

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 «пьедестале», как бы приподнято над окружающей слизистой на 0,8–1,0 см (рис. 1а, б).

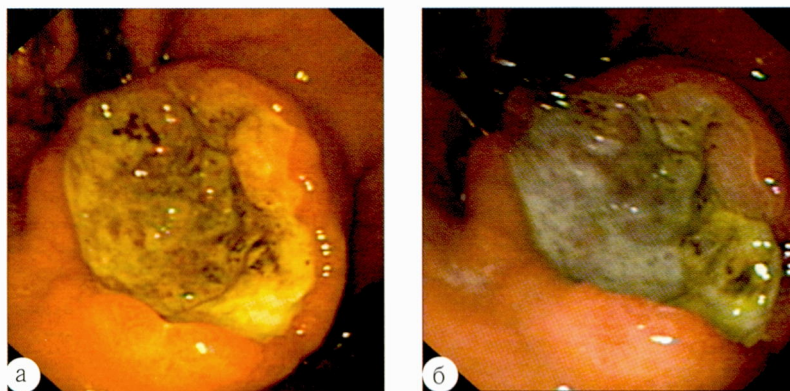


Рис. 1 (а, б). В нижней трети тела желудка на малой кривизне – язвенный дефект с неровным дном, покрытым фибрином и некротическим налетом, края неровные, изъязвление как бы приподнято над окружающей слизистой оболочкой.

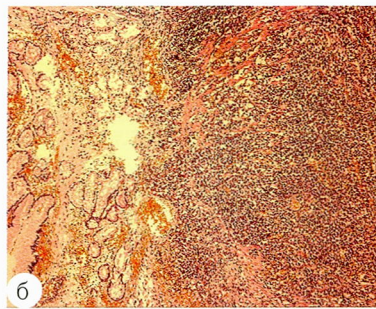
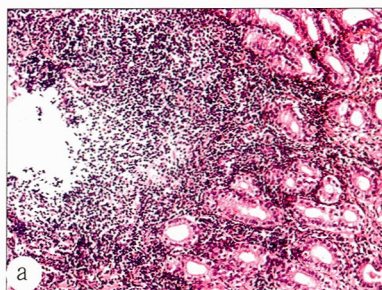


Рис. 2 (а, б). Выраженные гастритические явления с фрагментом опухолевой ткани из клеток лимфоцитарного типа с полиморфными гиперхромными ядрами, выраженной митотической активностью и очагами некроза.



Рис. 3. Эндоскопическая картина после 1 курса химиотерапии (а) – дефект в значительной степени уменьшился в размерах и полностью зажил (б) после 4 курса.

Было заподозрено изъязвление злокачественной природы, скорее не рак (лимфома? изъязвленная лейомиосаркома?). При гистологическом исследовании множественных (10-12) биоптатов обнаружены выраженные гастритические проявления с фрагментом опухолевой ткани из клеток лимфоцитарного типа с полиморфными гиперхромными ядрами, выраженной митотической активностью и очагами некроза. Двумя специалистами заподозрена лимфома желудка, однако третий независимый эксперт, имеющий значительный вес в кругах патологов, даже после повторного исследования отверг этот диагноз (рис. 2 а, б).

Лишь после иссечения нескольких больших краевых участков с помощью полипэктомической петли (расширенной биопсии) и проведения иммуногистохимического исследования через 40 дней после 1 эндоскопической процедуры диагноз лимфомы желудка был, наконец, установлен. После 1 курса химиотерапии через 40

дней дефект в значительной степени уменьшился в размерах (рис. 3 а) и полностью зажил после 4 курса (рис. 3 б).

Данный случай показывает сложность гистологической диагностики лимфом желудка и важность получения во время эндоскопического исследования значительного массива тканей для их последующего гистохимического исследования.

КОНТАКТЫ

Александр Анатольевич Будзинский, к.м.н.,
ст. научный сотрудник,
Медицинский центр Банка России
119526, Москва, Тел. +7(495) 6768338,
Факс. +7 (495) 4276063

3. «Сообщение о 15-й Объединенной Европейской Гастроэнтерологической Неделе» (27–31 октября, Париж)

Г.В. Белова

Медицинский Центр Банка России, Москва, Россия

Проблемы заболеваний пищевода, обсуждаемые в рамках съезда, можно разделить на 4 группы. Среди них первой и основной является

1. Рост онкопатологии в пищеводе.

Эпидемиологические исследования, проводимые во многих научных центрах Европы, позволили сделать вывод о росте заболеваемости высокорасположенным плоскоклеточным раком в

шейном и верхне-грудном отделах пищевода, так называемым «гипофаренгиальным» раком, а также об увеличении числа больных аденокарциномой пищевода (АП) и ее раннем метастазировании в лимфоузлы, что изначально значительно ухудшает прогноз заболевания.

2. В связи с этим отмечается бурное развитие высоких диагностических и лечебных эндоскопических технологий, направленных на раннее выявление и лечение онкопатологии данной локализации.

Среди инноваций в диагностике наибольшее значение по-прежнему отдается ZOOM-эндоскопии с тщательным осмотром слизистой пищевода, особенно в сочетании с орошением 1,5% уксусной кислотой, что позволяет диагностировать изменение рельефа и структуры слизистой и прицельно взять биопсию.