

## 67-е заседание Московского общества эндоскопистов, 28 ноября 2007 года

### 1. «Микроанатомия в эндоскопии. Новые горизонты эндоскопической диагностики»

Ю.А. Лысиков

НИИ Питания РАМН, Москва, Россия

Проблемы точности и объективности сопоставимости результатов эндоскопического исследования с результатами морфологического анализа существовали с момента появления этого уникального метода диагностики. По оценкам разных авторов, расхождения диагнозов при исследовании желудка, тонкой и толстой кишки колеблются от 30 до 70%. Эндоскопический диагноз наиболее точен и обоснован при наличии грубых и хорошо заметных структурных нарушений в желудочно-кишечном тракте: крупных опухолей, полипов, язв, больших эрозий, макроатрофий. При менее выраженных изменениях, таких как: «атрофия» или гипертрофия слизистой оболочки, отек эпителия и собственной пластинки, инфильтрация слизистой оболочки, связанная с воспалительным процессом, точность эндоскопической диагностики существенно снижается. По данным литературы, совпадение гистологических и эндоскопических результатов исследований при наличии «кровоизлияний и эрозий» в желудке составляет 60,8% и только в 41,5% – при «отеке и гиперемии». При этом речь идет о самых общих контурах диагноза, который носит весьма неопределенный характер: «гастрит», «атрофический гастрит», «дуоденит», «еюнит», «колит». Если же мы попытаемся детализировать морфологическую картину, включив в нее более точные морфометрические и функциональные параметры, то расхождения в оценке структурных изменений между морфологией и эндоскопией будут еще больше. Проведенное нами сопоставление результатов эндоскопического и морфологического исследований желудка и тонкой кишки при использовании качественной высокоразрешающей морфологии и морфометрического анализа у детей и взрослых, выявило несовпадения в диагнозе практически у каждого обследованного больного.

Мы можем отметить существенные расхождения не только между эндоскопическим и морфологическим диагнозами, но и между многими эндоскопическими и морфологическими критериями патологического процесса («отек», «эррозия», «атрофия», «воспаление» и др.), основная причина которых, на наш взгляд, заключается в том, что большинство эндоскопических критерий и нормы, и патологии не имеют четкой и достоверной морфологической и физиологической основы. С другой стороны, значительное число адаптационных или патологических изменений в слизистой оболочке при эндоскопическом исследовании остаются незамеченными. По данным литературы и собственным исследованиям, более чем в половине случаев эндоскопической «нормы» в слизистой оболочке, выявляют весьма серьезные морфологические изменения.

Патоморфологи не без основания полагают, что большинство таких распространенных гастроэнтерологических диагнозов, как, например, гастрит или еюнит, которые обычно выставляют на этапе клинического и эндоскопического обследования, являются диагнозами гистологическими и должны рассматриваться лишь с позиций патологической анатомии. Однако серьезные проблемы существуют и в самой патоморфологии, где подавляющее большинство используемых в настоящее время методов исследования не обеспечивают необходимой достоверности и информативности из-за применения неадекватных фиксаторов, препараты слизистой оболочки не ориентируются правильно, не проводится морфометрический анализ.

Сейчас одним из направлений развития современной эндоскопической техники является создание систем визуализации с высоким разрешением и увеличивающей оптикой. Это открывает новые возможности в оценке деталей структуры поверхности слизистой оболочки, эндоскопическое исследование все больше приближается к морфологическому. Однако, несмотря на развитие эндоскопической оптики, методический разрыв между эндоскопическими и морфологическими методами исследования структуры слизистой оболочки продолжает сохраняться.

Проблему повышения разрешающей способности эндоскопии при исследовании слизистой оболочки можно решить иным путем, используя в технологии эндоскопической диагностики современные стереомикроскопы. Метод стереомикроскопического микроанатомического исследования биоптата дает возможность проводить простое и быстрое исследование биопсийного материала (в процессе или после эндоскопической процедуры) в режиме экспресс-диагностики и позволяет получать уникальную информацию о структуре слизистой оболочки различных отделов желудочно-кишечного тракта, полипов, опухолей и других аномалий развития. Данная методика изучения полученных тканей на этапе эндоскопической диагностики является своего рода связующим звеном между эндоскопией и гистологией.

Методика позволяет решать проблему создания высокоразрешающей эндоскопии значительно более простыми и дешевыми средствами. Применение оптики современных стереомикроскопов открывает неограниченные возможности изучения не только макроструктуры, но и микроструктуры объекта, и не только на малых, но и на средних и больших гистологических увеличениях, превосходя возможности сканирующей электронной микроскопии. Применение морфометрического анализа или использование систем анализа изображений позволяет получать точные количественные параметры структуры и проводить количественную оценку патологических изменений в слизистой оболочке. Микропрепарирование биопсийного материала позволяет анализировать не только поверхность слизистой оболочки, но и заглянуть в глубину ткани.

Таким образом, развитие современной эндоскопической диагностики невозможно без объективного обоснования эндоскопических критериев нормы и патологии и без проведения систематических морфо-эндоскопических и клинико-эндоскопических параллелей, использования методов микроскопической анатомии при исследовании образцов биопсийного или операционного материала. Решающее значение здесь могут иметь современные высокоразрешающие гистологические методы исследования, с использованием морфометрического анализа, а также методы гистохимии и иммунохимии.

Настало время формирования единой морфо-эндоскопической технологии обследования желудочно-кишечного тракта, который бы включал эндоскопическое, ультразвуковое и морфологическое обследование, осуществляемое как единый диагностический процесс. Это требует более тесной работы клиницистов, эндоскопистов и морфологов. Эндоскопическая диагностика должна значительно чаще сопровождаться современным и качественным морфологическим исследованием не только с целью уточнения и детализации эндоскопического диагноза, но и как источник дополнительной, более подробной информации о морфологическом и функциональном состоянии слизистой оболочки. Результаты этой работы позволят обеспечить необходимую точность и патогенетическую обоснованность клинического диагноза, будут способствовать развитию методов и технологий не только эндоскопии, но и клинической морфологии.

Развитие эндоскопической и морфологической диагностики диктует необходимость пересмотра существующей номенклатуры диагнозов и увеличения их числа, поскольку нынешний пере-

чень не вмещает в себя того большого разнообразия различных вариантов структурной и функциональной патологии и адаптивных изменений, которые мы наблюдаем в слизистой оболочке различных отделов желудочно-кишечного тракта.

В прениях выступил патоморфолог доцент Д.С.Мельченко (МЦ Банка России). Он отметил, что автор ратует за то, что эндоскопист может и должен непосредственно после исследования изучить биоптат под стереомикроскопом. По его мнению, полученная при этом информация будет в значительной степени определять эндоскопический диагноз, который будет, безусловно, более точный. Этот нетрадиционный подход (в литературе нет

сообщений о подобной практике), возможно, и имеет преимущества перед обычным гистологическим исследованием, что, однако, требует подтверждения в контролируемых мультицентрических исследованиях.

## КОНТАКТЫ

Юрий Александрович Лысиков – ст. научн. сотрудник, к.м.н., НИИ Питания РАМН, г. Москва, телефон 8(495)6985320

## 2. «Сложный случай диагностики неэпителиальной опухоли желудка»

А.А. Будзинский, Г.В. Белова, Д.С. Мельченко

Медицинский Центр Банка России, Москва, Россия

Среди всех злокачественных поражений желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) лимфомы составляют от 1 до 10% в зависимости от органа, по данным разных авторов. Частота их локализации в желудке достигает 50-75% от общего числа лимфом ЖКТ, т.е. он является органом-мишенью для данной патологии.

Эндоскопическая диагностика играет ведущую роль в установлении диагноза, а именно :

1. Позволяет произвести визуальную оценку изменений
2. Определить распространенность поражения
3. Получить материал для морфологического и иммунологического исследования

Трудности эндоскопической диагностики связаны со следующими моментами: полиморфизм макроскопических проявлений опухоли в желудке; редкость обнаружения подобных пациентов в общелечебной сети; особенности распространения опухоли при лимфопролиферативном процессе, которое происходит преимущественно по подслизистому слою, в результате чего данные морфологического исследования материала могут быть неудовлетворительными. При этом поражение мышечной оболочки органа происходит на поздних стадиях заболевания, в связи с чем перистальтика и эластичность стенок сохраняются в течение длительного времени. Т.о. основными дифференциально-диагностическими критериями проявлений лимфомы в различных отделах желудка являются полиморфизм и часто встречающаяся

множественность, а так же сохраненная перистальтика стенок органа на фоне выраженного и обширного поражения.

К особенностям изъятия биопсийного материала относятся: необходимость множественности забора тканей различными методами, ступенчатая биопсия (с постепенным углублением), проведение эндоскопической резекции краев поражения (позволяет удалить участок опухолевой ткани с подслизистым слоем, что обеспечивает достоверную морфологическую диагностику).

Эндоскопическая классификация лимфом желудка (Б.К. Поддубный, О.А. Малихова, 2002): Эзофигтная форма, бляшковидная, полиповидная, узловая, инфильтративная, плоско-инфильтративная, бугристо-инфильтративная, гигантоскладочная, инфильтративно-язвенная, гастритоподобная, язвенная, смешанная. Из приведенного перечня очевидно, что установить правильный эндоскопический, а, зачастую, и гистологический диагнозы не просто. Приведенный случай иллюстрирует это положение.

Пациент К., 59 лет, обратился в клинику с жалобами на неинтенсивные боли в эпигастреи после еды, иррадиирующие в позвоночник. Из анамнеза: вышеуказанные жалобы беспокоят в течение 5 месяцев. Лечился самостоятельно антацидами с положительным эффектом. При физикальном осмотре из патологических изменений выявлено только увеличение периферических подмышечных и подчелюстных лимфоузлов до 1,5 см. В анализах крови без существенных изменений. При эндоскопическом исследовании в нижней трети тела желудка по малой кривизне обнаружен язвенный дефект значительных размеров – 4,0x2,0 см, глубиной до 5-7 мм, дно неровное, покрыто фибрином и некротическим налетом, края неровные, «узловатые», местами «размыты» с выходом процесса на края за пределы дефекта. Изъявление расположено на «пьедестале», как бы приподнято над окружающей слизистой на 0,8-1,0 см (рис. 1а, б).



Рис. 1 (а, б). В нижней трети тела желудка на малой кривизне – язвенный дефект с неровным дном, покрытым фибрином и некротическим налетом, края неровные, изъявление как бы приподнято над окружающей слизистой оболочкой.