

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.

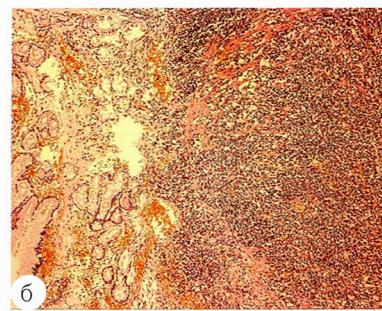
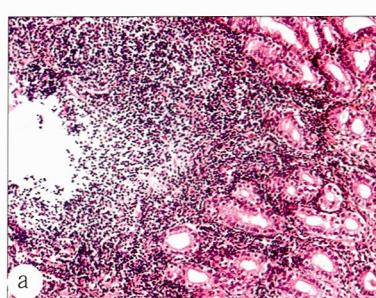


Рис. 2 (а, б). Выраженные гастритические явления с фрагментом опухолевой ткани из клеток лимфоцитарного типа с полиморфными гиперхромными ядрами, выраженной митотической активностью и очагами некроза.



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.