

12. Кисельников А. А. Психофизиологические и нейропсихологические механизмы заикания: Автореф. дис. канд. / Кисельников А. А. – М.: МГУ, 2006. – 29 с.
13. Князева М.Г. Соотношение спектральных характеристик ЭЭГ и регионарного мозгового кровотока детей 9-14 лет / Князева М.Г., Вильдавский В.Ю. // Физиология человека. – 1986. - Т.12. - №3. - С.387-394.
14. Лохов М. И. Заикание: неврология или логопедия? / Лохов М. И., Фесенко Ю. А., Щугарева Л. М. – СПб: «ЭЛБИ-СПб», 2005. – 600с.:ил.
15. Мачинская Р.И. Динамика электрической активности мозга у детей 5-8-летнего возраста в норме и при трудностях обучения / Мачинская Р.И., Лукашевич И.П., Фишман М.Н. // Физиология человека. – 1997. - Т.23. - №5. - С.5-11.
16. Селиверстов В.И. Заикание у детей / Селиверстов В.И. – М.: ВЛАДОС, 2000. – 208с.
17. Фарбер Д.А. Структурно-функциональная организация развивающегося мозга / Фарбер Д.А., Дубровинская Н.В. – М.: Наука, 1990. – 2000 с.
18. Фолков Б. Кровообращение: Пер с англ. / Фолков Б., Нил Э.– М.: Медицина, 1976. – С.346-357.
19. Цибенко В.О. Физиология сердечно-сосудистой системы / Цибенко В.О.– К.: Фітосоціоцентр, 2002. – 248 с.
20. Шкловский В. М. Патогенетические механизмы заикания. / Шкловский В. М., Лукашевич И.П., Воробьева Е.В., Мачинская Р.И., Никитина Ю.В., Полякова Е. Б. // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. - 2000. - Т.100. - № 4. - С. 50-53.
21. Шкловский В.М. Заикание / Шкловский В.М. – М.: Медицина, 1994. – 246с.

Реферати

МЕЖСИСТЕМНЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ И ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ НЕВРОЗОПОДОБНОМ ЗАИКАНИИ

Васильева Н.О., Шмалей С. В.

Установлены существенные отличия электрической активности и кровообращения в левом полушарии мальчиков с неврозоподобным заиканием. Мальчики дошкольного возраста с неврозоподобным заиканием имели значительно больше позитивных и негативных значимых и высоких корреляционных связей между показателями фоновой ЭЭГ и РЭГ из всех возможных корреляционных связей, что свидетельствует о напряжении регуляторных систем организма.

Ключевые слова: неврозоподобное заикание, церебральный кровоток, электрическая активность головного мозга, мальчики дошкольного возраста.

Стаття надійшла 24.01.2012 р.

INTERSYSTEM INTERCOMMUNICATIONS OF INDEXES OF ELECTRIC ACTIVITY AND CEREBRIL HEMODYNAMIC OF CEREBRUM WITH NEUROSIS STAMMER

Vasil'eva N.O., Shmaley S.V.

The substantial differences of electric activity and circulation of blood in the left hemisphere of boys are set with a neurosis stammer. The boys of preschool age with a neurosis stammer had considerably anymore positive and negative meaningful and high cross-correlation connections between indexes base-line EEG and REG from all possible cross-correlation connections, that testifies to tension of the regulator systems of organism.

Key words: neurosis stammer, cerebral blood stream, electric activity of cerebrum, boys of preschool age.

УДК 616.329-072.1:616.33-006.6

С.В. Верингородський, Л.В. Дегтярьова*, Б.Ю. Шербаков
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця, *Інститут екологічної патології людини, *Інститут сорбції та проблем екології НАН України, м. Київ

ХРОМОЕНДОСКОПІЯ В ДІАГНОСТИЦІ ПЕРЕДРАКОВИХ СТАНІВ ТА ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА

Проведений порівняльний ендоскопічний та патоморфологічний аналіз макроскопічних та мікроскопічних змін слизової оболонки шлунка у 336 хворих з передраковими станами. Показано перевагу хромоендоскопічного методу над загальноприйнятою ендоскопією в діагностиці передракових змін. Запропоновано застосування хромоендоскопії в якості скринінгового методу у хворих з передраковими станами шлунка.

Ключові слова: хромоендоскопія, передракові зміни, слизова оболонка шлунку.

Робота є фрагментом науково-дослідної роботи «Морфогенез та патоморфоз захворювань шлунково-кишкового тракту, сечостатевої, нейроендокринної та імунної системи», № державної реєстрації 0111U010551.

Діагностика метапластичних та диспластичних змін слизової оболонки шлунка (СОШ), особливо раннього раку шлунка (РШ), залишається однією з актуальних завдань сучасної патоморфології, ендоскопії та онкології. В теперішній час ендоскопічні методи діагностики захворювань стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки є найбільш інформативними [1, 2, 4, 7]. Разом з тим при загальному ендоскопічному дослідженні передракові зміни (атрофія, метаплазія, дисплазія), ранні форми рака можуть не мати специфічних особливостей. Використання вузькоспектральної (NBI), магніфікаційної (HME), конфокальної ендоскопії та

ендосонографії не завжди є доступним в широкій клінічній практиці з причини досить коштовного обладнання та складної інтерпретації отриманих результатів. У зв'язку з цим хромоендоскопічний метод залишається найбільш поширеним у практичній роботі лікарів-ендоскопістів. Слід також зазначити, що макроскопічне дослідження СОШ, здійснюване під час ендоскопії, є важливим компонентом діагностичного процесу, а його інформативність збільшується при застосуванні прижиттєвого забарвлення СОШ.

Метою роботи була оцінка діагностичної ефективності хромоендоскопічного методу з використанням метиленового синього у виявленні передракових змін СОШ в порівнянні із загальноприйнятою ендоскопією.

Матеріал і методи дослідження. Хромоендоскопічне дослідження було виконано на протязі 6 років у 336 пацієнтів (124 стаціонарних та 212 амбулаторних), які були направлені в ендоскопічні відділення та кабінети для уточнення клінічного діагнозу. Чоловіків серед них було 192 (57%), жінок - 144 (43%). Середній вік пацієнтів, що були обстежені в динаміці, склав $52,96 \pm 1,13$, середня тривалість захворювання на момент встановлення діагнозу метаплазії - $2,6 \pm 0,63$ років. Розподіл обстежених пацієнтів представлений в таблиці 1.

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів залежно від віку та нозології

Нозологія	до 25 n=14	26-44 n=69	45-59 n=109	60> n=144	Всього	
	абс. к-ть	абс. к-ть	абс. к-ть	абс. к-ть	абс. к-ть	%
Нормальна СОШ	3	7	6	5	21	6
ХНГ	6	19	18	5	48	14
ХАГ без КМ	1	8	7	14	30	9
ХАГ з КМ	-	7	30	31	68	20
Кукса ОШВХ	-	2	3	1	6	2
Хронічна виразка	1	10	11	12	34	10
Ерозії шлунка	2	9	5	5	21	6
Поліпи	1	3	9	5	18	6
Аденоми	-	2	13	21	36	11
Рак шлунка	-	2	7	45	54	16
Всього	14	69	109	144	336	100

Примітка. ХНГ – хронічний неатрофічний гастрит, ХАГ хронічний атрофічний гастрит, КМ – кишкова метаплазія, кукса ОШВХ – кукса оперованого шлунка з приводу виразкової хвороби.

Передракові стани включали хронічний хелікобактерний гастрит, хронічний атрофічний гастрит (ХАГ), поліпи, аденоми, хронічні виразки та куксу оперованого шлунка з приводу виразкової хвороби (ВХ). Поряд з цим вивчалася прилегла до неопластично зміненої зони слизова оболонка у хворих на РШ, яка також характеризувалася наявністю ХАГ. Крім загально-клінічного обстеження проводилося гастроскопічне дослідження з прицільною щипцевою біопсією різними типами ендоскопів фірми “OLYMPUS”. З метою більш ретельного дослідження можливостей хромогастроскопії в порівнянні із звичайним ендоскопічним дослідженням усім 336 хворим хромоендоскопія була зроблена після загальноприйнятого ендоскопічного дослідження. Для цього після огляду СОШ звільняли від надлишків слизу шляхом розпилювання за допомогою катетеру 15-18 мл муколітичної рідини (10% ацетилцистеїну або 0,5% розчин бікарбонату натрію), подальшої двохвилинної її експозиції та змивання розрідженого слизу стерильною водою. На підготовлену таким чином СОШ розпилювали 15-20 мл 0,5% метиленового синього. Через 2 хвилини змивали надлишкову фарбу стерильною водою, оцінювали стан СОШ і брали біоптати із зафарбованих ділянок. Крім того, в усіх обстежених хворих біоптати СОШ отримували з малої та великої кривизни тіла та антральної частини (по 2 шматочка з кожного відділу) та з кута шлунка (по 1 шматочку). Матеріал фіксували у 10% нейтральному розчині формаліну з наступною парафіновою проводкою та серійними зрізами 5 мкм завтовшки. Препарати фарбували гематоксиліном та еозиним, альдегід фуксином у поєднанні з альціановим синім, залізодіаміновим (НІД)-методом за Спайсером а також застосовували ШИК-реакцію в комбінації з альціановим синім для верифікації різних типів метаплазії СОШ.

Результати досліджень та їх обговорення. Як помітно з даних таблиці 2, при звичайному ендоскопічному дослідженні шлунка можливі хибнопозитивні результати, в нашому дослідженні до 24,5%, що пояснюється відсутністю чітких візуальних ознак, наявністю дегенеративно-запальних змін слизової оболонки шлунка, неточним вибором місця прицільної біопсії. При застосуванні гастроскопії правильний діагноз був виставлений у 75,5% випадків, проте при хромогастроскопії — у 98% випадків (хибнонегативні результати склали 2%). Не зважаючи на те, що у випадках хронічного неатрофічного гастриту як асоційованого так і неасоційованого з інфекцією *H.pylori*, ділянки метаплазованого епітелію не визначалися при загальноприйнятому ендоскопічному дослідженні, метод хромогастроскопії був корисним для діагностики завдяки властивості метиленового синього не лише забарвлювати загальнобіологічні об'єкти, але й сприяти контрастуванню структур, що покращує візуалізацію рельєфу СОШ

Проведені нами дослідження із застосуванням розчину метиленового синього дозволили у 38 (79%) обстежених виявити ознаки поверхневого запалення СОШ, проти 28 (58%) хворих при звичайній гастроскопії. В інших же випадках СОШ трактувалася як незмінена. Покращення візуалізації рельєфу СОШ за допомогою контрастування метиленовим синім дозволила діагностувати осередки фовеолярної гіперплазії у 11 хворих, на відміну від 4 при загальноприйнятій гастроскопії.

Таблиця 2

Патогістологічне підтвердження результатів хромогастроскопії з розчином метиленового синього у порівнянні з загальноприйнятою гастроскопією

Нозологія	Кількість обстежених хворих	Патогістологічне підтвердження результатів	
		загальноприйнятої гастроскопії	хромогастроскопії
Макроскопічно незмінена СОШ	21	14	21
ХНГ	48	27	41
ХАГ без КМ	30	27	30
ХАГ з КМ	68	39	68
Кукса ОШ з приводу ВХ	6	6	6
ХВШ	34	22	34
Ерозії шлунка	21	17	21
Поліпи	18	18	18
Аденоми	36	33	36
РШ	54	51	54
Всього	336	254	329
Ефективність дослідження, %	–	75,5	97,9

При обстеженні 12 хворих з оперованим шлунком з приводу виразкової хвороби (ВХ), у 6 при хромогастроскопії зафарбовування слизової оболонки не відбулося, що дозволило зробити висновок про відсутність запальних і метапластичних змін, проте, в інших 6 пацієнтів була виявлена КМ. Ерозії шлунка спостерігалися при хромокопічному дослідженні шлунка у 21 пацієнтів, при звичайній гастроскопії – у 17. У 2 хворих різкий кольоровий контраст на фоні оточуючої незабарвленої слизової оболонки дозволив візуалізувати дрібні точкові ерозії, які були вкриті фібрином, що свідчить про властивість метиленового синього фарбувати фібрин. Гістологічне дослідження із забарвлених та незабарвлених ділянок підтвердило наявність хронічного запалення та ділянок некрозу слизової оболонки у біоптатах.

У 54 обстежених виявлені поліпоподібні структури, 18 з яких при патогістологічному дослідженні виявилися гіперпластичними поліпами з КМ. При їх зрощенні відмічене забарвлення верхівок у синій колір різної інтенсивності (при загальноприйнятій ендоскопії вищенаведені макроскопічні зміни вірхівок поліпів не визначалися). Більше того, серед діагностованих поліпів виявлені 3 з осередками дисплазії епітелію та 2 – з малігнізацією. Останні розташовувалися по великій кривизні антрального відділу. У 36 пацієнтів були виявлені тубулярні аденоми. Пацієнти описаної групи були на обліку в ендоскопічному кабінеті впродовж 2–6 років. Регулярно, 1 раз на рік вони підлягали ендоскопічному дослідженню з прицільною біопсією поліпів.

Властивість малігнізованих поліпів вибірково поглинати метиленовий синій особливо важлива при наявності у шлунку цих множинних утворень, оскільки досить важко провести прицільну біопсію або ексцизію усіх поліпів шлунка, а існуючі візуальні критерії їх малігнізації недостатньо достовірні [3, 6, 8]. Отже, використання хромогастроскопії з метиленовим синім є достовірним методом диференціальної діагностики доброякісних та малігнізованих поліпів СОШ, що сприяє своєчасному вибору тактики лікування означених пацієнтів.

Хронічні виразки шлунка з КМ в обстежених хворих були розташовані на малій кривизні у 19 (з 34 пацієнтів), в пілоричному та препілоричному відділах – в 11, на передній стінці тіла – у 4. В усіх випадках було виявлене темно-синє забарвлення різної інтенсивності частини дна або одного з країв виразкового дефекту (на відміну від ХВШ без КМ, де такого забарвлення ми не спостерігали). При патогістологічному дослідженні отриманого матеріалу наявність КМ підтверджена в усіх 34 хворих. При цьому в одному випадку, на додаток, діагностована важка дисплазія та у двох – малігнізація.

Під час гастроскопії виразки шлунка мали типову ендоскопічну картину: форма була частіше заокруглена або овальна. Край, що звернений до кардії, виступав над дном виразки, був немов підритий, а край, що звернений до воротаря, був пологим, дно вкрито фібрином. Слизова оболонка навколо виразки гіперемована та з набряком. При нанесенні 0,5% розчину метиленового синього на виразковий дефект хромогастроскопічну картину характеризували дві концентричні зони: центр виразки забарвлювався у синьо-голубий колір (некротизовані тканини); край виразкового дефекту залишались рожевими (не забарвлювалися), оскільки дозріваюча грануляційна тканина і відновлений епітелій не абсорбували барвник. При наявності КМ в оточуючій виразку СО за рожевою смужкою частково епітелізованої грануляційної тканини спостерігали зони синього забарвлення метаплазованого епітелію (рис. 1).

Тож, завдяки хромогастроскопії, при ХВШ з КМ можна було виділити 3 характерні зони ураження СОШ: 1) синьо-голубого кольору – некротична тканина дна виразки; 2) рожевого кольору – грануляційна тканина, відновлений епітелій; 3) темно-синього кольору – метапластично змінений епітелій країв виразки та оточуючої СОШ. В процесі загоєння виразки відповідно прогресуванню КМ спостерігали посилення синього відтінку. У випадках рубцювання виразки та регенерації шлункового епітелію – навпаки, рожевого. Таке селективне забарвлення СОШ залежить від властивостей абсорбтивних клітин до всмоктування барвника та кількості кислих глікозаміногліканів у секреті, що продукується келихоподібними екзокриноцитами. Результати нашого дослідження свідчать про достовірну перевагу випадків з Н.руlogi-асоційованим ХАГ (21) та неповної кишкової метаплазії (НКМ) СОШ у хворих з виразками, що тривало не загоювалися та рецидивували, порівняно з пацієнтами, у яких було

діагностовано ХАГ з повною кишковою метаплазією (ПКМ) та відсутністю інфекції *H.pylori* і, відповідно, легшим перебігом захворювання. До факторів, які гальмували загоєння виразки ми віднесли також вік старше 45 років та тривалий виразковий анамнез (більше 6 років).

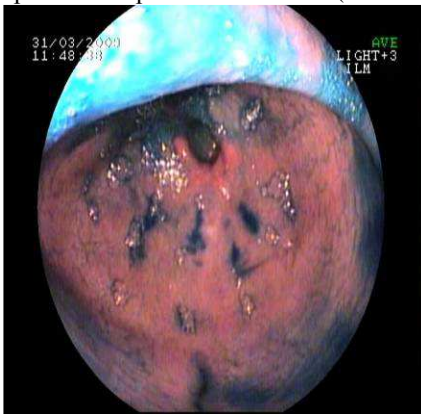


Рис. 1. Хронічна виразка антрального відділу шлунка з кишковою метаплазією: дно виразки – синьо-голубе, зона грануляційної тканини – рожева, осередки кишкової метаплазії в оточуючій СОШ – темно-сині. Хромогастроскопія з метиленовим синім.

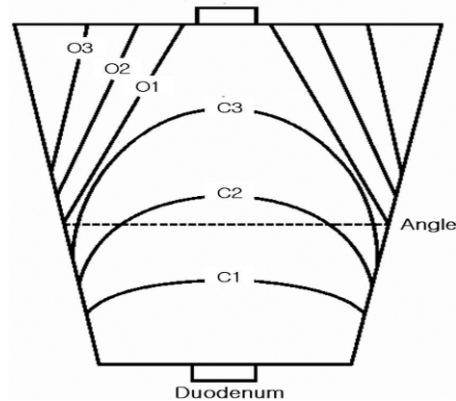


Рис. 2. Схема оцінки атрофії СОШ за розповсюдженням за Kimura-Takemoto [5]: знизу – пілоричний відділ, вгорі – кардіальний. Типи атрофії ранжовані за локалізацією і межами: C-1 – атрофія лише у пілоричному відділі; C-2 – межа атрофії проходить по малій кривизні нижньої третини тіла шлунка; C-3 – по малій кривизні середньої третини тіла; O-1 – межа атрофії між малою кривизною та передньою стінкою; O-2 – атрофія в межах передньої стінки; O-3 – атрофія з передньої стінки на велику кривизну шлунка, тотальне ураження СОШ.

Таким чином, виявлення зон ПКМ при хромогастроскопії з метиленовим синім свідчить про відносно сприятливий прогноз ХВШ. Водночас, наявність НКМ та хелікобактерної інфекції вказують на важкий перебіг захворювання. В період рубцювання виразкового дефекту (навіть у рубці) можуть з'явитися злоякісні клітини, що потребує постійного хромогастроскопічного і гістологічного контролю та динамічного спостереження за хворими.

За нашими даними хромогастроскопія з метиленовим синім є не тільки ефективним методом діагностики передракових змін і злоякісних уражень СОШ. Вона має широкі перспективи у спостереженні за динамікою загоєння дефектів СО та оцінці особливостей цього процесу – епітелізації виразки або утворення рубця. Останнє – важлива прогностична ознака щодо рецидивів ВХ.

З 54 (16%) хворих на РШ з КМ в оточуючій ділянці виразково-інфільтративний тип становив 34 випадки, поліпоподібний – 9, ранній плоский – 7, блюдцеподібний – 4. У всіх пацієнтів зони ураження забарвлювалися метиленовим синім. При цьому більшість ранніх форм РШ мали дефекти СО, які абсорбували метиленовий синій. При гістологічному дослідженні прицільних гастробіоптатів та операційних макропрепаратів у всіх випадках діагностовано різні форми раку. Серед 54 хворих на рак шлунка було виявлено 21 випадок з ПКМ та 33 з НКМ. Досить ефективною виявилася хромогастроскопія в диференційній діагностиці виразок та раку з виразкуванням. В якості ілюстрації наводимо наступний приклад.

Приклад з практики. Хворий К., 75 р., звернувся в ендоскопічний кабінет міської клінічної лікарні швидкої допомоги для щорічного обстеження. Впродовж останніх 9 років хворів на хронічний атрофічний пангастрит з КМ. Скарги на момент огляду відсутні.

При загальноприйнятій ФЕГДС на малій кривизні ближче до передньої стінки шлунка виявлена щільна виразка до 2,5 см в діаметрі з нечіткими контурами та нерівними краями. Дно виразки горбисте, вкрите брудно-сірим фібрином. Навколо виразки – невеликий запальний вал. Після зрошення виразкового дефекту 0,5% розчином метиленового синього відмічене інтенсивне синє забарвлення невеликої ділянки його дна та одного з країв. У СОШ, що оточує виразку, забарвлені в синій колір чисельні округлі, різного розміру ділянки. Вони розміщені дифузно від антрального до кардіального відділів шлунка і місцями зливаються між собою. У забарвлених ділянках виконана прицільна біопсія. Гістологічний висновок: помірно диференційована аденокарцинома з виразкоутворенням, хронічний атрофічний активний (2 ст.) пангастрит з НКМ. Хворий направлений в обласний онкологічний диспансер для подальшого лікування. Отже, лише використання хромогастроскопії з метиленовим синім дозволило встановити правильний діагноз (виразково-інфільтративна форма раку) у наведеному випадку та своєчасно провести хірургічне лікування.

Таким чином, хромогастроскопічне дослідження набуває особливу цінність в диференційній діагностиці непухлинних уражень і доброякісних епітеліальних пухлин СОШ та її важкої дисплазії з малігнізацією. Перші (ерозії, гострі та хронічні виразки, поліпи) не забарвлюються метиленовим синім при відсутності КМ або важкого ступеня дисплазії за виключенням випадків з відкладеннями фібрину. При наявності ж ознак ракової трансформації відбувається інтенсивне зафарбовування таких ділянок у темно-синій колір, внаслідок чого вони досить різко контрастують на тлі оточуючої незабарвленої СОШ. Імовірно, інтенсивне забарвлення виникає внаслідок глибшого (за рахунок ослаблення міжклітинних зв'язків малігнізованої тканини і можливого некрозу) проникнення барвника порівняно з незміненою СОШ. Слід відмітити, що найефективнішим використання хромогастроскопії було у хворих на ХАГ. При ХАГ без КМ епітеліоцити слизової оболонки не забарвлювалися метиленовим синім, а барвник накопичувався у широких борознах СОШ, підкреслюючи її мікрорельєф, який

нагадував «розтріскану» землю. Згідно схемі Kimura-Takemoto, 1996 (рис. 2) всі хворі з наявною атрофією були розподілені наступним чином (табл. 3).

Таблиця 3

Розподіл хворих на ХАГ згідно схеми Kimura-Takemoto

Тип атрофії	C-1	C-2	C-3	O-1	O-2	O-3	Всього
Абсолютна кількість хворих	20	18	21	7	9	23	98
%	20,4	18,4	21,4	7,1	9,2	23,5	100

Як видно з таблиці здебільшого реєструвались: C-1 – C-3 та O-3 типи атрофії, що свідчить про переважну локалізацію та розповсюдження атрофії по малій кривизні. Це підтверджується і при оцінці атрофії за Сіднейською системою (табл. 4). Висока частота O-3 типу атрофії свідчить про значний відсоток хворих з тотальним ураженням СОШ та прогресування ХАГ.

Таблиця 4

Розподіл хворих на ХАГ залежно від його локалізації

Локалізація атрофії СОШ	Переважно антральний відділ	Переважно фундальний відділ	Пангастрит	Всього
Абсолютна кількість хворих	51	9	38	98
%	52	9	39	100

Виходячи з анамнестичних даних, можна констатувати пряму залежність між тривалістю захворювання і проксимальною межею розповсюдження атрофії. Залежності від ступеня колонізації СОШ *H. pylori* нами не було знайдено, але після ерадикації інфекції межі атрофії не розширювалися, на відміну від хворих без ерадикаційної терапії. В останніх (20%) атрофія розповсюдилася на фундальний відділ та збільшилася на 30% за площею – у 12% пацієнтів.

У 68 випадках хворих на хронічний атрофічний гастрит спостерігали кишкову метаплазію у вигляді вогнищевого, вогнищево-зливного або дифузного забарвлення СОШ. При цьому площа розповсюдження була різною. Так, у 38 хворих в метапластичний процес був втягнутий переважно антральний відділ. При цьому процес починався, як правило з препілоричної ділянки по малій кривизні між кутом шлунка та воротарем з поступовим втягненням оточуючої СОШ, але межа метаплазії не досягала тіла. При гістологічному дослідженні виявляли у 17 повну КМ та у 21 неповну КМ. У 18 хворих кишкова метаплазія визначалася в препілоричному відділі по малій кривизні та розповсюджувалася до середньої та верхньої третини тіла. У 12 пацієнтів кишкова метаплазія набувала дифузного характеру, фокуси метаплазії зливалися між собою при цьому в метапластичний процес була втягнута практично уся СОШ (рис. 3). При гістологічному дослідженні визначалися як фокуси повної так і неповної КМ СОШ.

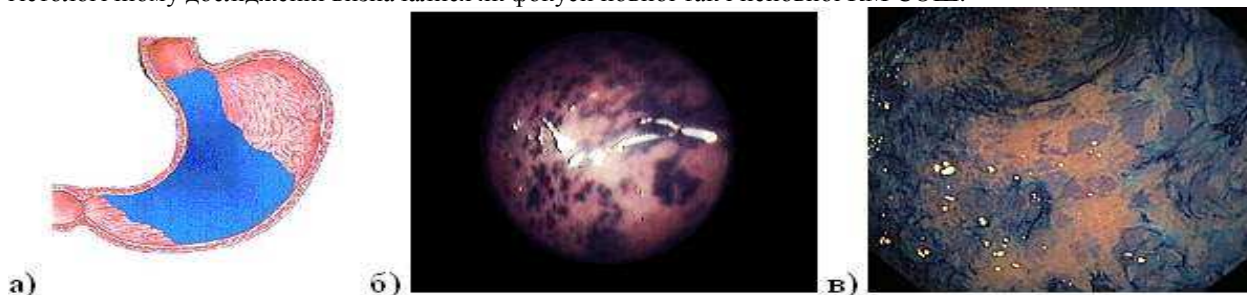


Рис. 3. Хронічний атрофічний пангастрит з КМ – тотальне ураження СОШ, площа якого більше 50%: а – схема; б, в – хромогастроскопія з метиленовим синім.

У 2 пацієнтів поряд з тотальним ураженням СОШ, була втягнута в метапластичний процес і слизова оболонка стравоходу. Під час проведення хромогастроскопії КМ діагностувалася у 98% випадків, але за макроскопічним ознаками провести диференційну діагностику між повним та неповним типом КМ було досить важко. В зв'язку з цим морфологічний метод залишається основним для підтвердження типу КМ. При використанні вузькоспектральної ендоскопії (NBI) для ПКМ була характерна ворсинчаста (вільозна структура), в той час як при неповній КМ переважала сітчаста структура СОШ. Відповідно макроскопічним змінам СОШ під час використання хромогастроскопії ми виділили 3 основних типи КМ: фокальний, фокально-зливний та дифузний або мультифокальний, коли КМ визначається в біоптатах, отриманих не менше ніж з двох різних анатомічних ділянок шлунка. Залежно від локалізації та поширеності КМ виділяли типи: 1) антральний (переважно навколо пілоричного отвору); 2) субтотальний (з розповсюдженням переважно по малій кривизні до верхньої третини тіла); 3) тотальний (з розповсюдженням по малій та великій кривизнам і послідовним втягненням в процес фундального та кардіального відділу СОШ). Відповідно площі ураження СОШ розрізняли ступені КМ: легкий – ураження < 20% площі СОШ; помірний – 20–50%; важкий – > 50%.

Під час хромогастроскопічного дослідження з розчином метиленового синього та подальшої гістологічної верифікації патології СОШ ознаки ПКМ виявлені у 28 (41%) хворих (із 68 у групі ХАГ з КМ), НКМ – у 40 (59%), дисплазія I та III ступенів – у 17 обстежених пацієнтів (5 з ПКМ та 12 з НКМ), малігнізація – у 4 (5%). Зауважимо, що

при звичайному ендоскопічному дослідженні ці зміни нам не вдалося визначити. У хворих з виявленою дисплазією та РШ переважала субтотальна КМ СОШ помірного і важкого ступенів (площа метапластичних змін більше 20%). Усе вищезазначене свідчить про високу діагностичну ефективність хромоендоскопічного методу з використанням розчину метиленового синього при дегенеративно-деструктивних змінах СОШ, динаміки загоснення виразкових дефектів, проведенні диференційної діагностики доброякісних та злоякісних уражень СОШ, виявленні передракових змін та станів шлунка, у тому числі їх ранніх форм, оцінці справжніх меж розповсюдження метаплазії, малігнізації, ефективності лікування і прогнозу подальшого перебігу.

Висновки

1. Зіставлення результатів ендоскопічної діагностики при загальноприйнятій гастроскопії та хромогастроскопії з метиленовим синім довело достовірно ($p < 0,05$) більшу ефективність хромогастроскопії. Інформативність методу дуже висока, про що свідчить збіг результатів хромоендоскопії з даними патогістологічного дослідження біоптатів у 98% випадків, проти 75,5% при загальноприйнятій ендоскопії.
2. Використання магніфікаційної (НМЕ) та вузькоспектральної (NBI) ендоскопії у порівнянні з хромогастроскопією дає можливість визначити макроскопічні диференційно-діагностичні критерії КМ: для ПКМ характерна ворсинчаста структура поверхні СОШ, для НКМ – переважно сітчаста.
3. Ступінь поширеності КМ має вирішальне значення для прогнозу диспластичних та неопластичних змін СОШ. При її обсязі, який перевищує 20% поверхні СОШ, створюються умови для розвитку дисплазії та аденокарциноми шлунка.

Перспективи подальших досліджень. Використання хромоендоскопічного методу дозволяє точніше визначити та сформулювати групи хворих з передраковими змінами та станами для подальшого спостереження і лікування. Проведені дослідження дозволяють рекомендувати даний метод в якості скринінгу та діагностики в експрес-оцінці передракових станів та змін слизової оболонки шлунка у гастроентерологічній практиці.

Література

1. Поддубный Б.К. Значимость хромокопии, эндосонографии и увеличительной эндоскопии в решении диагностических проблем предопухоловой патологии и раннего рака желудочно-кишечного тракта / Поддубный Б.К., Кувшинов Ю.П., Малихова О.А. [и соавт.] // Эндоскопия в онкологии. - 2005. - Т.7., № 3. - С. 104-111.
2. A case-control study comparing methylene blue directed biopsies and random biopsies for detecting pre-cancerous lesions in the follow-up of gastric cancer patients / V. Ojetti, R. Persiani, E.C. Nista [et al.] // European Review for Medical and Pharmacological Sciences. - 2007. - Vol. 11. - P. 291-296.
3. Histologic characteristics of gastric polyps in Korea: Emphasis on discrepancy between endoscopic forceps biopsy and endoscopic mucosal resection specimen / Won Jae Yoon, Dong Ho Lee, Yong Jin Jung [et al.] // World J Gastroenterol. - 2006. Vol. 12(25). - P. 4029-4032.
4. Jing Zhang et al. Application of magnifying narrow-band imaging endoscopy for diagnosis of early gastric cancer and precancerous lesion / Jing Zhang, Shi-bin Guo, Zhi-jun Duan // BMC Gastroenterology. - 2011. Vol. 11. - P.135.
5. Kimura K. Gastritis in the Japanese stomach / K. Kimura, K. Satoh, K. Ido [et al.] // Scand. J. Gastroenterol Suppl. 1996 - Vol. 214. - P.17-20.
6. Management of gastric polyps: a pathology-based guide for gastroenterologists / Susanne W. Carmack, Robert M. Genta [et al.] // Nature Reviews Gastroenterology and Hepatology. - 2009. - № 6. - P. 331-341.
7. Magnification chromoendoscopy for the diagnosis of gastric intestinal metaplasia and dysplasia / Mário Dinis-Ribeiro, Altamiro da Costa-Pereira, Carlos Lopes [et al.] // Gastrointest. Endosc. 2003. - Volume 57, Issue 4 - P. 498-504.
8. Solitary gastric Peutz-Jeghers type stomach polyp mimicking a malignant gastric tumor / Jong-Shiaw Jin, Ji-Kuen Yu, Tang-Yi Tsao // World J. Gastroenterol. - 2012. - Vol.18(15) - P. 1845-1848.

Реферати

ХРОМОЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕДРАКОВЫХ СОСТОЯНИЙ И ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА

Вернигородский С.В., Дегтярева Л.В., Щербakov Б.Ю.

Проведен сравнительный эндоскопический и патоморфологический анализ макроскопических и микроскопических изменений слизистой оболочки желудка у 336 больных с предраковыми состояниями. Показано преимущество хромоэндоскопического метода по сравнению с общепринятой эндоскопией в диагностике предраковых изменений. Предложено использование хромоэндоскопии в качестве скринингового метода у больных с предраковыми состояниями.

Ключевые слова: хромоэндоскопия, предраковые изменения, слизистая оболочка желудка.

Стаття надійшла 27.04.2012 р.

CHROMOENDOSCOPY IN DIAGNOSTICS OF PRECANCEROUS GASTRIC MUCOSA'S CONDITIONS AND LESIONS

Vernygorodskiy S.V., Degtiariova L., Shcherbakov B.Yu.

The comparative endoscopic and pathomorphological analysis of macroscopic and microscopic changes of the gastric mucosa of 336 patients with precancerous conditions was performed. The advantage of chromoendoscopy over common endoscopy in diagnostics of precancerous lesions was revealed. The use of chromoendoscopy as screening test in patients with precancerous lesions was proposed.

Key words: chromoendoscopy, precancerous lesions, gastric mucosa.