



# Результаты эндоскопической диагностики колоректальных эпителиальных новообразований небольших размеров

Молодой Е. Г.<sup>1,2</sup>, Призенцов А. А.<sup>2</sup>, Березняцкая М. В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3»,

<sup>2</sup> УО «Гомельский государственный медицинский университет»

<sup>3</sup> ГУЗ «Районный центр эндоскопии № 3 Фрунзенского района города Минска»

Гомель, Минск

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, рандомизированным научным исследованиям в области онкологии, злокачественные новообразования ободочной и прямой кишки на протяжении последних десятилетий занимают по частоте выявляемости ведущие позиции. Несмотря на развитие эндоскопической диагностики, современных медицинских технологий, колоректальный рак часто диагностируется на поздних стадиях. Поэтому своевременная диагностика и лечение предопухолевых процессов, к которым относятся и эпителиальные неоплазии ободочной и прямой кишки, является залогом успешной профилактики развития колоректального рака.

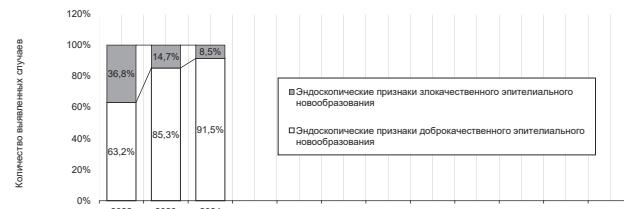
Широко применяемая в условиях нашего стационара стандартная эндоскопия в белом свете, при которой учитываются визуальные характеристики неопластических изменений в эпителиальных новообразованиях ободочной кишки (размер, форма, цвет, кровоточивость), во многих случаях, не позволяет достоверно определить сущность патологического процесса в образовании.

В связи с отсутствием возможности приобретения аппаратуры, основанной на «оптической биопсии», до сих пор сохраняется важная роль щипцовой биопсии в диагностике небольших эпителиальных новообразований толстой кишки, а это часто затрудняет интерпретацию патогистологической картины в мелких фрагментах, либо приводит к нерадикальному удалению новообразования небольших размеров, что затрудняет их поиск при последующей колоноскопии с целью проведения оперативной эндоскопии. На сегодняшний день с учетом развития и внедрения в практику новых технологий эндоскопический диагноз должен максимально совпадать с гистологическим, а в идеале заменить его и тем самым изменить лечебно-диагностическую тактику в отношении эпителиальных новообразований ободочной и прямой кишки.

Поэтому представляет интерес оценить выявляемость эпителиальных новообразований ободочной и прямой кишки в условиях использования традиционной эндоскопии в режиме белого света и результаты соответствия эндоскопической макроскопической картины, патогистологическому заключению.

Проанализированы эндоскопические описания макроскопической картины, патогистологические заключения 297 эпителиальных новообразований размером до 10 мм, выявленных во время илеоколоноскопии в эндоскопическом отделении ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3» за 3 года (период с 01.01.2022 г. по 31.12.2024 г.). Исследование проводили 3 видеоколоноскопами Olympus CF-LV1L – 2019, полностью совместимым с одноименной видеоэндоскопической системой.

Эндоскопическую верификацию структуры эпителиальных новообразований осуществляли на основании их макроскопической картины (использовали Парижскую классификацию и классификацию по Yamada). Результат эндоскопического заключения сверяли в последующем с данными патогистологического исследования.



**Рис. 1.**  
Динамика встречаемости эпителиальных неоплазий ободочной и прямой кишки за 2022–2024 гг.

Выявленные неоплазии по макроскопическим эндоскопическим признакам разделили на 2 группы: с вероятной картиной злокачественного роста – 43 случая (14,5%) – неровность, нечеткость контуров образования, подрытость краев, гнойно-некротический детрит на поверхности образования, регидность и контактная кровоточивость при инструментальной пальпации, и не инвазивного роста (условно доброкачественные) – 254 случая (85,5%) – четкость границ, контуров, гранулярная или виллезная поверхность, неизменная слизистая, с эрозированием или без него, при инструментальной пальпации мягкие, эластичные, без контактной кровоточивости.



В структуре выявленных за период исследования неоплазий (рис. 1) превалируют новообразования из железистой ткани (различные варианты аденом). Так, в 137 случаях (46,1%) различные варианты тубулярных аденом, а в 106 (35,7%) – различные формы зубчатых аденом. Гиперпластические полипы визуализированы и диагностированы по макроскопическим признакам в 54 случаях (18,2%).

По гистоархитектонике тубулярные аденомы с дисплазией различной степени выявлены в 107 (77,0%) случаях. Реже встречались тубуло-ворсинчатые аденомы – 25 случаев (18,0%), а также тубуло-папиллярные аденомы – 7 случаев (5,0%).

Распределение больных по полу и возрасту в обеих условных группах представлено в таблице 1.

Макроскопическая эндоскопическая картина эпителальных неоплазий у женщин наблюдалась в 42 (14,1%) случаях, а у мужчин в 255 (85,9%). Соотношение по полу в обеих группах существенно различалось (6:1). В обеих группах преобладали мужчины (88,2% и 72,1%, соответственно).

Возраст пациентов с выявленными новообразованиями варьировал от 32 до 98 лет. Как следует из представленных в таблице данных, средний возраст пациентов превышал 60 лет ( $63,7 \pm 15,1$  лет), при этом имело место статистически значимое различие по возрасту между двумя исследуемыми группами. Так средний возраст женщин составил  $65,1 \pm 6,4$  года, мужчин –  $60,6 \pm 4,9$  года.

При эндоскопической оценке образований наибольшие трудности отмечены при дифференциальной диагностике

гиперпластических полипов толстой кишки типов II и III<sub>s</sub> (аденом). При выполнении эндоскопии проводили обязательное фотодокументирование изучаемых полипов. Это позволяет выполнить повторный анализ структуры поверхности полипа при расхождении эндоскопического и гистологического заключения или провести консультацию с другими специалистами в сомнительных случаях. Визуальный эндоскопический диагноз был поставлен правильно в 238 (80,1%), неправильно – в 59 (19,9%) наблюдениях.

При оценке соответствия макроскопической эндоскопической картины злокачественных новообразований патогистологической верификации диагноза выявлены ошибки интерпретации выявляются ежегодно в 18–20% случаев. Поэтому встает необходимость приобретения систем с функцией увеличения и усиления контрастности слизистой оболочки с помощью технологии спектрального цветового выделения.

За период исследования среди выявленных злокачественных новообразований превалировали аденокарциномы с различной степенью дифференцировки, так аденокарциномы ободочной кишки подтверждены гистологически в 19 случаях (44,2%), прямой кишки – в 15 случаях (34,9%). Редкими находками были нейроэндокринные опухоли прямой кишки – 2 случая, и плоскоклеточный рак прямой кишки с ороговением – 2 случая.

Высокий процент несоответствия и ошибок эндоскопической верификации малых эпителиальных новообразований в условиях имеющегося оборудования связан с работой только в режиме белого света, при отсутствии методов «оптической» биопсии.

Таблица 1. Клиническая характеристика исследуемой группы по полу и возрасту

Возрастные группы, лет	Группа 1 Добропачественные эпителиальные неоплазии (n=254)		Группа 2 Злокачественные эпителиальные неоплазии (n=43)	
	Мужской пол 224 (88,2%)	Женский пол 30 (11,8%)	Мужской пол 31 (72,1%)	Женский пол 12 (27,9%)
≤30	11 (5%)	1 (4,70%)	0 (0%)	0 (0%)
31–40	11 (5%)	0 (0%)	3 (9%)	1 (12,4%)
41–50	15 (6,7%)	4 (14,4%)	0 (0%)	0 (0%)
51–60	22 (10%)	10 (33,3%)	7 (22,7%)	3 (25%)
61–70	78 (35%)	9 (28,6%)	7 (22,7%)	6 (50%)
≥71	87 (38,3%)	6 (19%)	14 (45,5%)	2 (12,5%)
Ср. возраст, лет	60,9±3,45	64,7±7,34	59,6±4,01	69,2±2,22