

early diagnostics and appropriate treatment of precancerous diseases and early cancers.

In our study we have made magnifying colonoscopy for 91 patients and compared dates of the pit pattern type and histopathology in 132 polyps.

We found that pit pattern I type was in normal mucosa, II type was during inflammatory and hyperplastic diseases, IIIs and III L types were correlated with adenomas; IV type was observed in

adenomas and in early cancers; V type in all cases was in cancers.

This results suggest that magnifying colonoscopy is new and prospective diagnostic method which can be useful for screening of colorectal precancerous diseases and early cancers with its possibility of prepathologic estimation of disease.

Key words: endoscopy, magnifying, precancerous, screening.

А. В. ОНОПРИЕВ, М. И. БЫКОВ, Р. М. ТЛЕХУРАЙ, А. А. ТАРАН

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОЛИПОВ ЖЕЛУДКА

ФГУ «РЦФХГ Росздрава»

Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию РФ

В настоящее время не вызывает сомнений положение о том, что основным условием улучшения качества хирургического лечения у больных с раком желудка является не совершенствование хирургических технологий, а ранняя диагностика, превентивное лечение предраковых заболеваний и радикальное малоинвазивное лечение раннего рака желудка. По данным многочисленных исследований, полипоз желудка следует относить к предраковым заболеваниям желудка. Целесообразность включения больных, страдающих данной патологией, в группу повышенного онкологического риска, на сегодняшний день не вызывает сомнений у большинства исследователей [4, 5]. Актуальность диагностики образований чрезвычайно высока еще и по той причине, что под их макроскопической маской могут скрываться полиповидные формы рака [1].

Анализ литературных данных показывает, что основным этиологическим фактором возникновения полипов являются воспалительные пролиферативные или инфильтративные процессы в слизистой оболочке.

Предраковое значение воспалительного полипа минимальное и определяется имеющимся в слизистой оболочки желудка гастритом.

Гиперпластический полип возникает из очаговой ямочной гиперплазии, хотя фокальная ямочная гиперплазия часто не прогрессирует в полип и может рассматриваться как особое состояние. Малигнизация гиперпластических полипов наблюдается редко (1,6% — в гиперпластических полипах, 2,7% — в очагах ямочной гиперплазии), как правило, при наличии диспластических изменений эпителия [3].

Аденоматозные полипы представляют собой истинные опухоли и составляют 3–13% полипов желудка. По данным разных авторов, они малигнизируются в 6–60% случаев. Отмечается зависимость малигнизации аденоматозных полипов от степени дисплазии эпителия [2].

Несмотря на большое количество предложенных классификаций полипов желудка, единого мнения по тактике ведения и показаниям к эндоскопическому лечению у этой группы больных нет.

Материалы и методы

Метод, который может использоваться для морфологической диагностики полипов желудка, — магнификационная эндоскопия.

Морфологическая оценка проводилась магнификационным эндоскопом GIF – Q160Z Olympus (Япония) путем анализа архитектоники ямок эпителия.

После предварительного осмотра полиповидного образования проводилась хромоскопия раствором метиленового синего для выявления участков метаплазии на поверхности слизистой.

После отмывания красителя с поверхности слизистой оценивались степень поглощения красителя эпителиальными клетками и тип ямок на поверхности полиповидного образования.

Для описания изменений слизистой на поверхности полиповидных образований была использована классификация, предложенная N. Sakaki в 2005 г. (рис. 1), которая основана на изменении формы желудочной ямки (Pit pattern), представляющей собой щелевидные вдавления покровного эпителия в собственную пластинку глубиной 0,1–0,2 мм, в которые открываются железы желудка (рис. 2), и данных патогистологических исследований.

Согласно данной классификации выделено 6 типов структур ямочного эпителия.

При магнификационном осмотре слизистой тела и дна желудка визуализировались ямки в виде округлого пятна (тип А), в препилорической области и привратнике выявлялись ямки в виде округлого стержня (тип В). Эти типы соответствуют нормальной гистологической картине слизистой оболочки желудка.

Следующие типы ямочного эпителия характерны для воспалительных и диспластических процессов слизистой: удлиненные прямые ямки (тип ВС), ямки в виде удлиненного искривленного стержня (тип С), ямки в виде ворсинчатой полигональной формы (тип CD), ямки в виде сетки (тип D).

После оценки типа эпителия и хромоскопии слизистой желудка проводился забор биопсийного материала.

Результаты

На этапе становления новой диагностической методики проводилась корреляция выявляемых ямочных структур с результатами морфологических ответов.

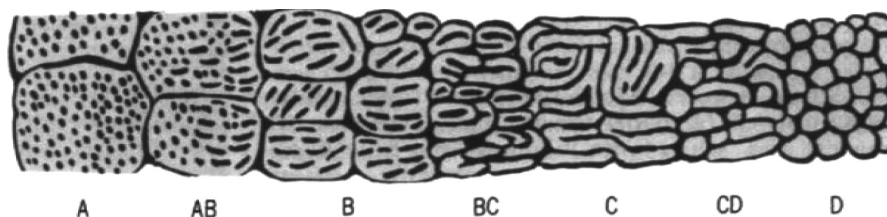


Рис. 1. Интерпретация микроструктуры слизистой желудка (типы А – D Sakaki N., Iida Y., Okazaki (Digestive Endoscopy V-17, 2005) в сотрудничестве с Mototsugu K., Yuichi S.)

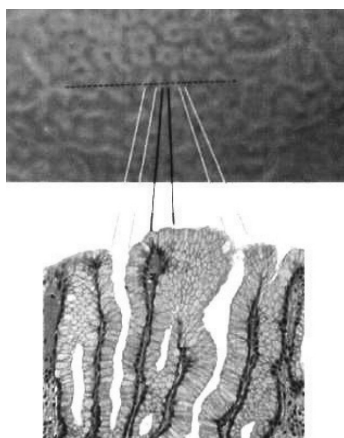


Рис. 2. Соотношение магнификационной картины и строения слизистой желудка. Желудочные ямки – устья желез желудка

Соотношение выявленных типов на магнификационной эндоскопии к патогистологическим ответам

	Гиперпластические полипы	Гиперпластические полипы с изъязвлением	Дисплазия I–II ст.	Аденоматозные полипы	Гемартромный полип Пейтца-Егерса	Аденокарцинома	Всего типов
BC	12	1					13
C	28	2			1		31
CD	18	5	4	3			30
CD+ сглаженные ямки	3	4		1		2	10
D	4	2	2	4			12
Всего полипов	65	14	6	8	1	2	96

Общее количество пациентов с полипами желудка, обследованных за период с начала 2005 г. по декабрь 2006 г., составило 61 человек: 34 мужчины и 15 женщин. В 100% случаев пациентам проводилась обязательная хромоэндоскопия и забор биопсийного материала из полиповидных образований. Из выявленных нами 96 полипов соотношение магнификационной и морфологической картины показано в таблице. Анализируя предварительные результаты исследования, мы пришли к выводу: типы А и В на поверхности полипов не встречаются, типы BC и C свойственны гиперпластическим процессам. Выявление сетчатых ямок (типы D, CD) и особенно

наличие сглаженности ямок свойственны диспластическим, аденоматозным и раковым поражениям.

Малый клинический опыт выявления типов с сетчатыми ямками не позволяет достоверно оценить частоту встречаемости и полную корреляционную зависимость между гиперпластическими и раковыми поражениями при типах D, CD.

Обсуждение

Используя сочетание магнификационного осмотра с хромоэндоскопией, можно определить морфологию поражений ЖКТ и провести дифференцировку гиперпластических

и неопластических изменений слизистой, а также выявить изменения на стадии их минимальных проявлений.

Однако лечение полипозидных заболеваний затруднено отсутствием стандартизованных и апробированных в многоцентровых исследованиях лечебных алгоритмов. Наши исследования показывают, что, опираясь на данные предварительного магнификационного осмотра, возможно определить дальнейшую тактику лечения, не дожидаясь результатов биопсии при выявлении определенных типов эпителия. На этапе освоения методики и накопления опыта считаем обязательным гистологическое исследование биопсийного материала.

В дальнейшем в зависимости от предполагаемой морфологии можно будет проводить соответствующее лечение: сразу эндоскопическое либо осмотр ограничивается взятием биопсии и после ее определения – малоинвазивным (после оценки степени инвазии методом эндоскопической ультрасонографии) или хирургическим лечением.

Поступила 30.10.2006

ЛИТЕРАТУРА

1. Ефетов В. М. Предраковые заболевания и рак оперированного желудка. Киев: Здоров'я, 1986. 141 с.
2. Нечипай А. М., Поддубный В. К., Кувшинов Ю. П. и др. Вероятность малигнизации полипов желудка // Вопросы онкологии. 1989. Т. 35. № 9. С. 1044–1049.

3. Ming S. C. Tumors of the esophagus and stomach. Fascicle 7 Washington, 1985.

4. Yardley J. H., Hendrix T. R. Gastritis, duodenitis, and associated ulcerative lesions. In: Textbook of Gastroenterology, 3rd ed, Yamada T., Alpers D. H., Owyang C., Powell D. W., Silverstein F. E. (Eds), Lippincott, Philadelphia, 1999.

5. Komorowski R. A., Caya J. G., Geenen J. E. The morphologic spectrum of large gastric folds: Utility of the snare biopsy. Gastrointest Endosc. 1986. Vol. 32 P. 190.

**A. V. ONOPRIEV, M. I. BYKOV,
R. M. TLEKHURAY, A. A. TARAN**

NEW TECHNOLOGIES IN DIAGNOSTICS OF POLYPS IN THE STOMACH

Current clinical application in the stomach magnifying endoscopy were reviewed. The objective of polyps in stomach magnifying endoscopy has been the diagnosis of neoplastic lesions as well as diagnosis of foveolar hyperplasia mucosal change. Prospects of clinical application of the magnifying endoscopy.

Key words: magnifying endoscopy, polyps in stomach.

А. В. ОНОПРИЕВ, А. Н. КАТРИЧ, М. И. БЫКОВ

ЭНДСКОПИЧЕСКОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ. ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

ФГУ «РЦФХГ Росздрав»

Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию РФ

Вопросы точной диагностики и выбора оптимальных методов лечения заболеваний желчевыводящих путей актуальны для врачей различных специальностей – гастроэнтерологов, абдоминальных хирургов и онкологов. Желчекаменная болезнь, доброкачественные новообразования и злокачественные поражения желчевыводящих путей, желчного пузыря и большого дуоденального соска (БДС), поджелудочной железы, а также аномалии развития билиарного тракта составляют основную группу заболеваний, на которых сосредоточено внимание клиницистов.

Клиническая и лабораторная диагностика любого заболевания нуждается в его объективном подтверждении методами инструментальной диагностики. Для выявления патологических изменений панкреатобилиарной зоны в клинической практике наиболее широко применяются такие лучевые методы визуализации органа, как ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ) и эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ). За прошедшие два десятилетия эти методики произвели революцию в клинической гастроэнтерологии. С этими

методами визуализации структурные изменения в органах и тканях, исследование которых было доступно только патоморфологами, теперь могут быть изучены «у кровати пациента».

К началу 80-х годов был разработан принципиально новый диагностический прибор – эхоэндоскоп, соединивший в себе ультразвуковой датчик и гибковолокнистый эндоскоп. Методика исследования получила название **эндоскопическая ультрасонография (ЭУС)** (синонимы: эндосонография, эхоэндоскопия, эндоскопический ультразвук, эндо-УЗИ и т. д.).

Идея эндоскопического способа доставки ультразвукового датчика возникла достаточно давно. Начальная стадия развития эндоскопической ультрасонографии была связана с применением УЗ-зондов, проводимых через биопсийный канал гибкого гастроскопа. Первый гастроскоп, работающий в В-режиме и реальном масштабе времени, был изготовлен в 1980 году. Исходно данный метод был разработан для ранней диагностики опухолей поджелудочной железы, тем не менее в настоящее время эндосонография применяется в клинической практике для определения стадии распространения опухолей