

СОДЕРЖАНИЕ

Условные сокращения	5
Предисловие к серии	6
Введение	7
1. Эпидемиология и этиология доброкачественных опухолей желудка.	9
2. Классификация доброкачественных опухолей желудка	12
3. Диагностика доброкачественных опухолей желудка	20
3.1. Клиническая картина	20
3.2. Методы исследования	21
3.3. Дифференциальная диагностика	26
4. Протокол эндоскопического исследования	27
4.1. Эндоскопическая анатомия желудка	27
4.2. Топирование процесса	27
4.3. Последовательность эндоскопического осмотра	28
4.4. Терминология протокола эндоскопического исследования	29
4.5. Биопсия	30
5. Эпителиальные доброкачественные опухоли и опухолеподобные поражения желудка	32
5.1. Полипы желудка	32
5.1.1. Классификации полипов желудка	34
5.1.2. Опухолевые (неопластические) полипы желудка	46
5.1.2.1. Аденома	46
5.1.2.2. Полипы фундальных желез	67
5.1.3. Опухолевидные/опухолеподобные поражения	70
5.1.3.1. Гиперпластический полип	70
5.1.3.2. Ксантома	80
5.1.3.3. Воспалительный фиброзный полип	82
5.1.4. Гамартомные полипы и гамартомные полипозные синдромы	88
5.1.4.1. Ювенильные полипы (синдром ювенильного полипоза)	90
5.1.4.2. Синдром Пейтца — Егерса	93
5.1.4.3. Синдром Коудена	97
5.1.5. Аденоматозные полипозные синдромы	99
5.1.5.1. Семейный аденоматозный полипоз	99
5.1.5.2. Синдром Гарднера	102
5.1.6. Ненаследственные полипозные синдромы	104

5.1.6.1. Синдром Кронкхайта — Канада.....	104
5.2. Кисты желудка	109
5.2.1. Дупликационные кисты.....	109
5.2.2. Интрамукозные кисты	112
Заключение.....	114
Библиографический список	115

5.1.4. Гамартмные полипы и гамартмные полипозные синдромы

Желудок относительно редко вовлечен в различные полипозные синдромы, классификация которых представлена в табл. 2 (Iacobuzio-Donahue C. A., Montgomery E. A., 2006).

Таблица 2

Классификация гастроинтестинальных полипозных синдромов

Наследственные полипозные синдромы			Ненаследственные полипозные синдромы
Аденомы	Гамартомы	Другие	
Семейный аденоматозный полипоз толстой кишки Синдром Гарднера	Синдром Пейтца — Егерса Ювенильный полипозный синдром	Нейрофиброматоз, тип 1 Наследственный смешанный полипозный синдром	Синдром Кронкхайта — Канада Лимфоматозный полипоз
Синдром Туркота	Болезнь Коудена	Множественная эндокринная неоплазия, тип 2	Гиперпластический полипоз

Наследственные гамартмные полипозные синдромы — группа заболеваний, которые характеризуются двумя особенностями: множественными полипами в пищеварительной системе, имеющими относительно доброкачественную природу, и увеличенным риском развития злокачественных опухолей различных органов. Гамартомы — неправильно сформированные эмбриональные тканевые комплексы, расположенные дистопически, т. е. в органах, в которых в норме такие комплексы не наблюдаются. Следует подчеркнуть, что полипы, обнаруживаемые при данных синдромах, по своему гистологическому строению отличаются от часто встречающихся аденоматозных полипов. В гамартомах наблюдается чрезмерное развитие стромы, нарушение соотношения тканевых элементов при отсутствии активации пролиферативных процессов и клеточной атипии со стороны эпителиального пласта. Основу данных изменений составляет пролапс мышечного слоя собственной пластинки слизистой оболочки в стро-му полипа с древовидным разветвлением гладкомышечных волокон. Таким образом, гамартмные полипы образуются из нормальных тканей в необычном их сочетании, тогда как в аденоматозных полипах патологический процесс облигатно затрагивает эпителий.

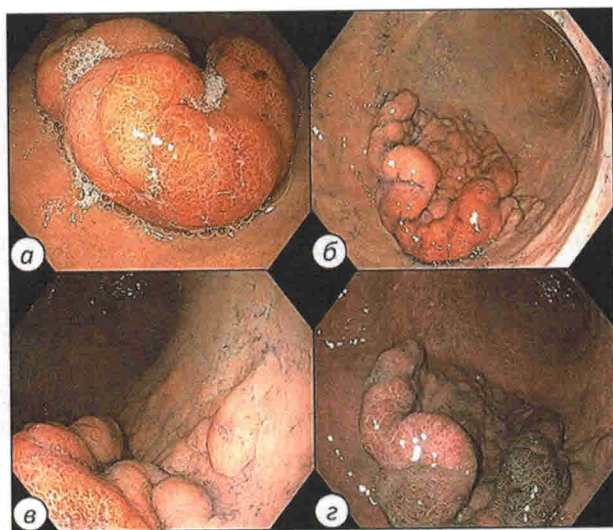


Рис. 60. Гамартома желудка:

а, б, в — осмотр в белом свете; г — осмотр в режиме NBI

Интересное наблюдение, которое было расценено, как гамартома желудка, было представлено коллегами эндоскопического отделения ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» А. А. Санниковой, Е. Г. Солоницыным, Р. Х. Караевым, В. Л. Богдановой. Опухоль была удалена методом эндоскопической диссекции по подслизистому слою (рис. 60, 61).

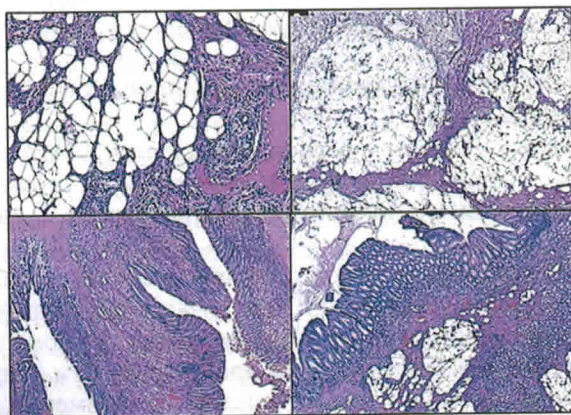


Рис. 61. Гамартома желудка

(окраска гематоксилином и эозином, увеличение $\times 100$)

К гамартомным полипозам относятся ювенильный полипоз, синдром Пейтца — Егерса, синдром Коудена. К сожалению, мы не смогли представить собственных доказанных случаев поражения желудка при данных заболеваниях и использовали наблюдения зарубежных авторов.

5.1.4.1. Ювенильные полипы (синдром ювенильного полипоза) (код МКБ-10: Q85.8)

Изолированно в желудке ювенильные полипы встречается редко и чаще — при ювенильном полипозе с поражением как желудка, так и в целом ЖКТ (с наличием или отсутствием семейного анамнеза).

Синдром ювенильного полипоза — аутосомно-доминантное наследственное заболевание, которое характеризуется наличием гамартомных полипов в пищеварительном тракте и часто сочетается с врожденными пороками. Распространенность по разным данным составляет от 1 на 16 000 до 1 на 100 000 чел. Заболевание диагностируется в любом возрасте, но чаще полипы развиваются к 20 годам. Количество образований варьирует от пяти до ста и более. Нередко патология сопровождается анемией или гипопротеинемией.

Данный синдром подозревается, если выявленные поражения и семейный анамнез соответствуют одной из следующих категорий:

- более пяти ювенильных полипов толстой кишки и/или прямой кишки;
- множество ювенильных полипов по всему пищеварительному тракту;
- любое количество ювенильных полипов и семейный анамнез (Syngal S. [et al.], 2015).

Заболевание связано с мутациями в генах BMPRI1A или гена SMAD4. Вероятно, существуют и другие гены, связанные с синдромом ювенильного полипоза, которые еще не идентифицированы.

При ювенильном полипозе полипы в желудке чаще множественные с преимущественной локализацией в антральном отделе. Количество их может быть столь велико, что они покрывают всю слизистую оболочку, скрывая привратник. Эти полипы имеют своеобразный вид: цвет их, независимо от размеров, ярко-красный, поверхность глянцевая, имеются наложения светлой слизи или пленок фибрина (рис. 62).

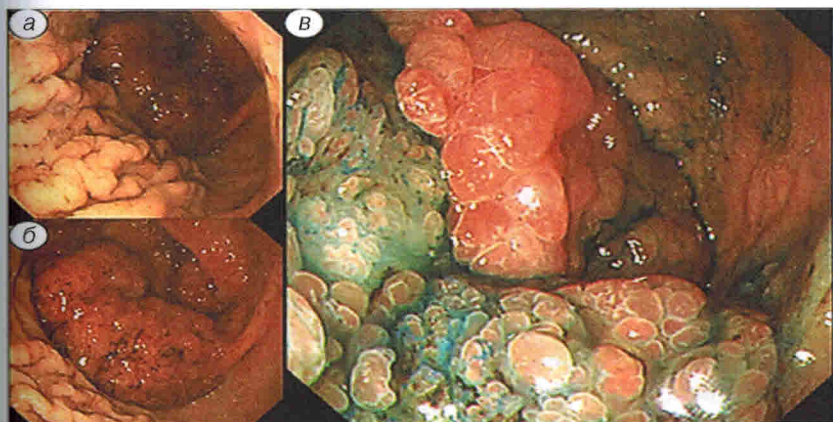


Рис. 62. Полипы желудка при ювенильном полипозе. В теле желудка по большой кривизне и антруме определяются два гигантских полипа (а, б). При хромоэндоскопии с индигокармином слизистая оболочка полипов красная, с villеозным микрорельефом, с обильными наложениями слизи (в). (Источник: *Tsutomu N. Huge Juvenile Polyps of the Stomach : A Case Report / N. Tsutomu, S. Hirotsugu, Y. Masashi [et al.] // Adv Res Gastroentero Hepatol. — 2017. — 6(3). — P. 0055—0058*)

Диаметр образований варьирует от 3 до 20 мм. Большие полипы обычно на ножках, которые могут перекручиваться с ножками других полипов с образованием конгломератов. Перекрученная ножка может повлечь за собой некроз и отторжение такого полипа. Слизистая оболочка желудка на участках, свободных от полипов, гиперемированная, зернистая, отечная, легкоранимая. Реже полипы наблюдаются и в двенадцатиперстной кишке.

Гистологически ювенильные полипы состоят из отечной и воспаленной слизистой оболочки со значительным удлинением, извитостью, кистозными расширениями в фовеолярной зоне и поэтому могут быть легко спутаны с гиперпластическим полипом при отсутствии соответствующей клинической информации (рис. 63).

Ювенильный полипоз связан с повышенным риском развития рака ЖКТ, особенно толстой кишки, варьирующимся от 39 до 68 %, но и риск возникновения рака желудка больше, чем в целом в популяции.

Пациенты с пятью или более ювенильными полипами в толстой кишке или ювенильными полипами в других отделах ЖКТ



Рис. 63. Микрофотография ювенильного полипа. Окраска гематоксилином и эозином, увеличение $\times 50$. (Источник: pathologyOutlines.com)

должны пройти генетическое консультирование. Мутация в генах SMAD4 или BMPR1A выявлена у 40–60 % пациентов с клиническим диагнозом ювенильного полипоза. Герминативные мутации в этих генах приводят к двум относительно различным фенотипам (Latchford A. R. [et al.], 2012). У носителей мутации SMAD4 имеются поражения толстой кишки и желудка в сочетании с наследственной геморрагической телеангиэктазией, тогда как у носителей мутации BMPR1A в основном отмечается поражение толстой кишки (Burt R. W. [et al.], 1990; Chevrel J. P. [et al.], 1975).

Согласно рекомендациям Британского общества гастроэнтерологов, пациентам с ювенильным полипозом рекомендована гастроскопия каждые 3 года по достижении возраста 18 лет (Goddard A. F. [et al.], 2010).

В клиническом руководстве ESGE по эндоскопическому лечению полипозных синдромов 2019 г. и исследованию желудка при ювенильном полипозе сказано следующее:

- пациентам с мутацией SMAD4 без клинических проявлений заболевания рекомендуется выполнять эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) в возрасте 18 лет;
- пациентам с мутацией BMPR1A без клинических проявлений заболевания предлагается выполнять ЭГДС в возрасте 25 лет;
- пациентам с синдромом ювенильного полипоза в зависимости от клинических проявлений заболевания рекомендуется выполнять ЭГДС с интервалом 1–3 года;