

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ТИПА АДЕНОКАРЦИНОМЫ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЭНДОСКОПОВ С БОЛЬШОЙ РАЗРЕШАЮЩЕЙ СПОСОБНОСТЬЮ В РЕЖИМАХ БОЛЬШОГО УВЕЛИЧЕНИЯ И УЗКОПОЛОСНОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ

Бухарин Т.В., Яковенко В.А., Курик Е.Г.

Универсальная клиника «Обериг», Киев, Украина
Научно-практический центр профилактической и клинической медицины
Государственного управления делами, Киев, Украина

The Ability to Predict the Histological Type of Adenocarcinoma Using High Resolution Endoscopes with High Magnification and Narrow-Band Imaging

T.V. Bukharin, V.A. Yakovenko, E.G. Kuryk

Universal Clinic «Oberig», Kiev, Ukraine
State Scientific Institution «Scientific and Practical Centre of Preventive and Clinical Medicine»,
the State Administration, Kiev, Ukraine

Received: February 29, 2016

Accepted: May 23, 2016

Адреса для кореспонденції:

Відділення ендоскопії та малоінвазивної хірургії
Медичний центр «Універсальна клініка «Оберіг»
03057, вул. Зоологічна, 3-в, Київ
тел.: (+38)-050-287-75-99
e-mail: timofeybukharin1977@gmail.com

Summary

Aim of the study was to estimate possibility of Narrow band imaging magnifying classification, for pre-hystological diagnosis of advance adenocarcinoma of stomach.

Key words: gastric cancer, abnormal microvascular changes, pre-histological diagnosis of gastric cancer.

Введение

Рак желудка (РЖ) — злокачественная опухоль, происходящая из эпителия слизистой оболочки желудка, является одним из наиболее распространенных онкологических заболеваний, которое может развиваться в любом отделе желудка и распространяться на другие органы. Ежегодно в мире РЖ заболевают

более 1 млн. человек. Максимально высокая заболеваемость РЖ отмечена у мужчин в Японии (114,7 на 100 тыс. населения), а минимальная — у белых женщин в США (3,1 на 100 тыс.) Значительные различия заболеваемости в разных странах и регионах мира, свидетельствуют о влиянии генетических, климатогеографических, бытовых, пищевых и других факторов на его возникновение. В Украине заболеваемость РЖ в 2013 г, составила 24,1 на 100 тыс. По данным национального канцер-реестра 2014 г. на I-II стадиях выявлено 36,7%, на III — 23,7%, на IV — 33,8%. Не прожили и одного года с момента постановки диагноза 59,8% [1]. Учитывая актуальность проблемы, диагностика предраковых изменений слизистой оболочки желудка [2], РЖ вообще, а раннего РЖ в особенности [3, 6, 7] имеет важное практическое значение.

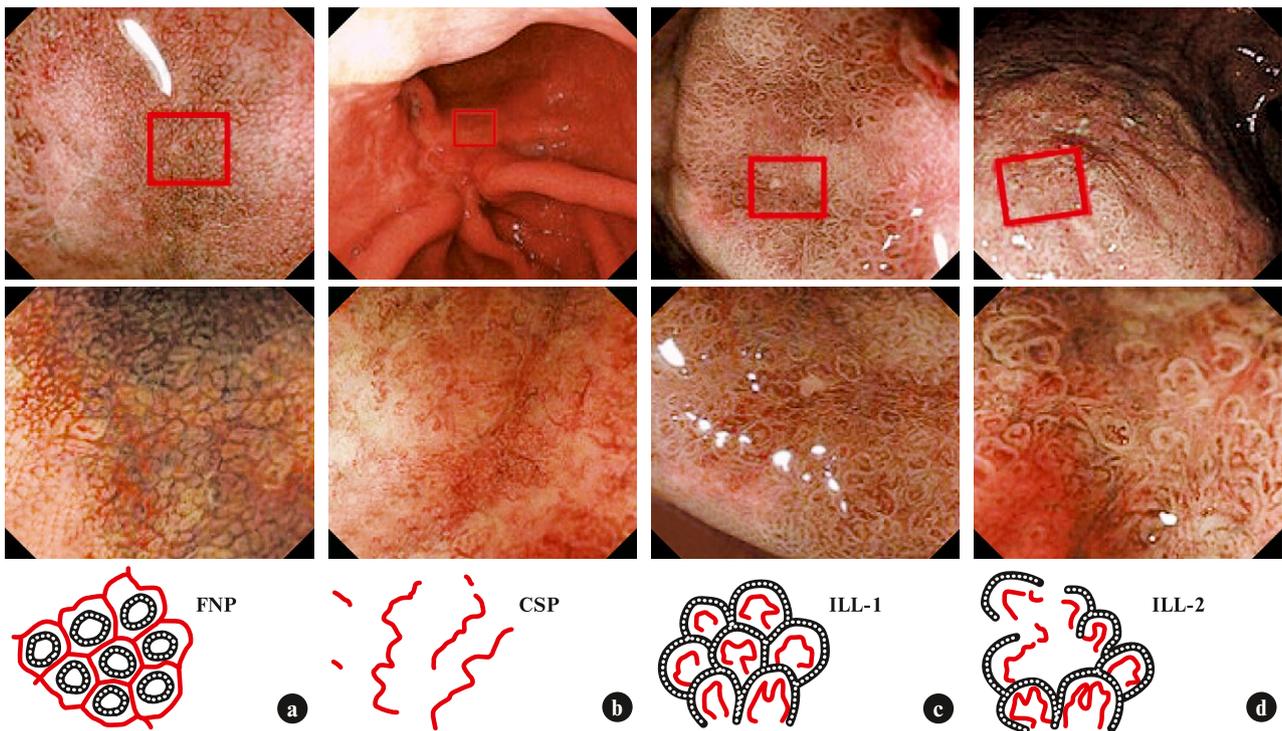


Рис. 1

Классификация аномальных микрососудистых изменений слизистой оболочки желудка при РЖ в узком спектре света при эндомикроскопии (*Narrow band imaging magnifying classification*) [7].

- А. Мелкосетчатый капиллярный рисунок (*FNP*).
- В. Штопороподобный капиллярный рисунок (*CSP*).
- С. Внутридольковый капиллярный рисунок-1 (*ILL-1*).
- Д. Внутридольковый капиллярный рисунок-2 (*ILL-2*).

Материалы и методы

В последнее время, во всем мире, широко используются эндоскопы с большой разрешающей способностью, с функцией большого увеличения и узкополосной визуализацией (NBI), что открывает новые возможности в диагностике РЖ. Благодаря данной инновации, стало возможным, не только диагностировать РЖ на ранних стадиях, но и проводить предварительную (догистологическую) оценку опухоли [7]. Маркерами обнаружения аденокарциномы, при использовании выше указанных технологий, являются аномальные микрососудистые изменения слизистой оболочки желудка, которые появляются при онкологическом процессе [3, 6, 7]. Выделяют 4 типа таких изменений (рис. 1): мелкосетчатый капиллярный рисунок (*fine network pattern* — *FNP*), штопороподобный капиллярный рисунок (*corkscrew pattern* — *CSP*), внутридольковый капиллярный рисунок-1 (*intra-lobular loop pattern-1* — *ILL-1*) и внутридольковый капиллярный рисунок-2 (*intra-lobular loop pattern-2* — *ILL-2*). Мелкосетчатый капиллярный рисунок и внутридольковый капиллярный рисунок-1, соответствуют дифференцированному типу аденокарциномы, а

штопороподобный капиллярный рисунок и внутридольковый капиллярный рисунок-2, характерны для недифференцированной аденокарциномы [7].

Клинический пример 1

Пациенту П., 89 лет, выполнена эзофагогастроуденоскопия, проксимальная еюноскопия, эндомикроскопия ($\times 115$), *NBI*-хромоскопия, инверсия в дне желудка, прецизионная биопсия (*OLGA*) [4]. Аппарат *Olympus Q-160Z*. Процессор *Olympus evis exera II*.

Желудок обычных размеров, свободно расправляется воздухом. Содержимое желудка: умеренное количество прозрачного секрета, слизь. Тело желудка, циркулярно занимает «+» ткань, размер поражения 7,0 см. Четких границ карцинома не имеет. Поверхность бугристая. При эндомикроскопии ($\times 115$) определяются участки с безструктурным (аморфным) рисунком, участки разрушающегося дольчатого рисунка с обрывками сосудов *ILL-2* (рис. 2а), штопороподобные сосуды *CSP* (рис. 2б), биопсия. При инструментальной пальпации «+» ткань хрящевидной плотности, контактно кровоточит.

Эндоскопическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома желудка (5 тип Парижская классификация) [5].

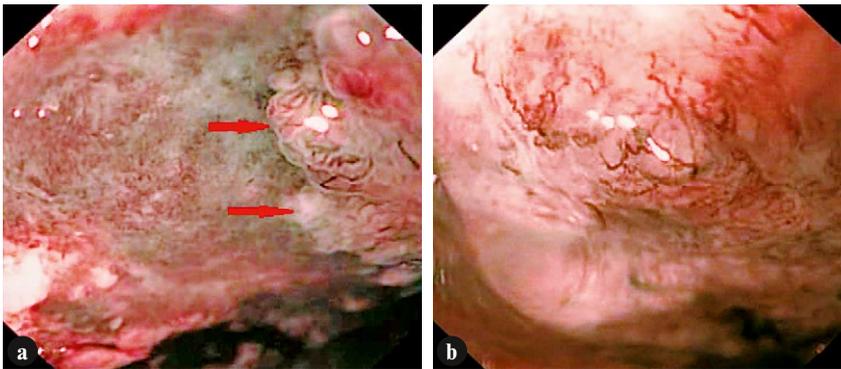


Рис. 2

Эндофотография $\times 115$, *NBI*-хромоскопия.
 А. Внутريدольковый капиллярный рисунок-2 (*ILL-2*) — красные стрелки.
 В. Штопороподобный капиллярный рисунок (*CSP*).

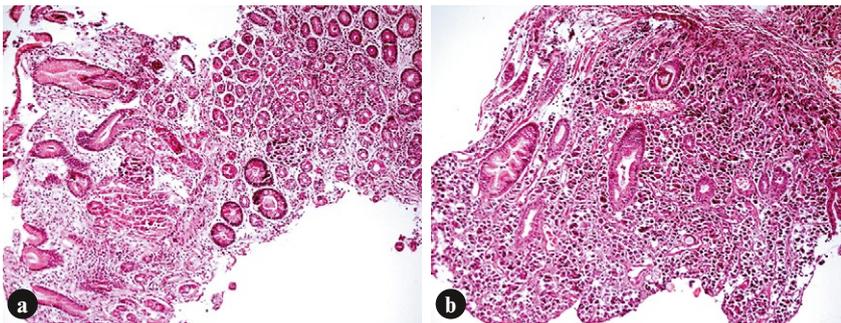


Рис. 3

(А, В). Низкодифференцированная аденокарцинома. Микрофотография $\times 100$. Окраска гематоксилин-эозин.

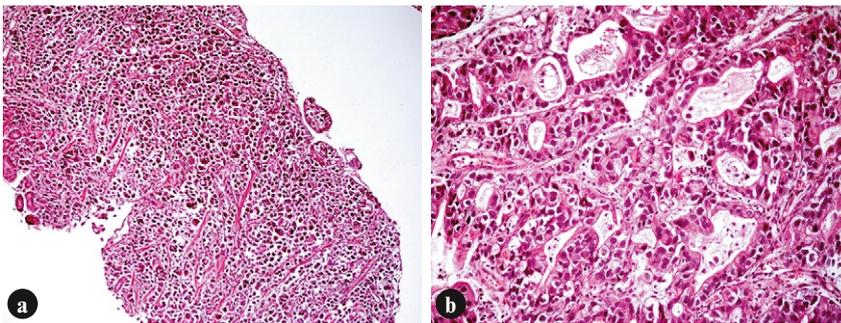


Рис. 4

Низкодифференцированная аденокарцинома. Окраска гематоксилин-эозин.
 А. Микрофотография $\times 100$.
 В. Микрофотография $\times 200$.

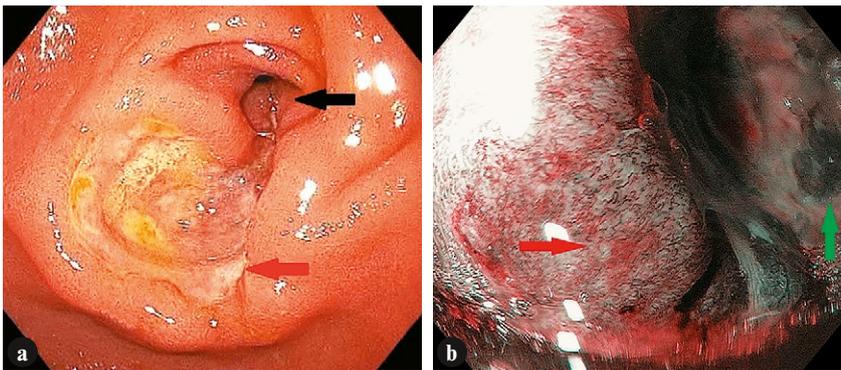


Рис. 5

Язва антрального отдела желудка.
 А. Эндофотография (в белом свете). Язва антрального отдела желудка — красная стрелка, привратник — черная стрелка.
 В. Эндофотография. Высокое увеличение, *NBI*-хромоскопия. Штопороподобный капиллярный рисунок (*CSP*) по краю язвы — красная стрелка. Дно язвы — зеленая стрелка.

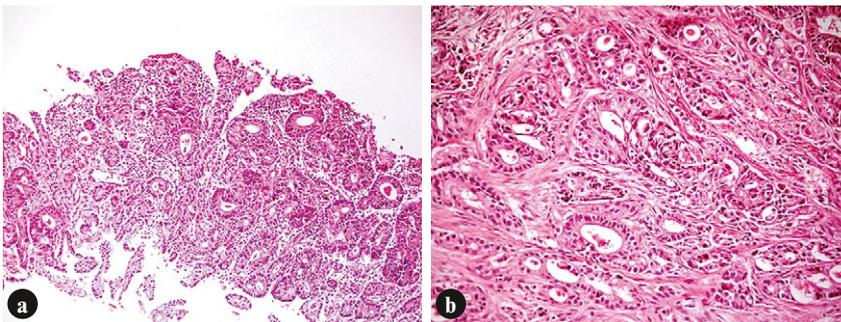


Рис. 6

Низкодифференцированная аденокарцинома. Окраска гематоксилин-эозин.
 А. Микрофотография $\times 100$.
 В. Микрофотография $\times 200$.

Патогистологическое заключение: из тела желудка, малая кривизна — низкодифференцированная аденокарцинома, во всех представленных биоптатах (рис. 3). Из тела желудка, большая кривизна — низкодифференцированная аденокарцинома, во всех представленных биоптатах (рис. 4).

Клинический пример 2

Пациент. Д., 40 лет. Клиническая проблема — рвота на протяжении месяца. Выполнена эзофагогастродуоденоскопия, проксимальная еюноскопия, эндомикроскопия, *NBI*-хромоскопия, инверсия в дне желудка, прецизионная биопсия (*OLGA*) [4]. Процессор *Olympus evis exera III*, аппарат *GIF-HQ190*. В антральном отделе, по большой кривизне, ближе к привратнику, язва, размером 4,0×3,5 см (рис. 5а), с четкими приподнятыми краями, под белым фибрином с налетом желчи. При смывании фибрина, умеренная кровоточивость на дне и по краям язвы. По краям язвы ямочный рисунок разрушен, преобладает штопороподобный капиллярный рисунок (*CSP*) (рис. 5б), биопсия.

Эндоскопическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома желудка (2 тип Парижская классификация) [5].

Патогистологическое заключение: в биоптатах из антрального отдела желудка по большой кривизне низкодифференцированная аденокарцинома (рис. 6).

Выводы

1. Характеристика аномальных микрососудистых изменений слизистой оболочки желудка (*Narrow band imaging magnifying classification*) [7] может применяться для догистологической диагностики поздних форм РЖ.
2. Маркерами для прицельной биопсии, должны служить микрососудистые изменения с мелкосет-

чатым капиллярным рисунком (*FNP*), штопороподобным капиллярным рисунком (*CSP*), внутридольковым капиллярным рисунком-1 (*ILL-1*) и внутридольковым капиллярный рисунок-2 (*ILL-2*).

3. Эндоскопическая верификация обладает высокой точностью, практически сопоставимой с морфологическим исследованием.
4. Применение эндоскопов с большой разрешающей способностью, с функцией большого увеличения и узкополосной визуализацией, является перспективным направлением в диагностике предраковых изменений слизистой оболочки желудка, РЖ и требует дальнейшего развития.

Литература

1. Рак в Україні 2013-2014 (2015) Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюлетень Національного канцер-реєстру України. 16: 24-25
2. Яковенко В.О., Захараш М.П., Курик О.Г. (2013) Ендоскопічна і морфологічна діагностика, малоінвазивне лікування передракових змін слизової оболонки шлунка. (Вінниця). 46 с.
3. Okada K., Fujisaki J., Kasuga A. et al. (2011) Diagnosis of undifferentiated type early gastric cancers by magnification endoscopy with narrow-band imaging. *Gastroenterol Hepatol*. 8: 56-59
4. Rugge M., Correa P., di Mario F. et al. (2008) *OLGA* staging for gastritis: a tutorial. *Dig. Liver Dis*. 40; 8: 650-658
5. The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon (2003) *Gastrointest. Endosc*. 53: 33-43
6. Tatematsu H., Tatematsu H., Miyahara R. et al. (2013) Correlation between magnifying narrow-band imaging endoscopy results and organoid differentiation indicated by cancer cell differentiation and its distribution in depressed- type early gastric carcinoma. *Asian Pac J Cancer Prev*. 14 (5): 2765-2769
7. Yokoyama A., Inoue H., Minami H., Wada Y. et al. (2010) Novel narrow-band imaging magnifying endoscopic classification for early gastric cancer. *Dig Liver Dis*. 42 (10): 704-708