

СОВРЕМЕННЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ В УЛУЧШЕНИИ СКРИНИНГА ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

*Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии,
кафедра эндоскопии ФПК и ППС*

Проблема колоректального рака в нашей стране остается весьма актуальной. Риск его развития в течение всей жизни, по данным В. Т. Ивашкина (1999), составляет у мужчин 6,02%, а у женщин менее 5,77% [2], что составляет 20% желудочно-кишечной онкопатологии [3]. Смертность от колоректального рака в некоторых регионах России занимает 3-е место в структуре причин смертности [4]. В 41% случаев диагностика происходит на стадии неинвазивного рака, в 35% – рака с метастазами в регионарные лимфатические узлы, в 16% – рака с отдаленными метастазами [2], а по данным Л. И. Аруина, эти цифры достигают 70%. Даже исходя из этих цифр, приходится признать, что в более половине случаев диагностика запаздывает. Не вызывает сомнения, что снижение уровня смертности от колоректального рака может быть достигнуто путем только раннего превентивного выявления и лечения предраковых заболеваний [12]. В патогенезе развития рака важнейшее значение занимают полипы, что неоднократно доказано многими исследователями [1]. Частота их встречаемости достигает, по сообщениям ряда авторов, 10–12% среди всей колопроктологической патологии. Многие исследователи на большом клиническом опыте показали, что частота малигнизации полипов толстой кишки составляет до 23,7%, что гораздо выше, чем при полипах верхних отделов ЖКТ. Ворсинчатые полипы трансформируются в рак в 6–8 раз чаще, чем железистые. Риск выявления озлокачествленной опухоли прямо пропорционален размерам полипов (5).

Появление в 1990-х гг. увеличивающего видеоконоскопа с мощным разрешением, в особенности в сочетании с распылением красителей по поверхности

слизистой оболочки толстого кишечника [8], качественно улучшило визуальный анализ микроструктур слизистой [6].

Материалы и методы

За период с марта 2005 года по ноябрь 2006-го нами исследован 91 больной, у которых выявлены и оценены при увеличении 132 полипа с использованием колоноскопа «Olympus» q160z со 150-кратным увеличением. Во всех случаях оценивалась макроскопическая и магнификационная картина в сочетании с хромоскопией. Оценивался обычный вид слизистой и с увеличением, до и после окраски 0,2%-ным раствором индигокармина. Слизистый рисунок классифицировался согласно модифицированной классификации Кудо (типы I–V) [6] (рис. 1).

Слизистая I-го типа выглядит как круглые ямки, постоянные в размере. Слизистая II типа имеет вид часто расположенных ямок, которые больше в размере, чем нормальные, и имеют звездно- или лучеподобную форму. Слизистая III типа состоит из удлиненных ямок. Слизистая III L типа имеет вид сжатых или меньших, чем нормальные, ямок. Полипы с IV типом состоят из ветвистых ямок. Структура слизистой V типа имеет грубую изъязвленную поверхность, почти лишенную ямок [9]. После взятия материала биопсийными щипцами или эндоскопической электроэксцизии полипов обязательно выполнялось гистологическое исследование.

Результаты и их обсуждение

Из 132 выявленных нами полипов соотношение магнификационной и морфологической картины отражены в таблице.

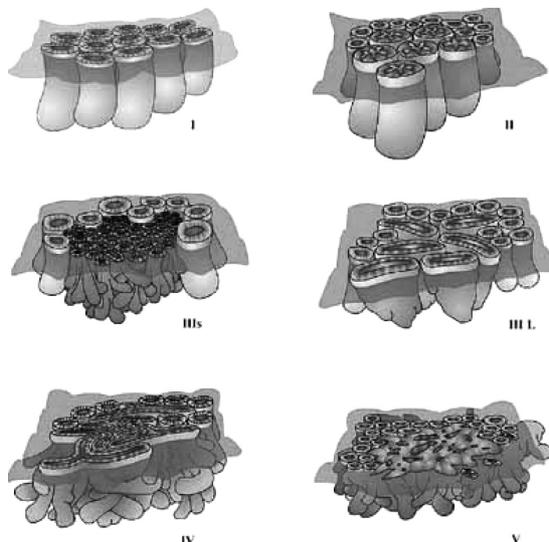
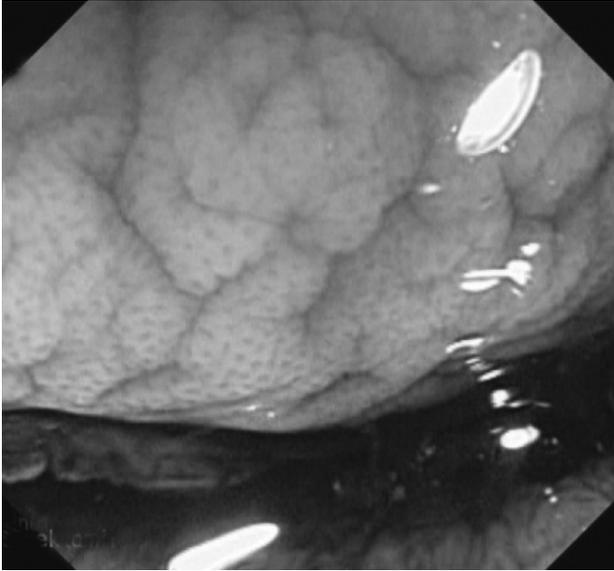
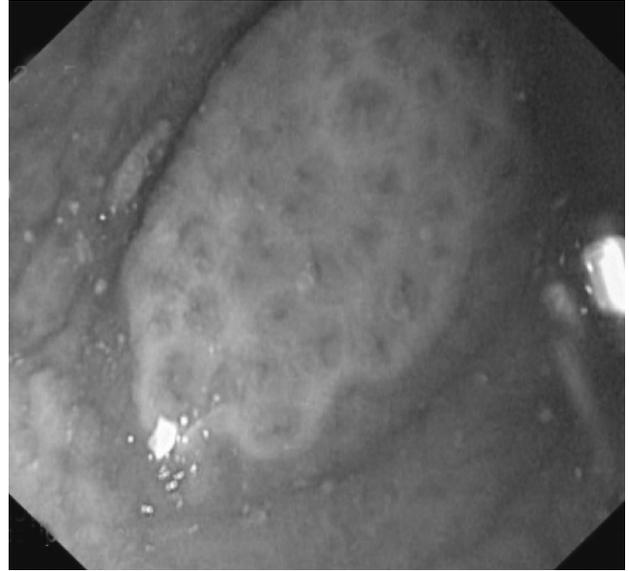


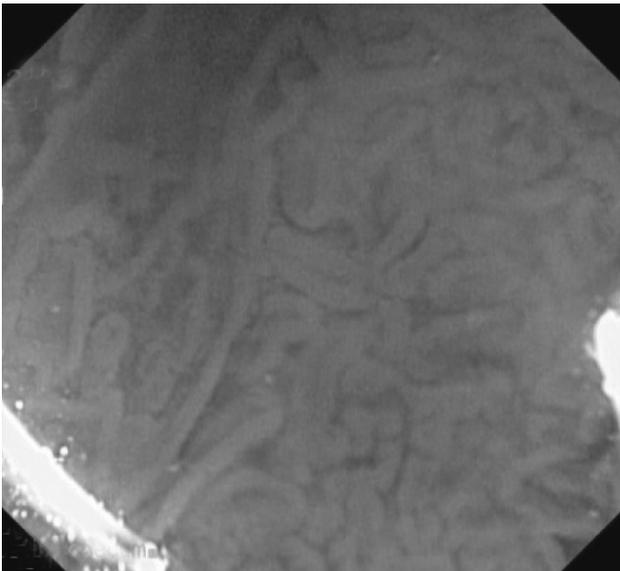
Рис. 1. Трехмерная интерпретация колоректальных структур ямок (типы I–V Kudo) (11)



I тип слизистой по Кудо



II тип слизистой по Кудо



III L тип слизистой по Кудо



IV тип слизистой по Кудо



V тип слизистой по Кудо

Соотношение магнификационных типов слизистой с морфологией

Тип по Кудо/ морфология	Воспале- ние	Миома	Ворсин- чатая аденома	Аденома	Липома	Полип Петса-Йе- герса	Рак	Всего
I								
I+III L						1		1
II	12			2				14
II+III L	1			6				7
III L		1		50				51
III _s				9	1			10
III _s +III L				4				4
III L+IV				10				10
IV			2	25			2	29
IV+V							4	4
V							2	2
Всего	14	1	2	106	1	1	8	132

I типу по Кудо во всех случаях соответствовала нормальная слизистая, только в одном случае было выявлено воспаление. При II типе в 85% выявляется воспаление и только в 15 – аденомы. При III L типе наиболее характерны аденомы – 98%. Этот тип составляет 44% аденом, выявленных нами в процессе исследования. III_s, IV типы, их комбинации между собой и с III L типом соответствуют также аденомам. Но при IV типе 6% оказались раками. 100% случаев встречаемости V типа или комбинация его с IV типом были раками (рис. 2).

Полученные результаты свидетельствуют об относительно высокой степени точности прогноза гистологического результата полипов в зависимости от магнификационной структуры слизистой. Но заключительный точный диагноз эндоскопически удаленных колоректальных полипов все же требует гистологической экспертизы.

Немногие клиники в России имеют опыт применения магнификационной колоноскопии, в отечественной литературе имеются лишь ссылки на использование этого метода за рубежом. Метод открывает большие возможности для диагностики, определения тактики и оценки эффективности лечения колоректальных полипов.

Используя сочетание магнификационного осмотра с хромоскопией, можно определить морфологию поражений ЖКТ и провести дифференцировку гиперпластических и неопластических изменений слизистой. Опираясь на эти данные, возможно определить дальнейшую тактику лечения, не дожидаясь результатов биопсии. На этапе освоения методики и накопления опыта считаем обязательным гистологическое исследование биопсийного материала. Неоспоримым преимуществом магнификационной колоноскопии является возможность точной оценки границ патологического очага и полноты удаления пораженных участков при выполнении малоинвазивных вмешательств.

Поступила 17.11.2006

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоус Т. А. Патоморфология предраковых состояний толстой кишки // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2002, том 12, № 4. С. 50–55.

2. Ивашкин В. Т. Колоректальный рак // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 1999. № 1. С. 88–95.

3. Орлова Р. В. Лекарственное лечение опухолей желудочно-кишечного тракта // Практическая онкология. 2005, т. 6, № 1. С. 33–42.

4. Основные показатели онкологической помощи населению Приморского края за 1995–1999 гг. / Под ред. И. М. Рольщикова: Экспресс-информация. Владивосток: Дальнаука, 2000. 32 с.

5. Руководство по клинической эндоскопии / Под ред. В. С. Савельева М.: Медицина, 1985. 544 с.

6. Kudo S., Kashida H., Tamura T. et al. Colonoscopic diagnosis and management of nonpolypoid early colorectal cancer. *World J Surg*. 2000. Vol. 24. P. 1081–1090.

7. Kudo S., Rubio C. A., Teixeira C. R. et al. Pit pattern in colorectal neoplasia: endoscopic magnifying view. *Endoscopy*. 2001. Vol. 33. P. 367–373.

8. Muto T., Kamiya J., Sawada T. et al. Small «flat adenoma» of the large bowel with special reference to its clinicopathologic features. *Dis Colon Rectum*. 1985. Vol. 28. P. 847–851.

9. Rubio C. A., Jaramillo E., Lindblom A., Fogt F. Classification of Colorectal Polyps: Guidelines for the Endoscopist. *Endoscopy*. 2002. Vol. 34. P. 226–236.

10. Spann S., Rozen P., Levin B., Young G. Colorectal cancer: How big is the problem, why prevent it and how might it present?; Colorectal cancer in clinical practice: prevention, early detection and management. London: Martin Dunitz. 2002. P. 1–13.

11. Tomenius H., Jaramillo E. Interactive Atlas of Gastrointestinal Endoscopy, Karolinska Institute Press, 2001.

12. Winawer S. J., et al. Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy. The National Polyp Study Workgroup // *N Engl J Med*. 1993. № 329. P. 1977–1981.

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

MODERN ENDOSCOPY TECHNIQUES IN IMPROVEMENT OF SCREENING OF PRECANCER DISEASES OF A THICK GUT

Morbidity for colorectal cancer in Russian Federation is still at a high level. We consider that effective method of dissolving of this problem is introduction of magnifying endoscopes in clinic with the purpose of improvement of

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 witch 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 микроскопической 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 оболочке 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 целевидные 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.