



КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

УДК 616.33-006.6-072.1

МОЖЛИВОСТІ ВІДЕОЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПІЇ З ВИСОКОЮ РОЗДІЛЬНОЮ ЗДАТНІСТЮ В РЕЖИМАХ ВИСОКОГО ЗБІЛЬШЕННЯ І ВУЗЬКОСМУГОВОЇ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ В ДОГІСТОЛОГІЧНІЙ ДІАГНОСТИЦІ РАКУ ШЛУНКА

Т. В. Бухарін, В. О. Яковенко, О. Г. Курик

Універсальна клініка "Оберіг", м. Київ,

Науково—практичний центр профілактичної та клінічної медицини Державного управління справами, м. Київ

POSSIBILITIES OF VIDEOESOPHAGOGASTRODUODENOSCOPY WITH HIGH RELEASING CAPACITY IN REGIMES OF HIGH ENHANCEMENT AND A NARROW—STRIP VISUALIZATION IN PREHISTOLOGICAL DIAGNOSIS OF GASTRIC CANCER

T. V. Bukharin, V. O. Yakovenko, O. G. Kuryk

Рак шлунка (РШ), за даними Національного канцер—реєстру України, у 2013 р. в Україні виявлений 10 291 хворого [1]. У структурі онкологічних захворювань у чоловіків він посідає четверте місце, у жінок — сьоме місце; у структурі онкологічної летальності друге місце — у чоловіків, третє — у жінок. Слід відзначити, що лише у 10% спостережень захворювання виявлене під час профілактичного огляду. РШ I — II стадії діагностовані у 36%, III стадії — у 27%, IV стадії — у 33% хворих [1].

Все це свідчить про незадовільну роботу первинної ланки амбулаторно—поліклінічної допомоги, недостаток оснащення ендоскопічних кабінетів, недостатньо високий професійний рівень лікарів—ендоскопістів.

Останнім часом у медичній літературі з'явилися повідомлення про використання відеоендоскопів з високою роздільною здатністю в режимах високого збільшення ($\times 115$) і вузькосмугової візуалізації (NBI — Narrow—Band Imaging) у діагностиці РШ [2 — 5] та можливості догістологічної верифікації діагнозу [6]. Наводимо власне клінічне спостереження.

Хвора М., 48 років, звернулась до клініки зі скаргами на біль у шлунку, слабкість, значне схуднення, запаморочення, блювання "кавовою гущею", випорожнення чорного забарвлення. Захворювання виникло гостро 3 тиж тому, коли з'явився біль у шлунку. З приводу цього звернулась у клініку за місцем проживання, проведена езофагогастродуоденофіброскопія (ЕГДФС), діагностована "еритематозна гастропатія". Призначений пантопрозол по 40 мг двічі на добу. На тлі застосування пантопрозолу стан хворої погіршився, через 1 тиж лікування вона госпіталізована до міської лікарні з ознаками шлункової

кровотечі. У невідкладному порядку проведена ЕГДФС, висновок: "ерозивна гастропатія, ускладнена кровотечею Forrest Ib". Проведене консервативне лікування, кровотеча припинена, стан хворої стабілізований, вміст гемоглобіну 93 г/л, випорожнення звичайного забарвлення, призначена антисекреторна терапія.

У відділенні ендоскопії та малоінвазивної хірургії Медичного центру "Універсальна клініка "Оберіг" проведено комплексна відеоендоскопія, проксимальна еюноскопія, ендомікроскопія ($\times 115$), NBI—хромоскопія. Інверсія в шлунку, прецизійна біопсія (OLGA — Operative Link for Gastritis Assessment) [7] з використанням відеогастрооскопа Olympus Q—160Z, процесора Olympus EVIS EXERA II.

Стравохід вільно прохідний. Стравохідний отвір діафрагми 42 см; вершини складок шлунка 41 см; палісадні судини є. Стравохідно—шлунковий перехід 41 см. Z—лінія 41 см. Ознак циліндричної метоплазії (CLE) немає. Слизова оболонка стравоходу блідо—рожева. Кардіальна складка нещільно охоплює ендоскоп.

Шлунок звичайних розмірів та форми, вільно розправляється повітрям. У порожнині помірна кількість прозорого секрету та слизу. Слизова оболонка гіперемована, поздовжні ямки. Стравохідно—шлунковий кут не деформований, складки звичайних розмірів. Перистальтика активна. Воротар округлий. Рефлюксу жовчі немає.

В антральній частині шлунка слизова оболонка гіперемована, ямки поздовжні. По малій кривині (середня третина тіла шлунка) до кардії з переходом на задню стінку виявлений виразковий дефект розмірами 7,0 \times 4,0

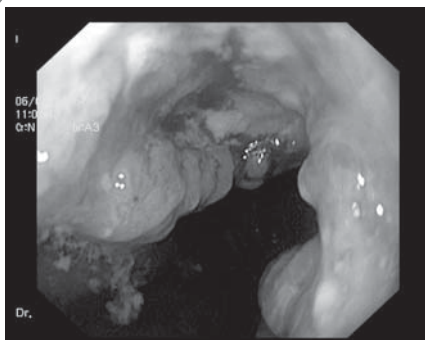


Рис. 1.
Ендофото.
Карцинома тіла, кардіальної частини шлунка, мала кривина, у білому світлі.

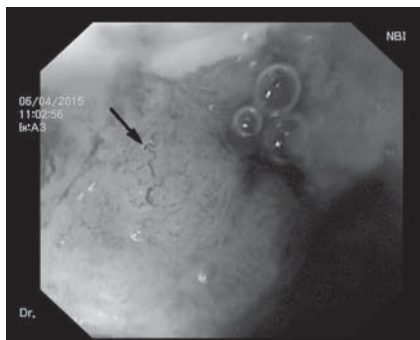


Рис. 2.
Ендофото.
Карцинома тіла шлунка.
NBI-хромоскопія, штопороподібні судини (стрілка). 3б. $\times 115$.

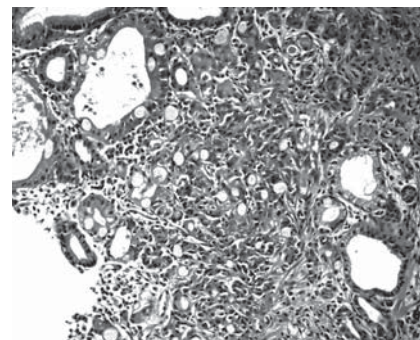


Рис. 3.
Мікрофото.
Низькодиференційована аденокарцинома з елементами перснеподібноклітинного раку, G3. Забарвлення гематоксиліном та еозином. 3б. $\times 200$.

см, під шаром фібрину, краї чіткі, горбисті (рис. 1). Фібрин частково відмитий з застосуванням розчину симетикону, чітко диференціюються ділянки з нерегулярним судинним рисунком, штопороподібні судини (рис. 2). Здійснена політопна прецизійна біопсія.

Дванадцятипала кишка (ДПК) оглянута повністю. Ампула ДПК не деформована, можливо вільно роздути повітрям, прохідна для ендоскопа. Слизова оболонка рожева, ворсинки збережені. Слизова оболонка заампулярного відділу без ознак запалення. Великий сосочок ДПК не змінений. Експрес-тест на *Helicobacter pylori* (Хелпіл) позитивний. Висновок ендоскопічного дослідження: карцинома тіла, кардіальної частини шлунка (2 тип за Паризькою класифікацією новоутворень [8]); догістологічний висновок: перстнеподібноклітинний рак (?), атрофія (?), метаплазія (?) слизової оболонки шлунка.

Висновок гістологічного дослідження. У шматочку слизової оболонки антральної частини шлунка по малій кривині — хронічний атрофічний гастрит з повною вогнищевою (тонкокишковою) метаплазією залоз (атрофія 40%); з стравохідно-шлункового кута — хронічний поверхневий гастрит; з антральної частини по великій кривині — хронічний поверхневий гастрит; з тіла шлунка по малій кривині — низькодиференційована аденокарцинома з елементами перснеподібноклітинного раку, G3 (рис. 3); з тіла шлунка по великій кривині — хронічний поверхневий гастрит.

З метою додаткового обстеження та з'ясування справжніх розмірів патологічного процесу проведена мультиспіральна комп'ютерна томографія черевної порожнини та порожнини таза з контрастним підсиленням. Стінка шлунка по малій кривині нерівномірно потовщена, слабо накопичує контрастну речовину в ар-

теріальну фазу. Відзначено тяжистість навколишньої жирової клітковини. Множинні перигастральні лімфатичні вузли вздовж малої кривини шлунка діаметром до 11 мм по короткій осі. Множинні заочеревні лімфатичні вузли діаметром до 20 мм по короткій осі.

При РШ у слизовій оболонці руйнується специфічний ямковий рисунок, утворюються нові капіляри характерної штопороподібної форми, що використовують як маркери під час прецизійної біопсії.

Для підвищення якості діагностики онкологічних процесів слизової оболонки шлунка слід дотримувати таких принципів:

- використання відеоендоскопів експертного класу;
- перед взяттям біопсії ділянку слизової оболонки слід відмити від фібрину, детриту, залишків слизу з використанням симетикону;
- наявність нерегулярного судинного рисунку або штопороподібних судин є маркером для взяття біопсії.

ВИСНОВКИ

1. Використання ендоскопів з високою роздільною здатністю в режимах високого збільшення і вузькосмугової візуалізації дозволяє прицільно робити біопсію з найбільш інформативних ділянок, що значно підвищує її результативність.

2. Наявність штопороподібних судин з високою ймовірністю характерна для низькодиференційованого перснеподібноклітинного РШ.

3. Можливість догістологічної діагностики онкологічного процесу з використанням високого збільшення ($\times 115$) і вузькосмугової візуалізації (NBI) є перспективним методом, що потребує подальшого вивчення та впровадження у клінічну практику.

ЛІТЕРАТУРА

1. Рак в Україні, 2013—2014: захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / Бюл. Нац. канцер—реєстру України. — 2015. — № 16. — С. 26 — 27.
2. Современные методы диагностики и лечения предраковых изменений и раннего рака желудка / О. А. Бунцева, Р. В. Плахова, З. З. Галкова, Е. Д. Федоров // Гастроэнтерология. — 2014. — Спец. вып. № 1. — С. 56 — 64.
3. Захараш М. П. NBI і ендоскопія з високим збільшенням: сучасні можливості ендоскопічної діагностики / М. П. Захараш, В. О. Яковенко, О. Г. Курик // Укр. журн. малоінвазив. та ендоск. хірургії. — 2009. — Т. 13, № 4. — С. 12 — 15.
4. Степанов Ю. М. Ендоскопія з високою роздільною здатністю та NBI в діагностиці уражень слизової оболонки верхніх відділів травного тракту / Ю. М. Степанов, О. О. Крилова // Гастроентерологія. — 2014. — № 2 (25). — С. 19 — 31.
5. Яковенко В. О. Ендоскопічна і морфологічна діагностика, малоінвазивне лікування передракових змін слизової оболонки шлунка: монографія / В. О. Яковенко, М. П. Захараш, О. Г. Курик. — Вінниця: ФОП Каштелянов О. І., 2013. — 136 с.
6. Usefulness of magnifying endoscopy with narrow—band imaging for determining tumor invasion depth in early gastric cancer / D. Kikuchi, T. Iizuka, S. Hoteya [et al.] // Gastroenterol. Res. Pract. — 2013. — Article ID 217695, 5 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2013/217695>
7. OLGA staging for gastritis: a tutorial / M. Rugge, P. Correa, F. di Mario [et al.] // Dig. Liver Dis. — 2008. — Vol. 40, N 8. — P. 650 — 658.
8. The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon // Gastrointest. Endosc. — 2002. — Vol. 58, N 6, suppl. 1. — P. 3 — 43.

