

ЭНДОСОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Маевская Т. В.

*ГУ «Республиканский клинический медицинский центр» Управления делами
Президента Республики Беларусь, г. Минск, Беларусь*

Введение: Неэпителиальные образования (НО) согласно данным литературы составляют около 5% от всех новообразований верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и включают в себя гетерогенные образования мышечного, невrogenного, сосудистого, мезенхимального и смешанного генеза. К НО мышечного происхождения относятся гастроинтестинальная стромальная опухоль (ГИСО) и лейомиома; невrogenного происхождения – шваннома, нейрофиброма; мезенхимального происхождения – фиброма, липома; сосудистого – ангиома. Также группа НО ЖКТ включает в себя аберрантную поджелудочную железу, кисты, нейроэндокринные опухоли.

Чаще всего НО пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) выявляются при проведении стандартной эзофагогастроуденоскопии (ЭГДС), при которой, как правило, устанавливается факт наличия образования, подозрение на него или на экстраорганную компрессию. Наиболее часто (в 60% случаев) НО верхних отделов ЖКТ встречаются в желудке, в 30 % случаев – в пищеводе, в 10 % случаев – в ДПК. Также НО могут быть диагностированы при проведении рентгенологических исследований, компьютерной томографии, капсульной эндоскопии. Однако одним из самых информативных и точных методов их диагностики является эндосонография, которая позволяет оценить структуру, размер, границы образования, слой стенки ЖКТ, из которого оно исходит, позволяет провести дифференциальную диагностику с экстраорганной компрессией.

В ГУ «Республиканский клинический медицинский центр» Управления делами Президента Республики Беларусь (ГУ «РКМЦ») эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) внедрена с 2018 года.

Цель нашей публикации – показать опыт диагностики НО пищевода, желудка и ДПК с применением методики эндосонографии в отделении эндоскопии ГУ «РКМЦ».

Материалы и методы: в нашем исследовании представлен опыт эндосонографических исследований у 216 пациентов с НО пищевода, желудка и ДПК либо с подозрением на их наличие за период с января 2018 года по июнь 2023 года включительно. За данный период пациентам было проведено 144 ЭУС желудка, 48 ЭУС пищевода и 24 ЭУС ДПК.

Перед проведением ЭУС всем пациентам в отделении эндоскопии ГУ «РКМЦ» предварительно проводилась ЭГДС. Для проведения ЭГДС использовалась эндоскопическая система Pentax 7010i серии с

эзофагогастродуоденоскопом Pentax EG-27i10. При проведении ЭГДС были выявлены НО различной формы и размеров, а также подозрение на их наличие или на экстраорганныю компрессию. С целью уточнения диагноза и дифференциальной диагностики данным пациентам была проведена ЭУС.

Для проведения эндосонографии использовалась эндоскопическая система Pentax 7010i серии с ультразвуковым процессором Nobulus и эхоэндоскопами с радиальным или конвексным датчиками. Используемая частота сканирования составила 7,5-10 Мгц. Эндосонографические исследования проводились в условиях внутривенной анестезии.

При проведении эндосонографии нами оценивалась принадлежность образования к определенному слою стенки ЖКТ; размер, контур и его четкость; эхоструктура и экзогенность образования; наличие и степень кровотока; наличие регионарных лимфатических узлов.

Результаты и обсуждение: По результатам проведенных 144 ЭУС желудка в 57 случаях (39,6 %) эндосонографически была выявлена лейомиома (в 15 случаях она исходила из второго слоя стенки желудка (собственная мышечная пластинка слизистой оболочки) и в 42 случаях - из четвертого слоя стенки (собственный мышечный слой)). В 27 случаях (18,8%) была выявлена липома, исходящая из третьего слоя стенки (подслизистого); в 26 случаях (18,1%) данных за наличие НО стенки желудка выявлено не было, и эндоскопическая картина была обусловлена прилежанием смежных органов и сосудов (экстраорганныя компрессия); в 15 случаях (10,4%) была выявлена аберрантная поджелудочная железа, расположенная в третьем слое; в 8 случаях (5,6 %) были выявлены эндосонографические признаки ГИСО, в 7 случаях исходящей из 4 слоя стенки и в 1 случае исходящей из второго слоя; в 6 наблюдениях (4,1%) эндосонографически были получены данные за наличие эпителиального образования; в 3 наблюдениях (2%) была выявлена киста стенки желудка, расположенная в третьем слое; в 1 случае (0,7%) был выявлен фибро-вазкулярный полип, исходящий из третьего слоя; в 1 случае (0,7%) определялись множественные нейроэндокринные опухоли, исходящие из третьего слоя.

8 пациентам с эндосонографическими признаками ГИСО было проведено оперативное лечение. ГИСО, исходящее из второго слоя стенки желудка (1 наблюдение), было удалено эндоскопически методом диссекции в подслизистом слое. ГИСО, исходящие из четвертого слоя стенки желудка (7 наблюдений), были удалены хирургически (лапароскопическая резекция желудка). При гистологическом исследовании операционного материала у всех пациентов была подтверждена ГИСО.

Пациенту с множественными нейроэндокринными опухолями желудка после предварительной гистологической верификации была произведена лапароскопическая гастрэктомия.

По результатам проведенных 48 ЭУС пищевода в 30 случаях (62,5 %) эндосонографически была выявлена лейомиома (в 9 случаях она исходила из второго слоя стенки и в 21 случае - из четвертого слоя стенки); в 11

наблюдениях (22,9%) была выявлена киста стенки пищевода, расположенная в третьем слое; в 4 случаях (8,3%) данных за наличие НО стенки пищевода выявлено не было, и эндоскопическая картина была обусловлена прилежанием смежных сосудов; в 1 случае (2,1 %) эндосонографически определялась лейомиома пищевода больших размеров (до 4 см в диаметре), исходящая из 4 слоя стенки и подозрительная в отношении ГИСО; в 1 случае (2,1%) была выявлена липома, исходящая из третьего слоя стенки; в 1 случае (2,1%) были выявлены эндосонографические признаки опухоли Абрикосова, расположенной во втором слое стенки пищевода.

Пациенту с лейомиомой пищевода больших размеров, подозрительной в отношении ГИСО, было проведено оперативное лечение, образование было удалено торакоскопически. При гистологическом исследовании операционного материала была верифицирована лейомиома. Пациенту с опухолью Абрикосова после предварительной гистологической верификации было проведено ее эндоскопическое удаление.

По результатам проведенных 24 ЭУС ДПК в 7 случаях (29,2%) эндосонографически была выявлена липома, исходящая из третьего слоя стенки; в 5 случаях (20,8 %) была выявлена киста стенки, расположенная в третьем слое; в 5 случаях (20,8%) была выявлена аберрантная поджелудочная железа, расположенная в третьем слое; в 3 наблюдениях (12,5%) данных за наличие НО стенки ДПК выявлено не было, и эндоскопическая картина была обусловлена экстраорганный компрессией; в 2 случаях (8,3%) была выявлена лейомиома, исходящая из четвертого слоя стенки; в 2 наблюдениях (8,3%) эндосонографически были получены данные за наличие эпителиального образования.

Выводы: Согласно нашим результатам, наиболее часто НО верхних отделов ЖКТ встречались в желудке (66,7%), что соответствует литературным данным.

В наших наблюдениях в желудке наиболее часто определялась лейомиома (39,6%) и липома (18,8%); в пищеводе – лейомиома (62,5%) и в ДПК – липома (29,2%), киста (20,8%) и аберрантная поджелудочная железа (20,8%).

В настоящее время эндосонография является «золотым стандартом» в диагностике НО ЖКТ, играет первостепенную роль в дифференциальной диагностике их различных видов и экстраорганный компрессии и позволяет выявить подозрительные к малигнизации образования, что определяет дальнейшую тактику ведения пациента (наблюдение или оперативное лечение).