

диссекции подслизистого слоя при удалении поверхностных эпителиальных новообразований желудка и двенадцатиперстной кишки / Е. Д. Федоров, Е. В. Иванова, З. В. Галкова [и др.] // Тихоокеанский мед. журн. 2011. № 4. С. 37–40.

2. Эндоскопическая резекция слизистой и подслизистого слоев желудка как диагностический и лечебный метод в онкологии / О. А. Малихова, Ю. П. Кувшинов, И. С. Стилиди, М. Д. Будурова // Практическая онкология. 2009. Т. 10, № 1. С. 8–11.

3. A meta-analysis of endoscopic submucosal dissection and EMR for early gastric cancer / J. Lian, S. Chen, Y. Zhang, F. Qiu // *Gastrointest. Endosc.* 2012. Vol. 76, № 4. P. 763–770.

4. Advantage of endoscopic submucosal dissection compared with EMR for early gastric cancer / S. Oka, S. Tanaka, I. Kaneko [et al.] // *Gastrointest. Endosc.* 2006. Vol. 64, № 6. P. 877–883.

5. Bergman, J. J. How to justify endoscopic submucosal dissection in the Western world / J. J. Bergman // *Endoscopy.* 2009. Vol. 41, № 11. P. 988–990.

6. Clinical outcomes of EMR for gastric tumors: historical pilot evaluation between endoscopic submucosal dissection and conventional mucosal resection / K. Watanabe, S. Ogata, S. Kawazoe [et al.] // *Gastrointest. Endosc.* 2006. Vol. 63, № 3. P. 776–782.

Координаты для связи

Агапов Михаил Юрьевич, кандидат мед. наук, врач-эндоскопист отделения эндоскопии НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Владивосток ОАО «РЖД». E-mail: misha_agarov@mail.ru

Рыжков Евгений Федорович, заведующий отделением эндоскопии, врач-эндоскопист НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Владивосток ОАО «РЖД». E-mail: ryzkov_ef@mail.ru

Барсуков Александр Сергеевич, врач-эндоскопист отделения эндоскопии НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Владивосток ОАО «РЖД». E-mail: abarsukov2000@mail.ru

Зорина Елена Юрьевна, врач хирург-онколог, заместитель главного врача по медицинской части НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Владивосток ОАО «РЖД». E-mail: zorinaey@mail.ru

Почтовый адрес больницы: 690003, г. Владивосток, ул. Верхнепортовая, 25.

УДК 616.341-03-072.1-076

**О.Г. Карташова, И.И. Курунова,
М.А. Кокин, И.Е. Сидельникова**

НУЗ «Дорожная клиническая
больница на станции Хабаровск-1
ОАО «РЖД»
г. Хабаровск

КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ В ВЕРИФИКАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОНКОЙ КИШКИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ БИПСИЙ

В последние годы в список «популярных» заболеваний, о которых много говорят и много пишут, попала «болезнь Крона» (БК). Первичный диагноз БК предполагает огромный спектр заболеваний, требующих дифференциальной диагностики, в том числе, вторичное воспалительное поражение слизистой при инфекционных и не инфекционных заболеваниях, реактивные изменения и структурная перестройка элементов слизистой как следствие воздействия медицинских препаратов [1 – 3].

Материалы и методы исследования

В клинике НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Хабаровск-1 ОАО «РЖД» в 2013 году был проведен так называемый эндоскопический скрининг по БК. В исследовании участвовали пациенты в возрастной группе от 11 до 77 лет (мужчины 17–77 лет, 48%; лица женского пола 11–70 лет, 52%). Все пациенты предъявляли схожие жалобы на боли в животе, метеоризм, явления диспепсии (запоры или поносы). Были и более типичные для БК жалобы – боли, локализованные в правой подвздошной области или внизу живота, неустойчивый стул с преобладанием поносов и «беспричинный» подъем температуры, в основном до субфебрильных цифр. Направительными диагнозами для проведения илеоскопии в большинстве случаев были «воспалительное заболевание кишечника» (67%), «органическая патология» (17,5%), «синдром раздраженного кишечника» (13%), а также «лейкоцитоз», «лихорадка неясного генеза», «синдром ускоренной СОЭ».

В течение года было проведено 188 колоноилеоскопий с осмотром и взятием биопсии из слизистой терминального отдела подвздошной кишки. Колоноскоп проводился

через баугиниевую засклонку в просвет тонкой кишки на глубину от 5 до 25 см. В двух случаях аппарат был введен не более, чем на 3 см., что было обусловлено стенозом терминального отдела подвздошной кишки.

Цель исследования. 1. Визуальная оценка слизистой тонкой кишки (гиперемия, отек, тусклость, гипертрофия в виде единичных или множественных папул, наличие или отсутствие эрозий, язв), оценка сосудистого рисунка (нормальный, смазанный, отсутствует). 2. Патоморфологическое исследование биоптатов из тонкой кишки с целью верификации типа и степени тяжести воспалительных изменений слизистой тонкого отдела кишечника.

На основании визуальной оценки слизистой и сосудистого рисунка терминального отдела подвздошной кишки «эндоскопический вариант нормы» установлен в 99 исследованиях (52,6%). Любые другие изменения в тонкой кишке, а именно гиперемия, отек, гипертрофия в виде единичных или множественных папул, наличие эрозий, язв, отсутствие или смазанность сосудистого рисунка интерпретировались в сторону воспалительных изменений – терминальный илеит (47,4%).

При сопоставлении полученных результатов совпадение эндоскопической картины и патоморфологического заключения «вариант нормы» отмечено лишь в одном случае. В других 98 вариантах «эндоскопической нормы» патогистологическая картина была характерна для энтерита (острого или хронического) от слабой до выраженной степени активности, в том числе с наличием эрозий; в части биоптатов верифицирована латентная форма БК.

По эндоскопическому заключению «терминальный илеит» и гистологической картине расхождений не выявлено.

Результаты патоморфологических исследований

Болезнь Крона установлена при 13 исследованиях (6,9%) у 8 лиц мужского пола 17–58 лет, у 5 лиц женского пола 11–50 лет. По нашим наблюдениям, классическая клинико-морфологическая форма БК встречалась и в возрастной группе младше 18 лет (2 случая, 11–17 лет). В данной группе при патогистологическом исследовании выявлены типичные саркоидоподобные гранулемы, тотальная или субтотальная атрофия ворсин, щелевидные язвы или крипт-абсцессы, отмечены признаки вазодилатации с нарушением кровообращения в системе микроциркуляторного русла.

Латентная форма БК установлена в 11 случаях (5,85%), из них мужчин было 8 (возраст 26–55 лет), лиц женского пола – 3 (возраст 11–65 лет).

В биоптатах из данной группы исследований в 100% случаев отмечены гиперплазия лимфоидных фолликулов с выраженной фибропластической реакцией в виде частоты в 7–15 рядов по периферии; признаки «мукоидного набухания» с участками плазматического пропитывания стенок сосудов микроциркуляторного русла в воспалительном инфильтрате и формирование структур типа «ампутационных невром»; мукоидизация с псевдостратификацией или участки атрофии эпителия щёточной каёмки в различной степени выраженности. Ни в одном из диагностических материалов данной группы не было визуализировано специфических саркоидоподобных гранулём. Субтотальная

РЕЗЮМЕ

Проанализированы результаты эндоскопических и патоморфологических заключений 188 колоноилеоскопий. Эндоскопистом визуально оценивались просвет терминального отдела подвздошной кишки, состояние слизистой и сосудистого рисунка. Патоморфологи на основании различных диагностических критериев верифицировали состояние слизистой тонкой кишки.

Ключевые слова: болезнь Крона, терминальный илеит, эндоскопическая картина, патоморфологическая картина.

CLINICAL AND ENDOSCOPIC PARALLELS IN VERIFICATION OF DISEASES OF A SMALL INTESTINE ACCORDING TO THE RESULTS OF A BIOPSY

O.G. Kartashova, I.I. Kurunova, M.A. Kokin, I.E. Sidelnikova

ABSTRACT

Endoscopic and pathomorphological results of 188 colonoileoscopies are analyzed. A condition of a mucous membrane and vascular drawing the lumen of the terminal part of the ileum were visually estimated by endoscopist. Pathomorphologists verified the state of a mucous of a small intestine by different diagnostics criteria.

Key words: Crohn's disease, terminal ileitis, endoscopic picture, pathological picture.

атрофия ворсин отмечена в 80% случаев, склероз слизистой собственно слизистого слоя и признаки атрофии различной степени выраженности (от умеренной до выраженной) – в 70 % случаев; гиперплазия лимфоидных фолликулов с наличием герминативных центров – в 50% случаев.

Доброкачественная лимфофолликулярная гиперплазия выявлена в 22 исследованиях – 11,7% (12 мужчин 17–59 лет, 10 женщин 16–58 лет). Патоморфологические изменения, позволяющие выставить данный диагноз, распределились следующим образом: 1. фибропластическая реакция в виде «частоты» по периферии гиперплазированного лимфоидного фолликула – 96% случаев. Фибробласты располагались чаще в 2–3 слоя, однако в отдельных биоптатах наблюдалось и 4–5 слоев. 2. Уплотнение ворсин в зоне гиперплазии лимфоидных фолликулов – 99% случаев. 3. Истончение эпителия щеточной каемки – около 56% случаев. 4. Отек и гиперемия слизистой, паретическое расширение сосудов микроциркуляторного русла с признаками нарушения кровообращения, перивазальный эритропидез – 69% случаев.

Не исключался БК в 15 случаях (7,9%). Диагноз установлен при отсутствии сведений о полученном лечении и результатов предыдущих патогистологических исследований.

Вторичные поражения при аутоиммунных заболеваниях обнаружены в 8 исследованиях (4,5%) и при инфекционных заболеваниях в 1 исследовании (0,5%).

Заключение

Для верификации изменений слизистой тонкого отдела кишечника при различных заболеваниях необходимо патоморфологическое изучение биоптатов, полученных при проведении эндоскопического исследования.

Патоморфологические изменения, позволяющие дифференцировать БК, в том числе и латентные формы, носят универсальный качественный характер, т.е. проявляются независимо от пола и возраста пациентов.

Клиническая и эндоскопическая картины не всегда соответствуют достоверным изменениям стенки тонкого отдела кишечника и зачастую запаздывают в своем проявлении. Таким образом, проведение патогистологического исследования показано всем пациентам при наличии жалоб на кишечную дисфункцию, несмотря на отсутствие эндоскопических критериев воспалительных изменений. Патогистологическое исследова-

ние биоптатов позволяет дифференцировать воспалительные изменения слизистой тонкого отдела кишечника на ранних стадиях заболевания даже при ограниченном объеме материала.

Патогистологическое заключение и данные клинико-лабораторных исследований определяют особенности течения и развития заболевания, что позволяет установить клинический диагноз и подобрать адекватное лечение.

Литература

1. Аруин А.И. и соавт. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. М.:Триада – X, 1998 г.
2. Фадеев М.Ю., Смирнов В.П. Морфология слизистой оболочки при латентных формах терминального илеита у детей по данным биопсий. // Архив патологии. 2009. № 3.
3. Бобровских А.М. и соавт. Особенности клеточной инфильтрации слизистой оболочки желудка и 12 п. кишки при Нр-инфекции. Материалы секционных заседаний IV съезда патологоанатомов. 2009 г.

Координаты для связи

Карташова Ольга Геннадьевна, врач эндоскопического отделения НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Хабаровск-1 ОАО «РЖД». E-mail: olga.kartashova@dkb-dv.ru

Курунова Ирина Игоревна, заведующая патологоанатомическим отделением НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Хабаровск-1 ОАО «РЖД», главный внештатный патологоанатом ДВЖД ОАО «РЖД», старший преподаватель кафедры патологической анатомии ГБОУ ВПО ДВГМУ МР. E-mail: irina.kurknova@dkb-dv.ru

Кокин Максим Александрович, врач патологоанатомического отделения НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Хабаровск-1 ОАО «РЖД», преподаватель кафедры патологической анатомии ГБОУ ВПО ДВГМУ МР. E-mail: dkb.khabarovsk@gmail.com

Сидельникова Ирина Васильевна, врач патологоанатомического отделения НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Хабаровск-1 ОАО «РЖД», старший преподаватель кафедры патологической анатомии ГБОУ ВПО ДВГМУ МР. E-mail: dkb.khabarovsk@gmail.com

Почтовый адрес больницы: 680022, г. Хабаровск, ул. Воронежская, 49.

Рисунки на цветной вкладке.