

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

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

Ю.А. Лысинов

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 «кровозлияний 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», «эрозия», «атрофия», «воспаление» и др.), основная причина которых, на наш взгляд, заключается в том, что большинство эндоскопических критериев 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 Лысков — 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): Экзофитная 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 эпигастрии 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 — 4,0х2,0 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. Изъязвление расположено на «пъедестале», как бы приподнято над окружающей слизистой на 0,8–1,0 см (рис. 1а, б).

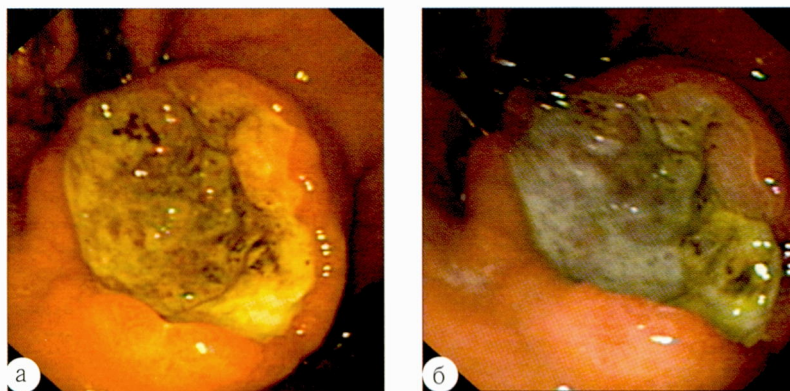


Рис. 1 (а, б). В нижней трети тела желудка на малой кривизне — язвенный дефект с неровным дном, покрытым фибрином и некротическим налетом, края неровные, изъязвление как бы приподнято над окружающей слизистой оболочкой.