

значимо свідетельствували о достовірному впливанні вида хірургічного втручання на результати дренирування брюшної порожнини. Так, при лапароскопічному дренируванні удавалось досягти більшого виведення рідини при меншій тривалості інвазивної процедури дренирування.

Таким образом, лечебная ЛС позволяет эвакуировать токсический экссудат из брюшной полости, санировать её, оценить степень локальных изменений ПЖ и является «стартовой» точкой в визуальной оценке динамики морфологических изменений в самой железе и в брюшной полости.

Литература

- Гетелин С.А., Мищенко Н.В., Петров С.Р. (2003) Применение лапароскопии в диагностике и лечении острого панкреатита. *Клінічна хірургія*. 1: 15-16

- Грубник В.В., Андриевский П.Н., Грубник Ю.В. (2003) Лапароскопические операции у больных острым панкреатитом. *Клінічна хірургія*. 1: 17
- Дарвин В.В., Онщенко С.В., Ильконович А.Я. (2009) Мининвазивные технологии в лечении острого панкреатита. *Хірургія*. 1: 29-32
- Колчак В.М., Хомяк І.В., Колчак К.В. (2008) Лямбодомічна відеоконтрольована санация заочеревинного простору у хворих на гострий панкреатит. *Клінічна хірургія*. 9: 23-26
- Кузнецов Н.А., Родоман Г.В., Шалаева Т.И. с соавт. (2009) Лапароскопическое дренирование брюшной полости при стерильном деструктивном панкреатите. *Хірургія*. 8: 29-33
- Сажин А.П., Авдovenko А.П., Юрицев В.А. (2002) Лапароскопическая диагностика и лечение острого панкреатита. *Хірургія*. 11: 34-37
- Вин А., Agarwal N., Pichimoni C.S. (2011) Fluid collections in and around the pancreas in acute pancreatitis. *J. Clin. Gastroenterol.* 45; 7: 614-625
- Chen K.Y., Xiang G.A., Wang H.N. (2007) Laparoscopy and digital subtraction angiography in the treatment of severe acute pancreatitis. *Zhonghua Wai Ke Za Zhi*. 45; 11: 750-752
- Sachin V.W., Roy V.P., Mathur S.K. (2011) minimally invasive approach to pancreatic necrosectomy. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*. 21; 2: 131-136

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕХОДЖКИНСКИХ ЛИМФОМ ЖЕЛУДКА

Разумейко И.В., Тофан А.В., Бойко Г.С., Кротевич М.С., Кузьменко А.П.

Отделение эндоскопической диагностики, Национальный институт рака, Киев, Украина

Введение

Неходжкинские лимфомы (НХЛ) — клональные заболевания лимфоидной ткани, возникающие из лимфатических клеток разного уровня дифференцировки, имеющие различную степень злокачественности и локализацию. НХЛ составляют около 5% от всех злокачественных новообразований человека. По данным разных авторов [1,2,13] желудочно-кишечный тракт поражается с наибольшей частотой (15-24%), что составляет 30-45% от всех экстрадуральных НХЛ. В последние годы отмечается снижение заболеваемости раком желудка, а НХЛ имеют неизменную тенденцию к росту [1,2,9,10]. Во многих странах, в том числе и в Украине, заболеваемость НХЛ за последние два десятилетия увеличилась более чем на 50%, что можно связать, как с улучшением диагностики, так и с воздействием неблагоприятных факторов окружающей среды [1,2,9,10,13]. В связи с отсутствием четких патогномоничных эндоскопических признаков НХЛ желудка, диагностика только на основании эндоскопической семиотики в большинстве случаев сложна и требует многократного забора биопсийного материала.

В последние годы широко применяются иммуногистохимические исследования для диагностики злокачественных опухолей в том числе и лимфом [3-5,11]. Иммуногистохимическое исследование (ИГХИ) — метод микроскопического исследования тканей, обеспечивающий наиболее специфическое выявление в них искомого вещества и основанный на обработке срезов маркированными специфическими антителами к выявляемому веществу, которое в данной ситуации служит антигеном; позволяет идентифицировать клетки различных типов по их уникальным маркерным признакам а также изучить синтетические и секреторные процессы в клетке.

Для лимфоидных клеток характерны следующие маркеры: мембранные иммуноглобулины, CD5, CD10, CD19, CD20, CD22, CD79a, CD23, Bcl2. Эти маркеры используются для верификации диагноза лимфомы, дифференциальной диагностики ее с раком, установления типа лимфомы. Основываясь на этом методе, в 2008 году ВОЗ была предложена классификация лимфом [13].

В желудке встречаются следующие типы НХЛ:

- диффузная В-крупноклеточная лимфома;
- лимфома зоны мантии;
- лимфома Беркитта;
- MALT-лимфома;
- фолликулярная лимфома.

Первые три типа лимфом (диффузная В-крупноклеточная лимфома, лимфома зоны мантии, лимфома Беркитта) наблюдаются чаще в молодом и среднем возрасте; их течение носит агрессивный характер, что требует проведения полихимиотерапии (ПХТ). В подобных случаях необходим постоянный эндоскопический мониторинг в процессе лечения пациентов, что бы при отсутствии или незначительном терапевтическом эффекте вовремя изменить схему ПХТ. MALT — лимфомы или фолликулярные лимфомы, являющиеся индолентными, наблюдаются у пожилых пациентов; их возникновение связано с наличием *Helicobacter pylori* [4,5-8,12]. Клинические проявления НХЛ желудка незначительны и носят торпидный характер.

Цель работы — установить взаимосвязь между эндоскопической картиной НХЛ желудка и ее иммуногистохимическим вариантом.

Материалы и методы

В отделении эндоскопической диагностики Национального института рака МОЗ Украины НХЛ диагностирована у 267 больных в период с 2000 по 2011 г. Из этого числа

Таблица 1. Эндоскопические формы НХЛ желудка

Эндоскопическая картина	N	%
Экзофитная	2	3,4
Язвенная	19	34
Инфильтративная	8	14,2
Язвенно-инфильтративная	25	45
Смешанная	2	3,4
Всего	56	100

больших иммуногистохимические исследования были выполнены у 56 (21%) пациентов. Эндоскопические исследования проводились видеогастроскопами «Fujinon» и фиброгастроскопами «Olympus».

В исследуемой группе было 31 мужчин (55%) и 25 женщин (45%), возраст варьировал от 30 до 75 лет. Средний возраст составил 58 лет. Мы использовали эндоскопическую классификацию НХЛ по Поддубному Б.К., Машаловому А.А [5,6], в своей модификации:

- экзофитная;
- язвенная;
- инфильтративная;
- язвенно-инфильтративная;
- смешанная.

Результаты исследования

Эндоскопическая диагностика у пациентов показала, что преимущественно НХЛ локализовались в дистальном отделе и теле желудка. Из данных, представленных в таблице 1 видно, что наиболее часто встречаются язвенно-инфильтративная и язвенная формы НХЛ желудка. У всех обследованных больных диагнозы НХЛ гистологически верифицированы на основании изучения биопсийного материала. Однако только в 25% наблюдений морфологическая верификация была получена при изучении биопсийного материала, взятого при первом эндоскопическом исследовании. У 75% больных НХЛ была подтверждена морфологически на основании изучения биопсийного материала, полученного при повторных, во многих случаях, многократных эндоскопиях. Применение иммуногистохимического исследования даже при небольшом, раздробленном биоптате дает возможность установить правильный диагноз.

Установлено, что при диффузной В-крупноклеточной лимфоме эндоскопически выявлялась язвенная и язвенно-инфильтративная форма у 50% пациентов. При лимфомах зоны

Таблица 2. Иммуногистохимические типы НХЛ желудка

Диагноз на основании иммуногистохимического исследования	N	%
Диффузная В-крупноклеточная лимфома	8	14,3
Лимфома зоны мантии	1	1,8
Лимфома Беркитта	1	1,8
MALT — лимфома	44	78,5
Фолликулярная лимфома	2	3,6
Всего	56	100



Рис. 1

Язвенная форма НХЛ антрального отдела желудка (язвенный дефект неправильной формы, расположен на большой кривизне, при щипцовой пальпации ткань плотная, при взятии биопсии щипцы скользят по поверхности образования), при ИГХИ — диффузная В-крупноклеточная лимфома.

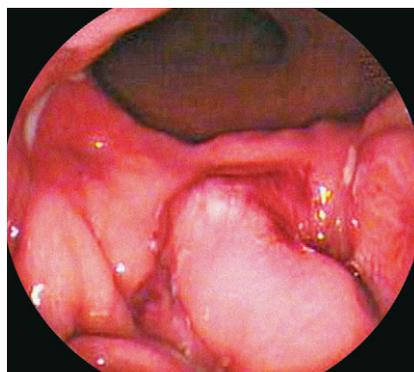


Рис. 2

Язвенно-инфильтративная форма НХЛ n/3 тела желудка (язвенный дефект по передней и задней стенках, по большой кривизне—инфильтрация слизистой, при щипцовой пальпации и биопсии ткань в области язв плотная, в области инфильтрации—рыхлая, легко отрывается), при ИГХИ—MALT-лимфома.

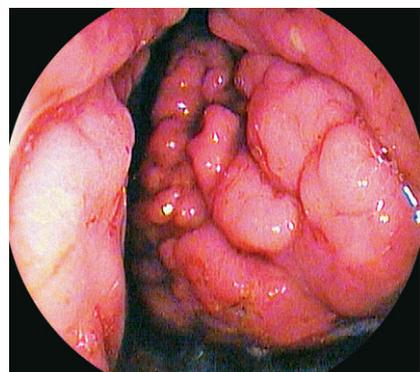


Рис. 3

Инфильтративная форма НХЛ тела желудка (при щипцовой пальпации стенка желудка малоподвижна, при биопсии слизистая плохо тянется за щипцами, легко отрывается), при ИГХИ—MALT-лимфома.

мантин и Беркитта эндоскопическая картина у больных проявлялась в виде язвенной формы (множественные глубокие изъязвления). При MALT — лимфоме наблюдалось язвенно-инфильтративное поражение у 56% больных, а язвенная форма у 30% пациентов (в виде поверхностных множественных изъязвлений). Инфильтративная форма в 9% и смешанная в 5% случаев. При фолликулярной лимфоме выявлялось экзофитное поражение желудка.

Выводы

Эндоскопические исследования дают возможность определить макроскопические типы поражения желудка, что позволяет прогнозировать течение болезни и тактику лечения больного. На основании изученного материала установлено, что при гастроскопии наиболее часто встречаются язвенно-инфильтративная и язвенная формы НХЛ желудка.

При иммуногистохимическом исследовании чаще выявляются MALT-лимфомы и диффузные В-крупноклеточные лимфомы. Иммуногистохимическая верификация лимфом определяет подходы к выбору тактики лечения и последующему эндоскопическому мониторингу пациентов. Такой подход позволяет индивидуализировать и вовремя корректировать терапию у больных с НХЛ желудка.

Литература

1. Бюллетень Национального канцер-реестру (2009-2010) Рак в Україні. 12: 75-76
2. Давыдов М.И., Аксель Е.М. (2007) Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2005 г. Вестник РОНЦ им. Н.Н.Блохина

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА

Симонова Е.В., Бойко Т.И.

Институт гастроэнтерологии НАМН Украины, Днепрпетровск, Украина

Изучение хронических воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), а именно неспецифического язвенного колита (НЯК) и болезни Крона (БК), приобретает все больший интерес во всем мире. Отмечается тенденция к возрастанию количества тяжелых, резистентных к терапии форм этих болезней, осложнений и оперативных вмешательств, которые часто ведут к инвалидизации пациентов молодого трудоспособного возраста.

НЯК и БК принадлежат к заболеваниям, своевременное распознавание которых нередко вызывает у практических врачей значительные трудности. Решающую роль в диагностике и дифференциальной диагностике неспецифических воспалительных заболеваний толстой кишки (ТК) играет эндоскопический метод. Эндоскопическое исследование позволяет подтвердить или отвергнуть диагноз, определить степень активности процесса и протяженность поражения кишечника, осуществить контроль за течением заболевания и эффективностью проводимого лечения [1,2,4,6]. Изменения слизистой оболочки (СО) ТК при ВЗК эндоскопически проявляются комбинацией различных признаков, при этом каждая патология имеет свои характерные признаки.

НЯК — хроническое воспалительное заболевание неизвестной этиологии, с поражением ТК (с обязательным вовлечением прямой кишки), характеризующееся непрерывным воспалением СО, с рецидивирующим течением и возможностью развития местных и системных осложнений [3]. Заболевание может встречаться в любом возрасте, но отмечают 2 возрастных пика: 15-30 лет и 60-80 лет. Клиническое течение заболевания характеризуется сменой фаз обострения и ремиссии.

Диагностика НЯК базируется на сборе анамнестических данных, анализе клинических проявлений заболевания, результатах объективных методов исследования (эндоскопического, морфологического, рентгенологического, сонографического и биохимических лабораторных анализов). Ведущая роль в диагностике НЯК принадлежит эндоскопическому исследованию [1,3,18,19,21]. Цель эндоскопии при НЯК — верификация диагноза, определение протяженности процесса в толстой кишке, определение выраженности (активности) воспаления СО ТК.

Поражение начинается с аноректального перехода и распространяется равномерно вверх (аборально). Верхняя граница пораженного участка СО может находиться где угодно: от прямой кишки и до илеоцекального клапана. По литературным данным в 46-70% случаев при язвенном колите имеется изолированное поражение ректосигмоидного отдела, в 15-28% — воспалительные изменения распространяются до селезеночного изгиба (т.н. левосторонний колит), у 15-37% пациентов они захватывают всю толстую кишку (субтотальный и тотальный колиты) [15,19].

Эндоскопические проявления НЯК зависят от фазы заболевания, тяжести процесса, длительности заболевания. Согласно Европейского консенсуса (2008) не существует эндоскопических признаков, специфичных для НЯК. Наиболее существенной эндоскопической характеристикой НЯК является непрерывное, сливное воспаление СО толстой кишки с вовлечением прямой кишки и с четкой границей воспаления [18].

Наиболее типичными признаками НЯК в фазе обострения являются диффузная эритема, рыхлость СО (слизистая имеет бархатистый вид), петехии (геморрагии), исчезновение нормального сосудистого рисунка, поверхностные дефекты различной протяженности и формы, вплоть до десквамации СО (сливающиеся язвы) на большой площади, контактная либо самопроизвольная кровоточивость различной степени выраженности, гнойные и фибриновые наложения. При язвенном колите эрозии и язвы располагаются только в участках воспаленной СО и никогда не встречаются афтоидные изъязвления. В фазе заживления язв и эрозий и при неактивной фазе наблюдается один из характерных признаков НЯК — зернистость СО [13,15,19].

При прогрессировании заболевания гаустры сглаживаются, кишка представляет собой узкую трубу, лишенную складок, может встречаться не резко выраженное сужение просвета ТК. Стриктуры для этого заболевания не характерны, и если наблюдается локализованное сужение просвета кишки, то это должно вызывать подозрение на рак, гранулематозное поражение (болезнь Крона) или ишемическое поражение [1,11]. В фазе ремиссии может произойти полная репарация СО, но остаются признаки, по которым можно ретроспективно установить перенесенный НЯК: СО тусклая, светлая, кажется натянутой на подслизистый слой, поверхность ее мозаичная или мелкозернистая, сосудистый рисунок атипичный (сосуды могут быть причудливо извитыми, с дополнительным петлеобразованием), могут определяться псевдополипы, при длительном течении НЯК исчезает складчатость [3,11]. Отсутствие макроскопических изменений СО прямой кишки при эндоскопическом исследовании практически исключает диагноз «язвенный колит», кроме тех случаев, где недавно проводилось местное лечение препаратами месалазина.

Протяженность НЯК определяет тактику ведения больного, влияет на выбор терапии, путь введения препаратов (оральный, ректальный), схему проведения онкоскоринга у пациентов с данным заболеванием. Поэтому рекомендуется использование

3. Осинский С.П., Глузман Д.Ф., Клифф Й. с соавт. (2007) Молекулярная диагностика опухолей. (Киев). «DIA» 248 с.
4. Поддубный Б.К., Кувшинов Ю.П., Малихова О.А. с соавт. (2004). Трудности дифференциальной диагностики и оценка эффективности лечения MALT-лимфом желудка. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 23; 10: 140
5. Поддубный Б.К., Кувшинов Ю.П., Малихова О.А., с соавт. (2004) Особенности макроскопических проявлений и трудности дифференциальной диагностики MALT-лимфом желудка. Тезисы VI Российско-Японского симпозиума по эндоскопии пищеварительного тракта. (Москва). с. 15
6. Поддубный Б.К., Кувшинов Ю.П., Малихова О.А., с соавт. (2004) Эндоскопическая семиотика и диагностика MALT-лимфом желудка. Материалы III съезда онкологов СНГ. (Минск). 2: 298
7. An S.K., Han J.K., Kim Y.H. et al. (2007) Gastric mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma: spectrum of findings at double-contrast gastrointestinal examination with pathologic correlation. RadioGraphics. 27: 1491-1504
8. Choi D., Lim H.K., Lee S.J. et al. (2002) Gastric mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma: helical CT finding and pathologic correlation. Am. J. Roentgenol. 178: 1117-1122
9. Crump M., Gospodarowicz M., Shepherd F.A. (1999) Lymphoma of the gastrointestinal tract. Semin. Oncol. 26: 324-337
10. Ghai S., Pattison J., Ghai S. et al. (2007) Primary gastrointestinal lymphoma: spectrum of imaging findings with pathologic correlation. RadioGraphics. 27: 1371-1388
11. Hoffbrand A.V., Pettit J.E. (2000) Clinical hematology, III edition, Mosby, An Affiliate of Elsevier Science. 243-252
12. Jaffe E.S., Harris N.L., Stein H., Isaacson P.G. (2008) Classification of lymphoid neoplasms: the microscope as a tool for disease discovery. Blood. 112: 4384-4399
13. Zucca E. (2008) Extranodal lymphoma: a reappraisal. Ann. Oncol. 19; 4: 77-80

классификации НЯК по протяженности поражения ТК. Согласно Монреальской эндоскопической классификации НЯК (2005) выделяют:

- язвенный проктит (ограниченное поражение прямой кишки);
- левосторонний НЯК (поражение до селезеночного изгиба);
- протяженный НЯК (поражение выше селезеночного изгиба, включая панколит) [16].

При панколите может наблюдаться вовлечение аппендикса (до 75%), поражение илеоцекального клапана, что приводит к ригидности и дилатации его отверстия. У 20% больных с панколитом наблюдается вовлечение терминального отдела подвздошной кишки — так называемый ретроградный терминальный илеит (*backwash ileitis*), при котором макроскопически определяются диффузный отек, гиперемия, зернистость СО тонкой кишки, иногда — формирование небольших язв в терминальном отделе подвздошной кишки. Изменения редко распространяются более чем на 12-15 см по тонкой кишке.

При эндоскопическом исследовании больных, перенесших оперативное вмешательство на ТК, в ряде случаев встречается воспаление резервуара тонкой кишки, сформированного в процессе проктоколэктомии, т.н. пауцит (*pouchitis*). Диагноз паучита должен быть подтвержден с помощью эндоскопического и гистологического исследований. Наиболее характерные эндоскопические признаки острого паучита это эритема, отек, рыхлость, петехии, зернистость, контактная кровоточивость, фибринозный налет, эрозии и небольшие изъязвления, сходные с таковыми при НЯК. При длительном течении язвенного колита и значительной протяженности поражения ТК (субтотальное, тотальное) необходимо проявлять онкостороженность, т.к. при длительности анамнеза более 8 лет значительно повышается риск развития колоректального рака и должны проводиться регулярные эндоскопические исследования [2,3,10,13].

Новообразования при язвенном колите ранжируются по значимости от воспалительных псевдополипов до карциномы. При наличии типичных псевдополипов небольших размеров нет необходимости в проведении биопсии; она является необходимой, когда полип превышает 1 см в диаметре, покрыт спонтанно кровоточащей СО, имеет неровную поверхность, неправильную форму, отличается по цвету от других полипов. Основная цель скрининговой колоноскопии — выявление дисплазии. Дисплазия железистого эпителия является наиболее важным и общеизвестным морфологическим фактором риска и маркером рака толстой кишки. Выявить дисплазию в условиях хронического воспаления при активном НЯК и при наличии воспалительных полипов (псевдополипов) крайне сложно. В связи с трудностями диагностики дисплазии при НЯК требуется большое количество биопсийного материала. Различают: дисплазию в плоской слизистой (*dysplasia in flat mucosa*) и приподнятые новообразования с дисплазией (*raised lesion with dysplasia*). Приподнятые новообразования на фоне НЯК относят к т.н. «*dysplasia associated lesion or mass*» (*DALM*). Эти новообразования могут быть удалены эндоскопически. Для достоверной диагностики дисплазии специалисты рекомендуют взятие множественных биоптатов (по 3-4 биоптата) через каждые 10 см по всей длине толстой кишки. Для улучшения выявления очагов дисплазии показано проведение хромоэндоскопии с метиленовым синим или индигокармином [13,14,17].

Макроскопически карциномы при НЯК чаще всего возвышаются над уровнем СО (полиповидные карциномы), но могут быть представлены бляшкой с утолщением соответствующего участка СО, экзофитно растущей опухолью (в виде цветной капусты), сужением просвета кишки, которое может быть сходно с доброкачественными стриктурами. Почти у четверти пациентов с НЯК, осложненном карциномой, диагностируются множественные (мультифокальные) опухоли.

Болезнь Крона (БК) — хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся трансмуральным, гранулематозным воспалением с сегментарным поражением различных отделов желудочно-кишечного тракта, с возможным системными и внекишечными осложнениями. БК характеризуется волнообразным течением с чередованием периодов обострений и бессимптомных или малосимптомных ремиссий [2,4,9].

В клинике выделяют кишечные и внекишечные проявления. Кишечные проявления болезни во многом зависят от локализации патологического процесса и проявляются болями, диспептическим синдромом и нарушением всасывания. Было установлено, что клиническое течение БК имеет ряд особенностей и закономерностей, зависящих от глубины поражения кишечной стенки, локализации очага поражения и активности воспалительного процесса в кишечнике. В последние годы установлено, что имеет значение возраст пациента на момент появления первых симптомов болезни. Так, в Монреальской классификации БК (2005 г.) выделяют группы пациентов, которые заболели в возрасте до 17 лет, с 17 до 40 и после 40 лет [16].

При БК, в отличие от НЯК, может поражаться любой отдел желудочно-кишечного тракта: от ротовой полости до прямой кишки [20]. В зависимости от локализации выделяются следующие формы БК: