

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МАКРОСКОПИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ЛИМФОМ ЖЕЛУДКА

О.А. МАЛИХОВА, И.В. ПОДДУБНАЯ, Б.К. ПОДДУБНЫЙ,
Н.В. КОКОСАДЗЕ, А.Ю. КОНЦЕВАЯ

РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, г. Москва

Желудок, по мнению большинства исследователей, является наиболее частой локализацией лимфом желудочно-кишечного тракта, но эндоскопическая семиотика и диагностика этих поражений разработана недостаточно. Несмотря на то, что сообщения об эндоскопических наблюдениях этих опухолей не являются редкостью, в большинстве работ описаны единичные или малочисленные наблюдения и указывается их малоизученность и трудность дифференциальной диагностики.

Цель – выявить эндоскопические особенности лимфом желудка.

Материал и методы. Эндоскопическая картина лимфом желудка изучена нами у 250 пациентов, при этом поражение у 160 (64 %) больных расценено как первичное, у 90 (36 %) – как вторичное. В нашей работе всем пациентам проводилось стандартное видеоэндоскопическое исследование желудка, которое включало осмотр с увеличением в 115 раз, в комплексе с узкоспектральным анализом микрососудистого рисунка слизистого и подслизистого слоев стенки желудка, с последующей хромогастроскопией 0,4 % раствором индигокармина и эндоскопическим ультразвуковым исследованием. Диагноз лимфомы верифицирован морфологическим и иммуногистохимическим методами.

Результаты. Согласно нашим наблюдениям длительность существования гастроэнтерологической патологии до установления наличия опухоли в группе с первичной лимфомой же-

лудка весьма вариабельна: в течение первых 3 мес диагноз установлен у 30,6 % (49 больных), в течение 6 мес – у 18,1 % (29 больных), в срок от 6 до 12 мес – у 15,6 % (25 больных), и отдельно следует отметить, что практически у трети пациентов – 27,5 % (44 больных) диагноз первичной лимфомы желудка был установлен спустя год. Макроскопическая форма опухолевого поражения желудка была представлена следующими вариантами: экзофитная – у 22 пациентов (8,8 %), инфильтративная – у 54 (21,6 %), язвенная – у 37 (14,8 %), инфильтративно-язвенная – у 71 (28,4 %), гастритоподобная – у 36 (14,4 %), смешанная – у 30 (12,0 %).

Вторым направлением нашей работы было выявление особенностей макроскопических проявлений в зависимости от морфологического варианта лимфомы желудка. Как показывает анализ представленных данных, при MALT-лимфоме преобладала гастритоподобная форма роста – 34,3 %, при диффузно-крупноклеточной В-клеточной лимфоме MALT – инфильтративно-язвенная форма роста, так же как и в случае диффузно-крупноклеточной В-клеточной лимфомы – в 45,0 % и 41,1 % соответственно. Инфильтративная форма чаще встречалась в группе больных фолликулярной лимфой – 31,8 %, а при лимфоме Беркита преобладала язвенная форма роста опухоли – 60,0 %.

Выводы. Установлены наиболее информативные эндоскопические критерии в диагностике и в оценке эффективности лечения.