами желудка по характеру поражения

Характер поражения	Число больных
Первичные лимфомы желудка	160 (64,0%)
Вторичные лимфомы желудка	90 (36,0%)

Использование иммуногистохимического метода при исследовании биоптатов позволило у всех больных определить иммуноморфологический вариант лимфомы желудка. В работе НХЛ желудка были разделены на две большие группы: **агрессивные и индолентные** (табл. 2).

Таблица 2. Распределение больных в соответствии с иммуноморфологическими вариантами неходжкинских лимфом желудка

Вариант НХЛ желудка	Число больных	
	абс.	%
Агрессивные		
Диффузная В-крупноклеточная лимфома	95	38,0
Лимфома из клеток зоны мантии	9	3,6
Лимфома Беркитта	5	2,0
Индолентные		
MALT-лимфома	119	47,6
Фолликулярная лимфома	22	8,8
ИТОГО	250	100

Изучение эндоскопических характеристик разных иммуноморфологических вариантов НХЛ позволило выявить особенности не только в соответствии с вариантом НХЛ желудка, но и в пределах одного иммуноморфологического варианта (например, при MALT-лимфоме). Следует подчеркнуть, что в работе была выделена группа из 20 пациентов с MALT-лимфомой желудка с достаточно большим представителем бластных клеток, не образующих скоплений, а рассеянных среди типичных клеточных элементов MALT-лимфомы (что ранее трактовалось как опухоль высокой степени злокачественности). Все иммуноморфологические признаки MALT-лимфомы сохранялись, что не позволило экспертам-гемопатологам отнести опухоль к диффузной В-крупноклеточной лимфоме (ДВКЛ).

Для определения макроскопической формы роста опухоли использовалась классификация, разработанная Б.К. Поддубным и А.А. Машаловым (1981), в которой выделяются следующие **формы роста опухоли**:

1) экзофитная:

- бляшковидная (рис. 1);
- полиповидная (рис. 2);
- узловатая (рис. 3);

2) инфильтративная (рис. 4);

3) язвенная (рис. 5);

4) инфильтративно-язвенная (рис. 6);

5) смешанная (рис. 7).

Макроскопическая картина у 36 (14,4 %) из 250 пациентов не укладывалась в указанные выше формы роста опухоли в желудке. Это обстоятельство определило обоснованную необходимость выделить **6-й (дополнительный) гастритоподобный вариант НХЛ желудка** (рис. 8).

Таким образом, для изучения особенностей роста опухолей в желудке все клинические наблюдения были разделены на шесть групп в зависимости от макроскопической формы НХЛ.

На основании проведенного исследования установлено, что достоверно чаще при НХЛ желудка встречаются инфильтративно-язвенная и инфильтративная формы роста — в 28,4 и 21,6 % случаев соответственно. Сопоставимы по частоте язвенный (14,8 %) и гастритоподобный (14,4 %) варианты роста опухоли. Достоверно реже встречались смешанная и экзофитная формы роста опухоли: 12,0 и 8,8 % соответственно (рис. 9).

Эндоскопические и эндосонографические характеристики макроскопических проявлений при различных иммуноморфологических вариантах НХЛ желудка имели свои особенности. Так, при MALT-лимфоме преобладала гастритоподобная форма роста опухоли (34,3 %). Статистически значимые различия получены в сравнении со всеми другими формами роста при этой опухоли. При MALT-лимфоме с большим количеством бластных клеток достоверно чаще встречалась инфильтративно-язвенная форма (45 %), т. е. практически с той же частотой, как и при ДВКЛ (41,1 %).

При фолликулярной лимфоме отчетливо преобладала инфильтративная форма роста (31,8 %). При лимфоме Беркитта с наибольшей частотой выявлялась язвенная форма роста опухоли (60 %). Хотя это и не подтверждено статистически из-за малого числа больных с лимфомой Беркитта, можно констатировать, что формирование язвенной и инфильтративно-язвенной форм роста при НХЛ желудка чаще наблюдается при агрессивных НХЛ с неблагоприятным прогнозом.

Анализ данных эндоскопического исследования желудка показал, что статистически значимо чаще опухолевое поражение при НХЛ локализовалось более, чем в двух его отделах (30,8 %), т. е. имел место мультицентрический рост опухоли. Тело желудка вовлекалось в процесс практически в $\frac{1}{3}$ случаев (29,6 %). Статистически значимо реже (18,4 %; $p < 0,005$) единичный опухолевый очаг локализовался в выходном отделе желудка (рис. 10).

Общая диагностическая точность эндоскопического метода при НХЛ желудка составляет 83,3 %.

Необходимо подчеркнуть, что после первичного взятия материала методом щипцовой биопсии только в 72,3 % случаев удалось установить характер опухолевого поражения либо его отсутствие. Для морфологического подтверждения диагноза использовались более совершенные методики для получения адекватного объема опухолевого материала: множественные ступенчатые

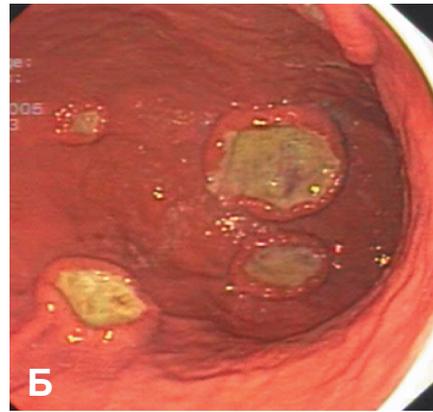
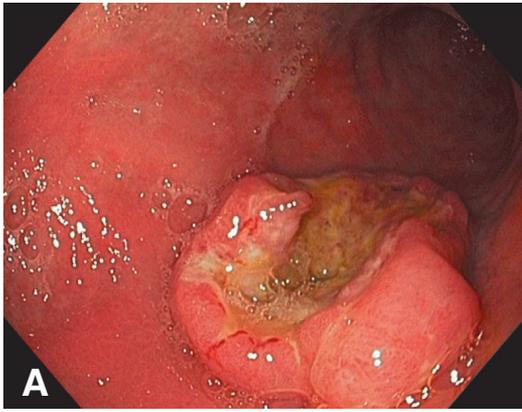


Рис. 1. (А, Б) Бляшковидная форма неходжкинских лимфом желудка

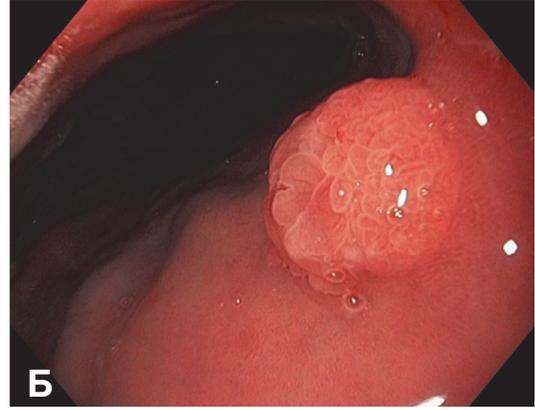
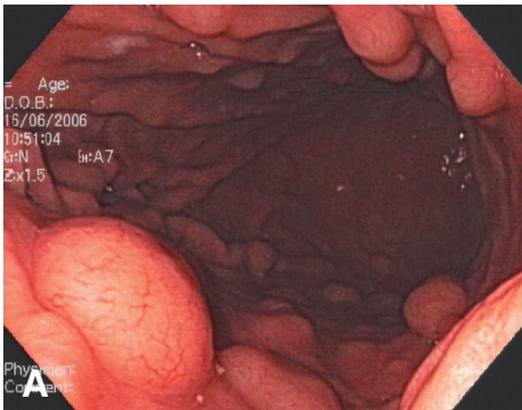


Рис. 2. (А, Б) Полиповидная форма неходжкинских лимфом желудка

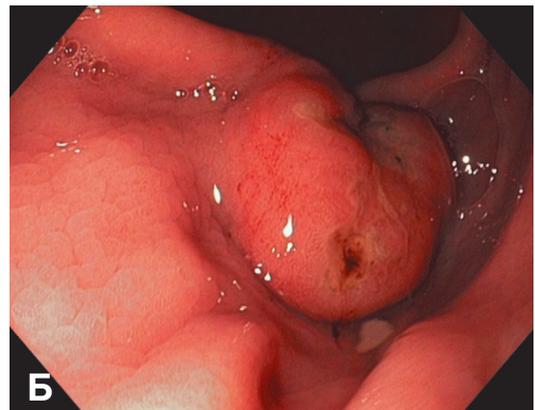


Рис. 3. (А, Б) Узловая форма неходжкинских лимфом желудка

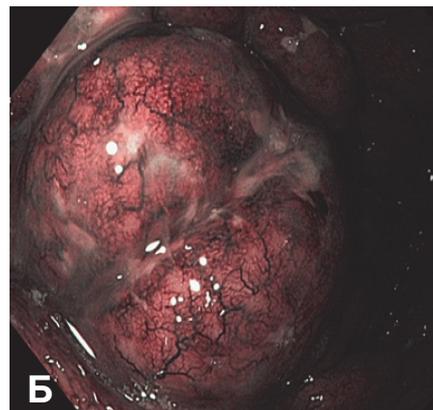
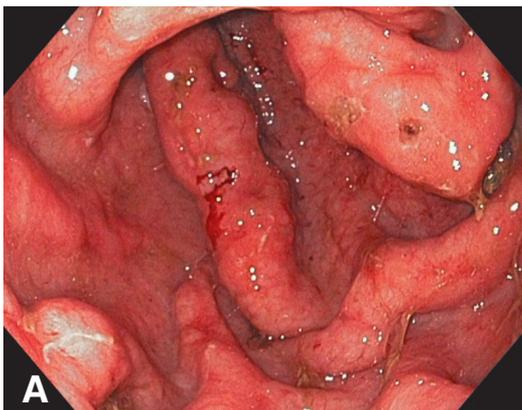


Рис. 4. (А) Инфильтративная форма неходжкинских лимфом желудка. (Б) Инфильтративная форма неходжкинских лимфом желудка в узком спектре света

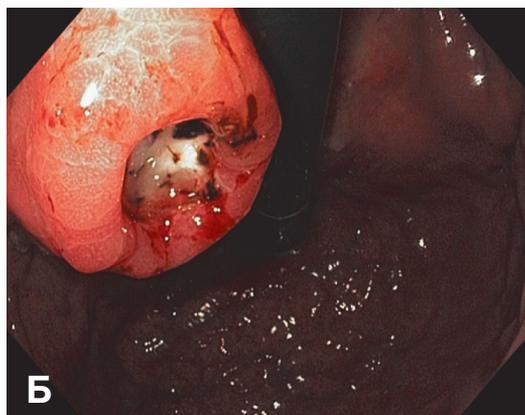


Рис. 5. (А, Б) Язвенная форма неходжкинских лимфом желудка

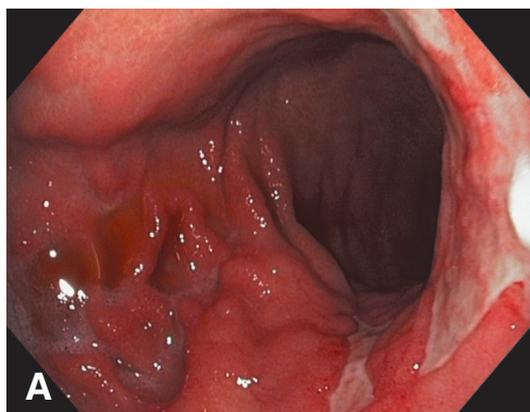


Рис. 6. (А, Б) Инфильтративно-язвенная форма неходжкинских лимфом желудка

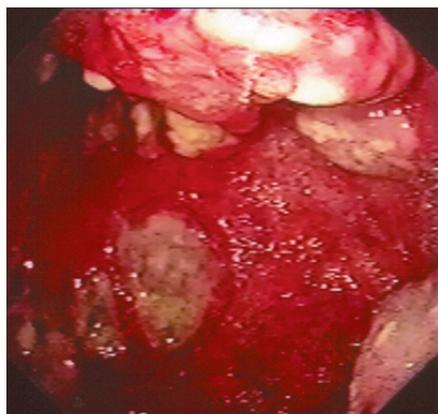


Рис. 7. Смешанная форма неходжкинских лимфом желудка

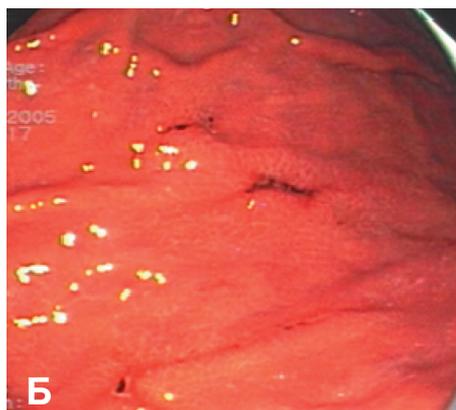
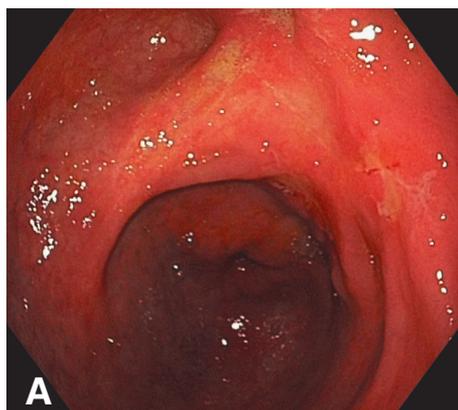
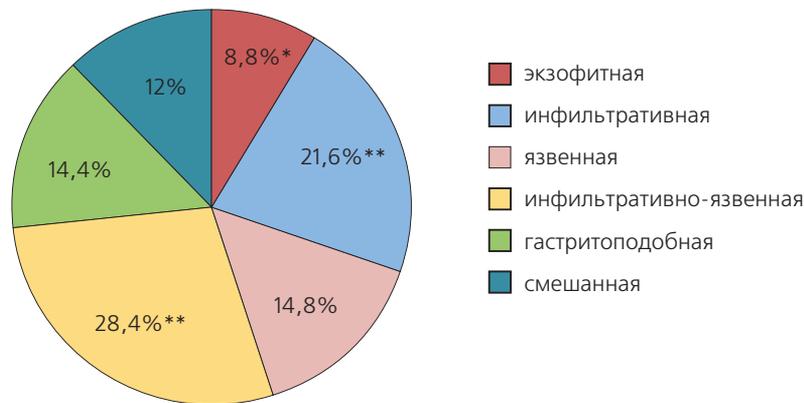
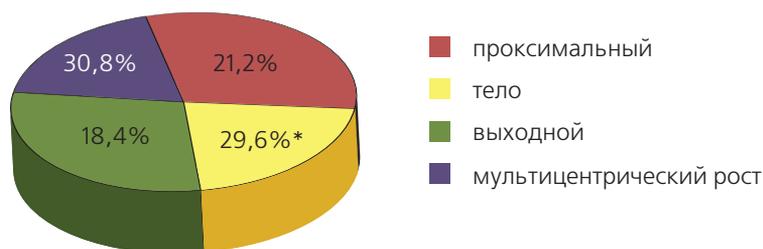


Рис. 8. (А, Б) Гастритоподобная форма неходжкинских лимфом желудка



* $p < 0,005$ в сравнении с другими макроскопическими формами роста опухоли
 ** $p < 0,001$ в сравнении с другими макроскопическими формами роста опухоли

Рис. 9. Распределение больных неходжкинскими лимфомами желудка в зависимости от макроскопической формы роста опухоли



А * $p < 0,005$ в сравнении с одиночной локализацией в выходном отделе

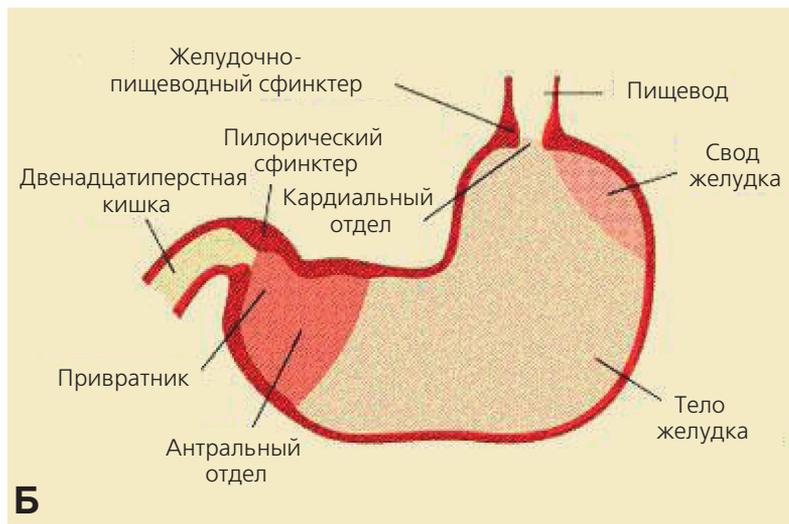


Рис. 10. (А) Локализация неходжкинских лимфом в желудке. (Б) Схема анатомических отделов желудка

биопсии и эндоскопическая резекция слизистого и подслизистого слоев желудка. Данные методики выполнены 68 пациентам и в целом оказались результативными в 100 % случаев.

Изучение эндосонографических характеристик у 46 пациентов позволило установить ультразвуковые критерии диагностики НХЛ на разных этапах течения болезни и при динамическом наблюдении.

Эндосонография позволяет оценить глубину опухолевой инвазии, особенности распространения опухоли в стенке желудка. При *экзофитной форме* роста в 55,6 % случаев опухоль распространялась на слизистую оболочку и подслизистую основу стенки желудка, в 33,3 % — на мышечную оболочку, лишь в 11,1 % опухоль локализовалась только в слизистой желудка (рис. 11).

При *инфильтративной форме* роста в 36,4 % случаев опухолевая инвазия ограничивалась слизистой оболочкой и подслизистой основой, в 27,2 % — распространялась на мышечную оболочку стенки желудка, у 36,4 % пациентов выявлена инвазия всех слоев желудочной стенки (рис. 12). При *язвенном поражении* в 33,3 % случаев опухолевая язва ограничивалась поражением слизистой оболочки и подслизистой основы стенки желудка, а в 66,7 % — отмечалась инвазия мышечной оболочки. При *инфильтративно-язвенном поражении* впервые в работе определено более глубокое распространение опухоли, которая пенетрировала все слои стенки желудка и выходила за пределы органа в 30,75 % случаев, прорастая серозную оболочку. Подобные изменения констатированы и при *смешанной форме*: у 50 % пациентов опухоль

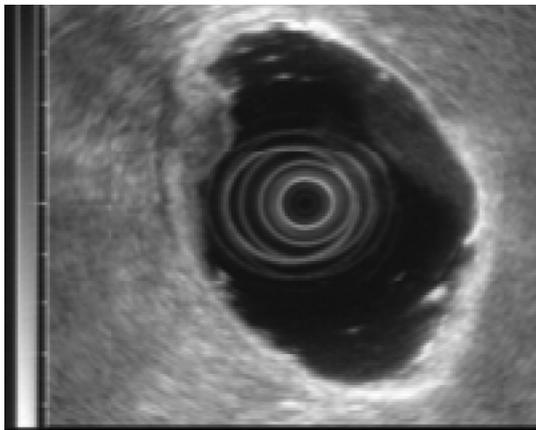


Рис. 11. Эндосонограмма узловой формы неходжкинских лимфом желудка

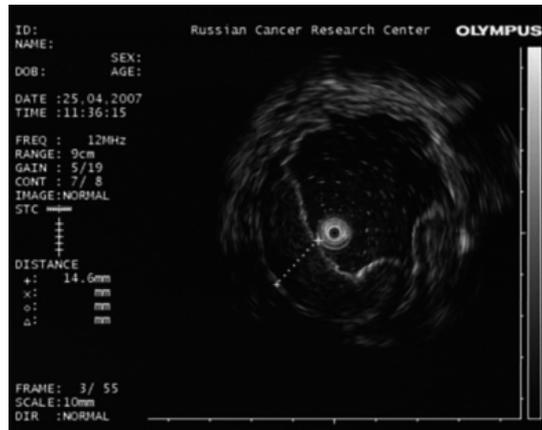


Рис. 12. Эндосонограмма инфильтративной формы неходжкинских лимфом желудка

прорастала все слои и у 25% — распространялась за пределы стенки желудка. Необходимо подчеркнуть, что при *гастритоподобном варианте* опухоль в 100% случаев ограничивалась инвазией слизистой оболочки и подслизистой основы стенки желудка (рис. 13).

На основании этих данных определены **эндосонографические критерии различных иммуноморфологических вариантов НХЛ желудка**, которые разделены на три основных типа проявлений:

I тип — опухоль визуализируется в виде гиперэхогенного образования с множественными гипоэхогенными узелками (14 пациентов);

II тип — опухоль определяется в виде массивной гипоэхогенной опухолевой инфильтрации (26 пациентов);

III тип — гиперэхогенное образование в пределах слизистого и подслизистого слоев с нарушением их дифференцировки (сходные с постязвенными рубцами) (6 пациентов).

Установлено, что I тип изменений по эндосонографической классификации характерен для индолентных лимфом, II тип в 73,1% отмечается при агрессивной ДВКЛ, а III тип характерен для индолентной MALT-лимфомы желудка (табл. 3).

Оценивая возможности эндоскопической ультразвуковой диагностики было выявлено, что ее диагностическая точность составляет 87,7%. В 84,9% случаев при использовании эндоскопического УЗИ можно достоверно предполагать наличие лимфопролиферативного процесса в желудке. В 94,7% случаев эндосонография позволит точно исключить патологический процесс в желудке.

Эндосонография позволяет выявлять изменения в парагастральных лимфоузлах и проводить дифференциальную диагностику обнаруженных изменений между гиперпластическими и метастатическими. В настоящем исследовании у 24 (52,2%) из 46 пациентов были обнаружены увеличенные парагастральные лимфоузлы: в 16 (34,8%) случаях констатирован метастатический характер увеличения, в 8 (17,4%) — гиперпластический.

Таблица 3. Эндосонографическая характеристика различных иммуноморфологических вариантов неходжкинских лимфом желудка

Тип НХЛ желудка	Эндосонографическая классификация					
	I тип		II тип		III тип	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Индолентные	14	100	7	26,9	6 (MALT-лимфома)	100
Агрессивные	—	—	19	73,1	—	—



Рис. 13. Эндосонограмма гастритоподобной формы неходжкинских лимфом желудка

Детальный анализ результатов комплексного эндоскопического обследования позволил установить четкие диагностические характеристики НХЛ желудка, провести их дифференциальную диагностику с другой опухолевой и неопухолевой патологией, разработать алгоритм дифференциальной диагностики различных макроскопических форм опухолевого поражения желудка (рис. 14).

Эндоскопические дифференциально-диагностические критерии НХЛ желудка:

- 1) полиморфизм макроскопической картины;
- 2) мультицентричность поражения органа;
- 3) сохранение функциональной способности стенок желудка на фоне их выраженного и обширного опухолевого поражения;
- 4) диффузный инфильтративный рост опухоли по подслизистой основе в пределах пораженного органа.

Эндосонографические критерии НХЛ желудка характеризуют **особенности опухолевого роста и распространения:**

- 1) опухоль исходит из глубоких слоев слизистой оболочки и подслизистой основы желудка;
- 2) опухоль распространяется преимущественно по подслизистой основе;
- 3) экзогенность опухоли снижена, или она гетероэхогенна с гипоэхогенными включениями.

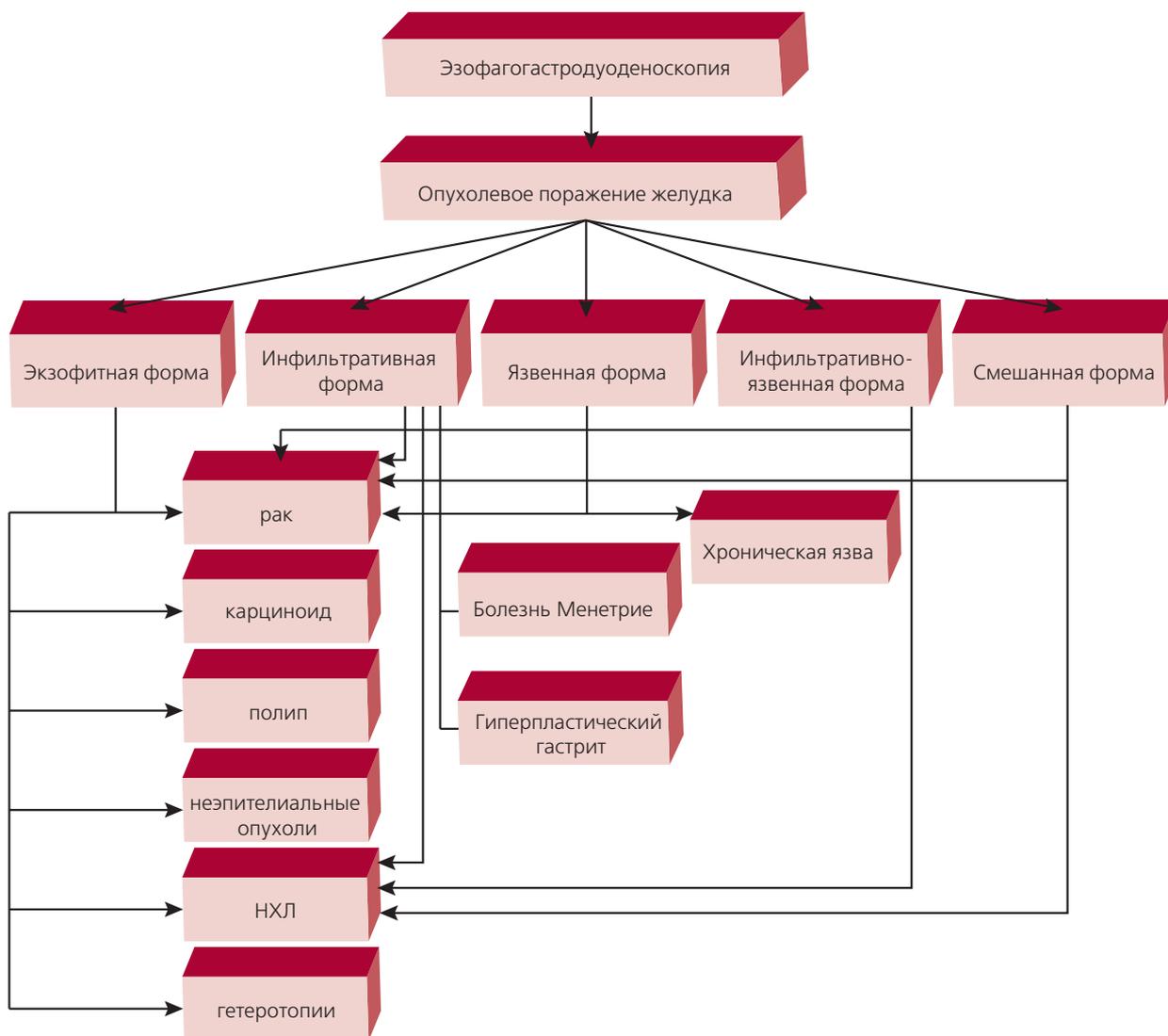


Рис. 14. Алгоритм дифференциальной диагностики различных макроскопических форм опухолевого поражения желудка

В данной работе также установлены **дифференциально-диагностические критерии, характерные для НХЛ желудка, выявленные при осмотре в узком спектре света и с увеличением**: расширение границ желудочных полей, инфильтрированные участки слизистой оболочки, выступающие над уровнем неизменной слизистой. Даже при наличии язвенных дефектов архитектура слизистой оболочки остается неизменной, прослеживается вплоть до их краев и соответствует тем типам ямок эпителия, которые встречаются в разных отделах желудка.

Одним из основных методов лечения лимфом желудка служит медикаментозная противоопухолевая терапия, а методом выбора наблюдения за эффективностью проведенной терапии — эндоскопическое исследование. Это, в свою очередь, требует знания закономерностей регрессии опухолевого поражения.

В работе установлена **последовательность эндоскопических признаков регрессии НХЛ желудка в процессе лечения**:

- 1) уменьшение массы опухолевого компонента, включая специфическую инфильтрацию;
- 2) заживление язвенных дефектов;
- 3) восстановление калибра и общего рисунка складок слизистой оболочки;

4) исчезновение деформации стенок желудка, восстановление его просвета;

5) восстановление эластичности стенок желудка и их перистальтики;

6) исчезновение гиперемии, отека, рыхлости, шероховатости слизистой оболочки;

7) исчезновение повышенной ранимости и кровоточивости слизистой оболочки.

Выявленная закономерность последовательности регрессии опухолевых проявлений не зависела от характера поражения (первичный или вторичный) и от иммунофенологического варианта НХЛ.

Учитывая морфофункциональные особенности различных отделов желудка, была поставлена задача найти различия в последовательности изменений опухоли при медикаментозной терапии в зависимости от локализации специфического язвенного дефекта. В данный анализ вошли пациенты с язвенной и инфильтративно-язвенной формами поражения желудка (108 больных). Анализ показал, что при расположении опухоли в своде желудка у 28 (25,9%) больных была полная реституция язвенных дефектов. При локализации опухолевой язвы в теле желудка у 56 (51,9%) пациентов рубцы визуализировались в виде белесоватых площадок с выраженной конвергенцией складок неизменной слизистой оболочки к ее центру.

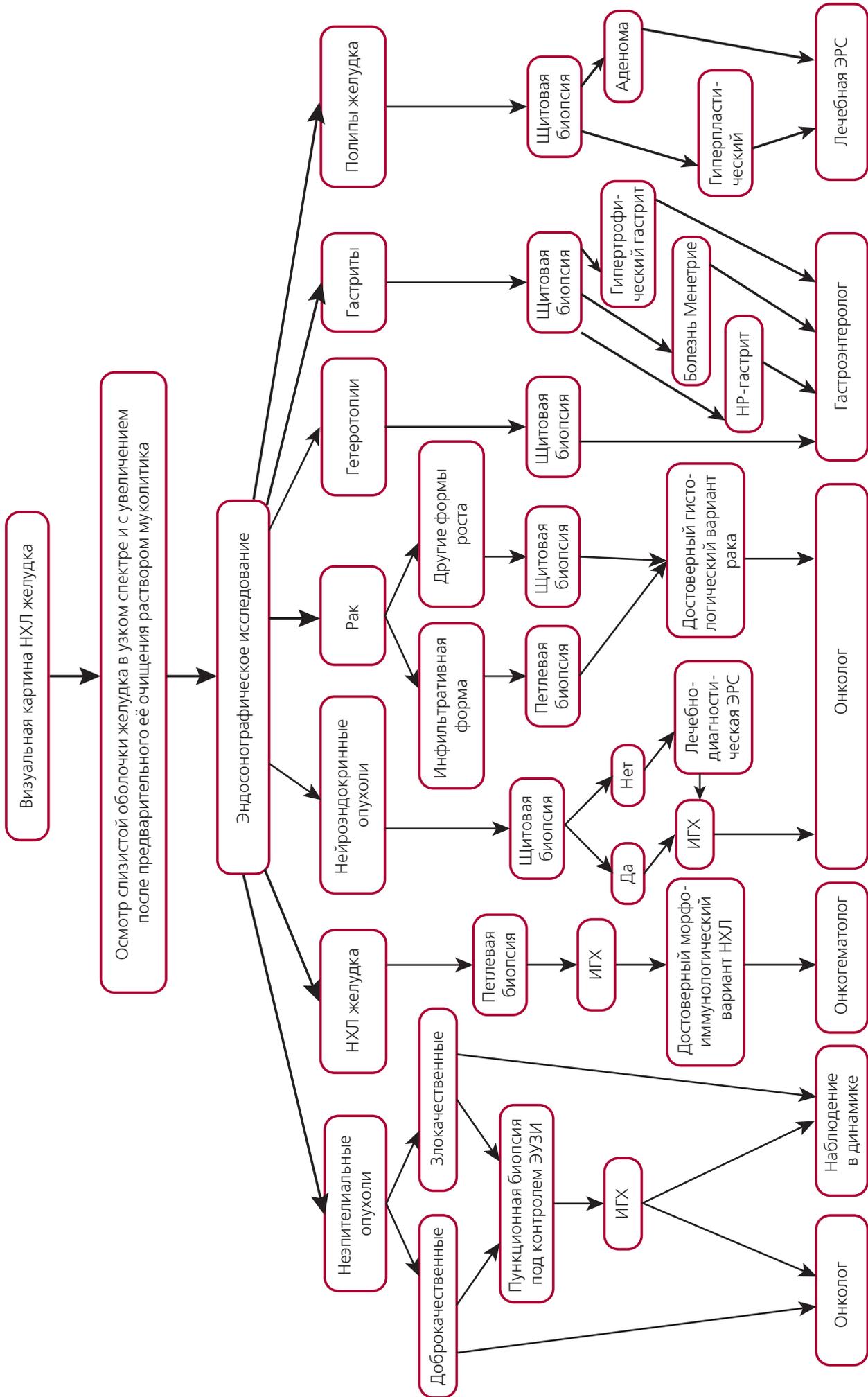


Рис. 15. Алгоритм комплексной эндоскопической диагностики неходжкинских лимфом желудка. НР-гастрит — гастрит, связанный с *Helicobacter pylori*; ИГХ — иммуногистохимическое исследование; ЭРС — эндоскопическая резекция слизистой оболочки; ЭУЗИ — эндоскопическое ультразвуковое исследование.

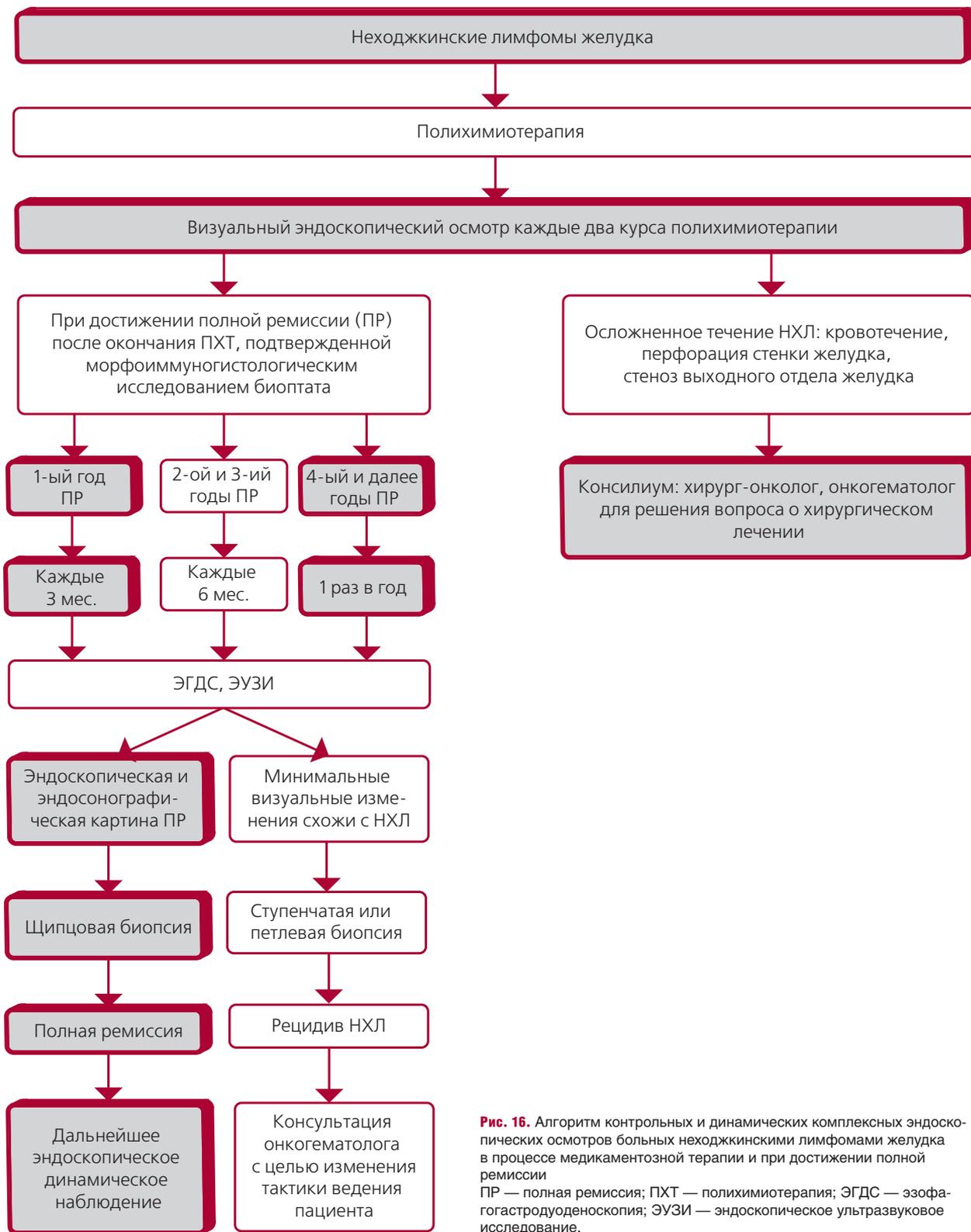


Рис. 16. Алгоритм контрольных и динамических комплексных эндоскопических осмотров больных неходжкинскими лимфомами желудка в процессе медикаментозной терапии и при достижении полной ремиссии
 ПР — полная ремиссия; ПХТ — полихимиотерапия; ЭГДС — эзофагогастродуоденоскопия; ЭУЗИ — эндоскопическое ультразвуковое исследование.

В выходном отделе желудка, включая угол, у 24 (22,2%) больных при рубцевании специфического язвенного дефекта выявлена выраженная деформация просвета вплоть до стенозирования выходного отдела органа.

На основании этих данных констатирован факт наличия **трех различных типов рубцевания специфических язвенных дефектов НХЛ желудка** в зависимости от их локализации:

1) свод желудка — полная реституция язвенных дефектов;

2) тело желудка — рубцовые площадки с конвергенцией складок слизистой оболочки;

3) грубые рубцы с последующей деформацией и стенозированием выходного отдела желудка.

В работе также определены **общие эндосонографические признаки регрессии опухолевого поражения желудка:**

1) изменение площади опухолевого поражения желудка;

2) уменьшение толщины стенки желудка;

3) восстановление дифференцировки слоев стенки желудка;

4) уменьшение или исчезновение метастатически измененных парагастральных лимфоузлов.

Оценка результатов медикаментозной терапии проводилась в соответствии с макроскопическими проявлениями противоопухолевого эффекта непосредственно в желудке.

Полная ремиссия (ПР) — отсутствие клинической симптоматики, исчезновение всех эндоскопических и эндосонографических признаков опухолевого процесса в желудке, определяемое теми же методами, которые использовались до начала лечения при отрицательных результатах морфологического и иммуногистохимического исследований биоптатов.

Частичная ремиссия (ЧР) — уменьшение всех измеряемых опухолевых проявлений на 50 % и более.

Стабилизация — отсутствие выраженных изменений (уменьшение опухолевых проявлений менее чем на 50 %, увеличение — менее чем на 25 %).

Прогрессирование — отсутствие эффекта от проводимой терапии. Увеличение размера опухоли на 25 % и более, появление новых опухолевых очагов в желудке.

Оценка результатов медикаментозной противоопухолевой терапии проведена у 45 больных, которым выполнено комплексное эндоскопическое исследование. Практически у $\frac{2}{3}$ пациентов (33 из 45) отмечена ПР, что составляет 73,3 %. ЧР констатирована у 6 (13,3 %) пациентов, стабилизация — у 3 (6,7 %), прогрессирование — у 3 (6,7 %). ПР обязательно подтверждалась иммуноморфологическим исследованием биоптатов, полученных при множественных биопсиях различных отделов желудка. Таким образом, в работе сформулирован алгоритм комплексной эндоскопической диагностики НХЛ желудка (рис. 15).

Выявлены наиболее благоприятные сроки проведения динамического обследования в процессе медикаментозной терапии и после ее завершения. Во время химиотерапии при осмотрах после каждого курса лечения значимых изменений как в визуальной, так и в эндосонографической картине выявлено не было. Это дало основание рекомендовать оценивать эффект лечения больных НХЛ желудка после каждых двух курсов противоопухолевой терапии.

С целью динамического наблюдения при достижении ПР целесообразно соблюдать следующий алгоритм эн-

доскопических осмотров желудка: в течение 1-го года — каждые 3 мес., в течение 2–3-го года — каждые 6 мес., в последующем — 1 раз в год.

Алгоритм контрольных и динамических комплексных эндоскопических осмотров больных НХЛ желудка в процессе медикаментозной терапии и при достижении ПР представлен на рис. 16.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, при обследовании больных с предположительным диагнозом НХЛ желудка необходимо придерживаться разработанного алгоритма комплексной эндоскопической диагностики, который включает все современные уточняющие методики (эндосонография, эндоскопия с увеличением, осмотр в узком спектре света). Эндоскопическую резекцию слизистой оболочки с подслизистой основой необходимо чаще использовать в качестве метода расширенной биопсии при диагностике НХЛ желудка. В сложных дифференциально-диагностических ситуациях для установления характера опухолевого поражения желудка целесообразно выполнить эндосонографию. Рекомендательный в работе выбор методик эндосонографического осмотра в зависимости от характера и локализации опухолевого процесса обеспечивает получение высокоинформативной качественной картины при УЗИ желудка. Для оценки эффективности лечения НХЛ желудка показана комплексная эндоскопическая диагностика с соблюдением разработанных сроков обследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Портной Л.М., Вятчанин О.В., Сташук Г.А. (ред.). Новые взгляды на лучевую диагностику рака желудка (методико-семиотические и организационные аспекты) — М.: Видар, 2004: 284.
2. Орлов Е.Ю. Возможности эндоскопической ультрасонографии при заболеваниях верхних отделов пищеварительного тракта и панкреатобилиарной зоны. Новые мед. технол. 2004; 5: 64–6.
3. Catalano M.F. Jr, Sivak M.V., Rice T. Endosonographic features predictive of lymph nodes metastasis. Gastrointest. Endosc. 1994; 40: 442–6.
4. Pavlovic A.R., Krstic M., Tomic D. et al. Endoscopic ultrasound (EUS) in initial assessment and follow-up of patients with MALT lymphoma treated drug therapy. Acta Chir. Iugosl. 2005; 52(1): 83–9.
5. Puspok A., Rederer M., Chott A. et al. Endoscopic ultrasound in the follow up and response assessment of patients with primary gastric lymphoma. Gut 2002; 51: 691–4.
6. Caletti G., Fusaroli P., Togliani T. et al. Endosonography in gastric lymphoma and large gastric folds. Eur. J. Ultrasound. 2000; 11(1): 31–40.