

ТУБУЛЯРНАЯ АДЕНОМА ЖЕЛУДКА: ОСОБЕННОСТИ ЭХОСТРУКТУРЫ ПОДСЛИЗИСТОГО СЛОЯ

Н.С. Рудая

НИИ гастроэнтерологии Сибирского государственного медицинского университета, г. Северск

Проведено углубленное обследование 295 пациентов с различными формами диффузных гастритов и очаговых гипертрофических гастропатий, в том числе хронических эрозий. Эндоскопическая ультрасонография желудка проводилась при помощи миниатюрных ультразвуковых радиально сканирующих зондов MN-2R / MN-3R с частотой сканирования 12/20 МГц. Применение в наших случаях прицельной биопсии позволило определить, что выявленные в ходе эндоскопической ультрасонографии «четкообразные» расширения вызваны именно наличием кистозно-расширенных желез, локализованных в подслизистом слое желудка. Феномен «четок» выявлялся лишь в случаях морфологически подтвержденных тубулярных аденом желудка. Дальнейшая разработка и совершенствование диагностических методов эндоскопической и ультразвуковой семиотики изменений стенки желудка будут способствовать более адекватному выбору способов лечения.

Ключевые слова: тубулярная аденома желудка, эндоскопическая ультрасонография.

TUBULAR GASTRIC ADENOMA: SUBMUCOSA ECHOSTRUCTURE

N.S. Rudaya

Gastroenterology Research Institute, Siberian State Medical University, Seversk

A total of 295 patients with various types of diffuse gastritis and hypertrophic gastropathies including chronic erosions were examined. Endoscopic ultrasonography of the stomach was performed using miniature radial-scan type ultrasound probes (MN-2R/ MN-3R) with a scanning frequency of 12/20 MHz. Beads-shaped enlargements were found to be caused by the presence of cystic-enlarged glands localized in gastric submucosa. Phenomenon of «beads» was detected only in cases of morphologically confirmed tubular gastric adenomas. Improvement of diagnostic methods of endoscopic and ultrasound semiotics of gastric wall changes will promote to more adequate selection of treatment modalities.

Key words: tubular gastric adenoma, endoscopic ultrasonography

Среди эпителиальных опухолей желудка аденомы составляют не менее 3–13 % [3]. Данные о распространенности этих новообразований значительно выросли в связи с возрастанием количества эндоскопических исследований. В качестве основного гистологического критерия, позволяющего дифференцировать опухолеподобные процессы желудка и истинные опухоли, к которым относятся аденомы, рассматривают дисплазию эпителия различной степени выраженности [6, 8]. Диспластические изменения эпителия относят к истинным неопластическим процессам без признаков инвазии, имеющим при этом показания для удаления пораженного участка [9]. По данным некоторых исследований [1], дисплазия тяжелой степени, являясь необратимой, в 50 % случаев трансформируется в рак желудка в течение первого года наблюдения. При этом данные о малигнизации аденом желудка чрезвычайно разнятся, составляя от 6–60 % до 70–75 % [1, 3, 5].

При эндоскопическом исследовании типичные аденомы обычно выглядят как возвышающиеся над поверхностью слизистой полиповидные образования с ворсинчатой либо дольчатой поверхностью. В отличие от них, нередко встречающиеся плоские аденомы достаточно сложны для макроскопической диагностики. Пожалуй, единственным малоинвазивным методом диагностики данной патологии на сегодняшний день является эндоскопическое исследование с прицельной биопсией. Однако при высоких разрешающих возможностях данный метод не лишен существенных объективных недостатков. Это, в частности, относится к трудностям выявления небольших очагов поражения на обширных, разнообразных по рельефу поверхностях слизистой оболочки желудка и идентичности эндоскопических признаков многих заболеваний. Кроме того, полученные при эндоскопии биоптаты ввиду своей нередкой значительной фрагментированности не всегда отражают

достоверную картину морфологического состояния данного образования, а наиболее измененные участки слизистой оболочки могут полностью не попасть в биопсионный материал. В связи с этим диагностические ошибки в гастроэнтерологии достигают 15–57 % [7], диктуя необходимость разработки и внедрения в практику новых более информативных методов диагностики.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей эхоструктуры подслизистого слоя желудка при тубулярных аденомах данной локализации.

Материал и методы

При проведении эндоскопического исследования желудка с гистологическим контролем у 295 пациентов в возрасте от 26 до 67 лет были выявлены различные формы диффузных гастритов и очаговых гипертрофических гастропатий. У 165 пациентов данной группы эндоскопически выявлен диффузный атрофический гастрит, у 84 – диффузные или очаговые гипертрофические изменения слизистой, у 46 – диагностирована смешанная форма хронического гастрита, характеризующаяся сочетанием атрофических и гиперпластических изменений слизистой оболочки, в том числе хронических эрозий.

Эндоскопическая ультрасонография желудка проводилась при помощи миниатюрных ультразвуковых радиально сканирующих зондов MN-2R / MN-3R с частотой сканирования 12/20 МГц, блоком генерации и обработки звукового сигнала EU-M30, которые проводятся через рабочий канал видеогастроскопа GIF-1T140, видеосистемы EVIS EXERA GLV-160, компании «Olympus» (Япония). В процессе исследования желудок заполняли деаэрированной водой в количестве 200–300 мл, для создания акустической проводящей среды. Ультразвуковой зонд устанавливали под прямым визуальным контролем в зоне наибольших изменений слизистой оболочки.

При ультразвуковом исследовании оценивали структуру стенки желудка, при наличии неопластических изменений – форму, локализацию, размер и экзогенность новообразования. Забор материала для гистологического исследования производился с помощью биопсионных щипцов

либо колпачковой резекции слизистой. Полученный материал помещался в 10 % раствор формалина. Приготовленные сериями срезы толщиной 5–7 мкм наносили на предметные стекла, окрашивали гематоксилин-эозином и по Ван-Гизону.

Для определения информативности метода диагностики аденом желудка определяли его чувствительность и специфичность. Чувствительность определяли по формуле

$$\text{чувствительность} = \frac{\text{ИП}}{(\text{ИП} + \text{ЛО})} \times 100 \%,$$
где ИП – истинноположительные, а ЛО – ложноотрицательные результаты [4].

Результаты и обсуждение

При проведении эндоскопической ультрасонографии желудка пациентам с диффузным атрофическим гастритом у 64 % выявлена истинная атрофия, которая проявлялась истончением слизистого слоя с наличием множественных гиперэхогенных включений преимущественно в антральном и фундальном отделах желудка. Подслизистый и мышечный слои сохраняли свою равномерную структуру во всех случаях. Прицельная биопсия из наиболее измененных участков слизистой, проведенная данным пациентам, подтвердила наличие выраженной атрофии желез и очагов разрастания грубоволокнистой соединительной ткани, объяснявших феномен гиперэхогенности. У 36 % пациентов этой группы эпителиальный слой был выражен равномерно и не содержал соединительно-тканых включений.

В группе пациентов с гипертрофическими изменениями слизистой оболочки желудка эндосонографически определялись локально либо диффузно расположенные утолщения слизистого слоя различной экзогенности. Морфологически у данной группы больных были выявлены гиперпластические полипы, воспалительные фиброзные полипы, аденомы, полные эрозии, лимфоидная гиперплазия.

В случаях смешанных форм хронического гастрита визуализировалось фрагментарное сочетание локального утолщения эпителия и его значительного истончения с наличием соединительно-тканного компонента, выраженное в разной степени в зависимости от отдела желудка. Так, атрофические изменения были от-

мечены преимущественно в антральном отделе, а гиперпластические – в теле желудка.

У 11 (3,7 %) из 295 исследованных пациентов при выполнении эндоскопической ультрасонографии в подслизистом слое желудка были обнаружены кистообразные гипозоногенные расширения в виде «четок» протяженностью – 1,5–2 см (рис. 1). Гистологическое исследование биоптатов из данных участков во всех случаях выявило наличие тубулярных аденом с формированием групп кистозно-расширенных желез, выраженными в разной степени явлениями дисплазии и тонкокишечной метаплазии эпителия желез, воспалительной инфильтрации. Следует отметить, что лишь у 5 пациентов диагноз аденома желудка был выставлен уже в ходе эндоскопического исследования, у остальных 6 обследованных эндоскопически предполагалось наличие смешанной формы хронического гастрита, в том числе полных эрозий или гипертрофических гастропатий.

Наличие подобных гипозоногенных участков «четкообразных» расширений, выявляемых в тканях в ходе эндоскопической ультрасоно-

графии, впервые было описано при исследовании экоструктуры шейки матки, как признак «субэктоцервикальных четок» [2]. Автор не уточнял природу возникновения данного феномена, однако, основываясь на приведённых в этой же работе результатах энергетической доплерографии, не выявивших статистически значимых отличий от контрольных значений, логично предположить, что описанные множественные, мелкие гипозоногенные участки, дававшие картину четок, были обусловлены кистозно-расширенными железами. Применение в наших случаях прицельной биопсии позволило определить, что выявленные в ходе эндоскопической ультрасонографии «четкообразные» расширения вызваны именно наличием кистозно-расширенных желез, локализованных в подслизистом слое желудка (рис. 2).

Примечательно, что феномен «четок» выявлялся лишь в случаях морфологически подтверждённых тубулярных аденом желудка. Аденомам как истинным новообразованиям присуще наличие тканевого атипизма, одним из проявлений которого является нарушение

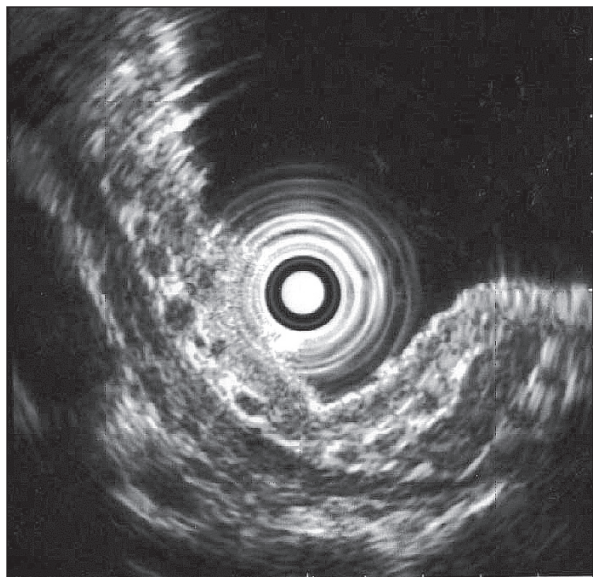


Рис. 1. Эндофото. Эндоскопическая ультрасонография тела желудка, частота сканирования 20 МГц. На фоне гипертрофических изменений эпителия выявлена тубулярная аденома. Отчетливо визуализируются гипозоногенные округлые образования в подслизистом слое в виде «четок»

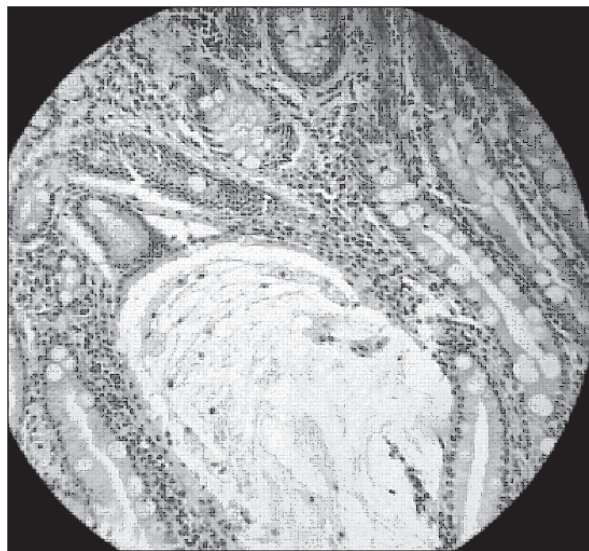


Рис. 2. Микрофото. Тубулярная аденома желудка с кистозным расширением желез. Окраска гематоксилином и эозином, x200

размеров и формообразования составляющих компонентов, в данном случае – железистых структур. Общеизвестно, что формирование отдельных резко расширенных, деформированных желез наблюдается и при других патологических и гиперрегенерационных процессах – фовеолярной гиперплазии, гипертрофических гастропатиях, фиброзных и гиперпластических полипах и т.п. Отсутствие феномена «четок» в перечисленных случаях, вероятно, обусловлено поражением единичных желез и меньшими размерами образовавшихся кист, однако без дальнейших углубленных морфометрических исследований любые предположения по этому вопросу будут высоко спекулятивны. Поскольку ни в одном из остальных 284 случаев феномен «четок» не выявлялся, а при гистологическом исследовании отсутствовали группы кистозно-расширенных желез, по-видимому, следует признать, что выявленный в ходе эндоскопического ультрасонографического исследования желудка феномен «четок» можно рассматривать как достаточно специфичный диагностический признак тубулярных аденом данной локализации [5]. Эндоскопическая ультрасонография продемонстрировала 100 % чувствительность и специфичность данного диагностического признака. Выявление с помощью неинвазивного метода исследования, нового диагностического критерия аденом желудка особенно актуально, учитывая, что данная патология всегда сопровождается дисплазией эпителия

преимущественно умеренной и тяжелой степени выраженности и обладает высоким риском малигнизации [6].

Не подлежит сомнению, что дальнейшая разработка и совершенствование диагностических методов эндоскопической и ультразвуковой семиотики изменений стенки желудка будет способствовать более адекватному выбору способов лечения. Эндоскопические вмешательства будут более обоснованными с онкологических и клинко-морфологических позиций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. М.: Триада-Х, 1998. 496 с.
2. Буланов М.Н. Особенности эхоструктуры и гемодинамики шейки матки при карциноме in situ // Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2002. № 4. С. 33–39.
3. Василенко В.Х., Рапопорт М.М., Сальман М.М. и др. Опухоли желудка. М.: Медицина, 1989. С. 179–226.
4. Власов В.В. Введение в доказательную медицину. М.: Медиасфера, 2001. 392 с.
5. Жерлов Г.К., Рудая Н.С., Падеров Ю.М., Кошель А.П. Способ диагностики тубулярных аденом желудка: Патент на изобретение № 2267995 от 20 января 2006 г.
6. Патологоанатомическая диагностика опухолей человека: Руководство: В 2 т. Т. 2. / Под ред. Н.А. Краевского, А.В. Смольяникова, Д.С. Саркисова. М.: Медицина, 1993. 688 с.
7. Савельев В.С., Буянов В.М., Лукомский Г.И. Хромогастроскопия: Руководство по клинической эндоскопии. М., 1985. С. 93–96.
8. Rugge M., Farinati., Baffa R. et al. Gastric epithelial dysplasia in the natural history of gastric cancer: a multi-center prospective follow-up study // Gastroenterology. 1994. Vol. 107. P. 1288–1296.
9. Winstein W., Goldstein N. Gastric dysplasia and its management // Gastroenterology. 1999. Vol. 107. P. 1543–1545.

Поступила 14.02.07