

**Дифференциальная диагностика доброкачественных изменений и
эпителиальных неоплазий желудка: текущие результаты разработки
информационно-аналитической модели поддержки принятия решений
врача-эндоскописта**

Эрендженова Кермен Юрьевна

Выпускник (специалист)

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.

Пирогова, Москва, Россия

E-mail: kerendzhenova@gmail.com

Эндоскопия является основным методом диагностики предраковых поражений и раннего рака желудка. Для повышения точности эндоскопического исследования необходимо выявление и анализ специфических эндоскопических критериев новообразований желудка.

Цель: определить возможности узкоспектральной эндоскопии высокого разрешения в дифференциальной диагностике эпителиальных новообразований и доброкачественных изменений слизистой оболочки желудка и разработать информационно-аналитическую модель поддержки принятия решения врача.

Материалы и методы. С 10.2013 по 01.2015 гг. в ГКБ 31 было проведено проспективное обследование и лечение 96 пациентов со 104 поверхностными эпителиальными новообразованиями (ПЭН) или очаговыми поражениями слизистой оболочки желудка, подозрительными на ПЭН. Эндоскопические исследования проводилось с применением видеосистем и эндоскопов высокой четкости в белом свете и узкоспектральном режиме (Narrow Band Imaging - NBI). Обязательно проводилась морфологическая верификация гистологической структуры образований (прицельная биопсия, эндоскопическое удаление) и их распределение на четыре группы: I группа - без неопластических изменений (71), II группа - неоплазии легкой степени (12), III группа - неоплазии тяжелой степени и ранний рак (15), IV группа - инвазивный рак (6). Была сформирована формализованная карта с 34 параметрами, влияющими на оценку типа очаговых образований желудка, : 7-клинических, 27-эндоскопических.

Результаты. С помощью точного критерия Фишера и критерия Крамера были определены 16 наиболее информативных параметров, статистически значимо разделяющих выделенные группы образований. Это пол пациента ($p=3E-2$), размер очагового поражения ($p=2E-6$), тип образования по Парижской классификации ($p=1E-4$), фоновое изменение окружающей слизистой оболочки ($p=1E-2$), наличие другой патологии ЖКТ у пациента ($p=3E-3$), характеристики ямочного рисунка (нерегулярность ($p=2E-9$), четкость ($p=2E-6$), размер ($p=4E-2$) и контуры ямок ($p=2E-13$), их взаимное расположение ($p=2E-4$)), характеристики сосудистого рисунка (нерегулярность ($p=2E-20$), видимость ($p=1E-2$), размер ($p=2E-4$), признаки неоангиогенеза ($p=3E-5$)), относительное соотношение толщины ямок и капилляров ($p=4E-3$), а также наличие демаркационной линии ($p=5E-6$). Для прогнозирования типа поверхностных очаговых поражений желудка на этих параметрах было разработано решающее правило с использованием неоднородной последовательной диагностической процедуры Байеса. Были получены вероятности распределения образований в каждую из четырех выделенных групп. Классифицируемая группа по данному правилу определялась наибольшей вероятностью. После скользящего экзамена точность распределения составила: I группа (рис.1А) - 95,8% (95% ДИ 89,2-100), II группа (рис. 1Б) - 8,3% (95% ДИ 1,5-32,1), III группа (рис. 1В,Г) - 86,7% (95% ДИ 62,9-100), IV группа - 100% (95% ДИ 60-100). Однако при более общем разделении очаговых изменений желудка

на две группы после скользящего экзамена точность распределения оказалась достаточно высока и составила для неопухолевых поражений (I группа) - 95,8% (95% ДИ 89,2-100) и для новообразований (II,III,IV группы) - 81,8% (95% ДИ 62,7-100).

Выводы: для эндоскопической дифференциальной диагностики очаговых поражений желудка наиболее значимы: нерегулярность сосудистого рисунка, неровность контуров желез, нерегулярность ямочного рисунка, наличие демаркационной линии. Разработанное решающее правило позволяет успешно дифференцировать доброкачественные изменения и поверхностные эпителиальные новообразования.

Иллюстрации

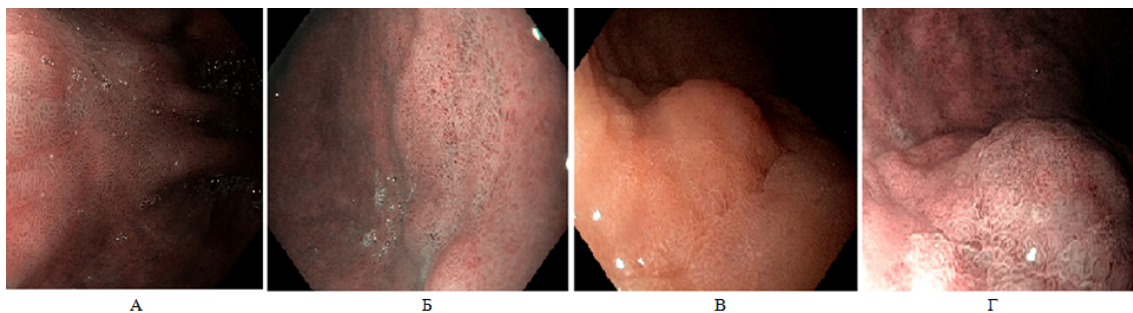


Рис. 1. А) Постязвенный рубец антрума (NBI). Нормальная структура слизистой оболочки, характерная для дистальных отделов желудка. Б) Аденома антрального отдела желудка с умеренной дисплазией эпителия (NBI). Выраженные изменения сосудистой сети: неоднородное расширение, нерегулярность расположения сосудов, размеров ямок эпителия, наличие четкой границы с окружающей слизистой оболочкой. В) Высокодифференцированная аденокарцинома. Выраженно измененный и разрушенный ямочный рисунок в центре образования. Г) Высокодифференцированная аденокарцинома (NBI). Нерегулярная мелкая сеть из извитых сосудов.