

Опыт эндоскопической диагностики и лечения раннего рака желудка

А.С. Маады, Д.Д. Ховалыг, Ш.Б. Хертек, А.С. Ванданов

ГУЗ Республиканская больница № 1, Республиканский онкологический диспансер, г. Кызыл, Республика Тува, Россия

ВВЕДЕНИЕ

В России, по данным ракового регистра, рак желудка занимает второе место после опухолей легких (2006). В то же время Республика Тува по стандартизованному показателю заболеваемости раком желудка [5] занимает 1 место в Российской Федерации (табл. 1). Важно отметить, что в регионе высокая рождаемость (в 2004 году – 20,2 на 1000 населения), и более трети всего населения составляют дети до 17 лет (по состоянию на 01.01.2006 года – 35,2% от общей численности населения Республики Тува), а раком желудка страдают чаще пациенты старших возрастных групп.

Таблица 1. Стандартизованный показатель заболеваемости раком желудка (оба пола) на 100 000 населения

	2001	2002	2003	2004
РФ	21.0	20.5	19.8	19.4
Республика Тува	31.8	34.0	37.9	31.0

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В течение 2 лет, с 1.01.2004 по 31.12.2005 г. в эндоскопическом отделении Республиканской больницы №1 проведено эндоскопическое обследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта у 8041 пациента (стационарных – 6413 (79,8%), амбулаторных – 1118 (20,2%), из них женщин – 4557, мужчин – 3484. Средний возраст – 48.4 ± 28.2 .

Республиканская больница №1 – многопрофильное лечебно-диагностическое учреждение на 600 коек, оказывающее плановую и экстренную медицинскую помощь. Эндоскопическое исследование выполняли больным с подозрением на заболевания желудка. С 2005 года показания для эзофагогастродуоденоскопии расширили для пациентов старше 40 лет, госпитализированных в стационар по поводу других заболеваний.

Перед врачами-эндоскопистами была поставлена задача прицельной диагностики опухолей желудка, в том

числе и раннего рака, с установкой на выполнение биопсии из очаговых изменений слизистой оболочки у всех пациентов старше 40 лет. Под очаговыми изменениями понимали язвы, единичные эрозии, полиповидные образования, очаговые изменения окраски слизистой, характера поверхности. Хромоскопию и прицельную биопсию применяли в 78,3% случаев. Исследования на *Helicobacter pylori* не проводили.

Перед гастроскопией за 10–15 минут в качестве муколитика использовали раствор бикарбоната натрия (1ст. ложка на стакан теплой воды) per os.

Витальные красители (метиленовый синий, индигокармин) распыляли через катетер. Эндоскопические обследования выполнялись при помощи фиброгастроскопов – GIF-Q30, GIF-XP20, GIF-1T10, «Olympus», и с 2005 года – видеосистемы EVIS Exera, «Olympus» с электронным эндоскопом с функцией оптического увеличения GIF-Q160Z.

Пациенты с генерализованными формами рака желудка, подтвержденного морфологическим исследованием биоптата, направлялись в специализированное учреждение – Республиканский онкологический диспансер для дополнительного обследования с целью установления стадии заболевания и решения вопроса об оперативном лечении. При обнаружении раннего рака выполняли эндоскопическую резекцию слизистой оболочки желудка.

Японское Общество Гастроинтестинальной эндоскопии следующим образом определяло показания для эндоскопического лечения раннего рака [14]:

- размер опухоли < 2 см для приподнятого подтипа;
- размер опухоли < 1 см для углубленного подтипа;
- опухолевая инвазия в пределах слизистой оболочки;
- наличие высокодифференцированной или умереннодифференцированной аденокарциномы.

По литературным данным, частота осложнений при эндоскопической резекции слизистой оболочки же-

лудка (кровотечение, перфорация) достигает 6% и снижается по мере приобретения опыта. Радикальность вмешательства достигается при правильно определенных показаниях, технически верном проведении вмешательства до 96–98% [12, 13]. Согласно рекомендациям, необходимо стремиться к удалению опухоли единым блоком, но допускается и удаление блоками, что влияет на радикальность резекции.

При выраженной сопутствующей патологии у пациентов старших возрастных групп предложены расширенные показания для эндоскопического лечения раннего рака желудка [16].

- Высокодифференцированная аденокарцинома:
 - опухоли от 2 до 3 см в пределах слизистой оболочки, без изъязвлений;
 - опухоли < 2 см в пределах слизистой, с изъязвлениями;
 - опухоли < 2 см в пределах верхней трети подслизистого слоя, без изъязвлений.
- Низкодифференцированная аденокарцинома:
 - опухоли < 1 см в пределах слизистой, без изъязвлений.

Радикальность операции при расширенных показаниях составляет 60–70% [16].

ЭТАПЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

1. Хромоскопия с целью уточнения границ образования.
2. Маркировали границы опухоли электрокоагулятором для контроля полноты резекции.
3. Инъекция раствора адреналина (1:20) под основание опухоли (подъем слизистой оболочки с новообразованием – симптом палатки «lifting-симптом» говорит об отсутствии инвазии опухоли в подслизистый слой).
4. Эндоскоп с дистальным колпачком подвели к месту поражения и этот участок аспирировали в полость колпачка. Полипэктомической петлей отсекали участок с новообразованием.

Морфологической основой эндоскопической резекции слизистой является низкая частота лимфогенного метастазирования (1–3%) при внутриэпителиальной локализации рака, в то время как при субмукозном распространении частота метастазирования составляет 10–15% [16]. Эндоскопическая резекция слизистой оболочки в общей структуре методов лечения больных ранним раком желудка занимает 7%, а при генерализованных формах применяется лишь как диагностический метод с целью расширенной биопсии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

За два года выявлено 48 пациентов (табл. 2) с гистологически подтвержденным диагнозом рака желудка, что составило 0,6% от группы обследованных больных (n=8041). У 186 (2,3%) пациентов выявлены предраковые и фоновые изменения слизистой оболочки желудка: атрофический гастрит – у 116 (62,4%) пациентов, дисплазия – у 22 (11,8%), аденоматозные полипы – у 19 (10,2%), кишечная метаплазия – у 29 (15,6%) больных. Динамическое наблюдение у этой группы пациентов проводили через 6 месяцев и через 1 год. Развитие опухоли в течение 2 лет выявлено не было.

Таблица 2. Распределение по стадиям больных со злокачественной опухолью желудка

Стадия опухоли желудка	Количество больных (n-48)
1 стадия	4
2 стадия	12
3 стадия	12
4 стадия	20
Всего	48

Определение стадии заболевания у больных раком желудка проводили на основании данных клинического осмотра, ультразвукового исследования органов брюшной полости, рентгенографии желудка, гастроэндоскопического исследования, магнитно-резонансной томографии, диагностической лапароскопии, интраоперационных данных у оперированных больных, морфологического исследования биопсийного и/или операционного материала, а также аутопсии.

У 9 больных с 1–2 стадией опухоли произведена резекция желудка с лимфодиссекцией. Двое больных раком желудка 1–2 стадии отказались от хирургического и эндоскопического вмешательства.

Больным (5 наблюдений) с диагнозом интраэпителиального рака желудка (высокодифференцированная и умереннодифференцированная аденокарцинома) выполнена эндоскопическая резекция слизистой оболочки желудка. В одном случае удаление проводили в два этапа.

У пациента 72 лет (рис. 1) выявили полиповидное образование кардиального отдела желудка, на 1–1,5 см ниже пищеводно-желудочного перехода. По данным гистологического исследования – умереннодифференцированная аденокарцинома. От хирургической операции пациент отказался. Через 4 месяца после первичной диагностики, после курса химиотерапии и у пациента при контрольном эндоскопическом исследовании (рис. 2 а,б) образование

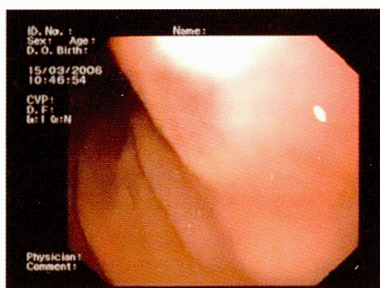


Рис. 1. Умереннодифференцированная аденокарцинома средней трети желудка.

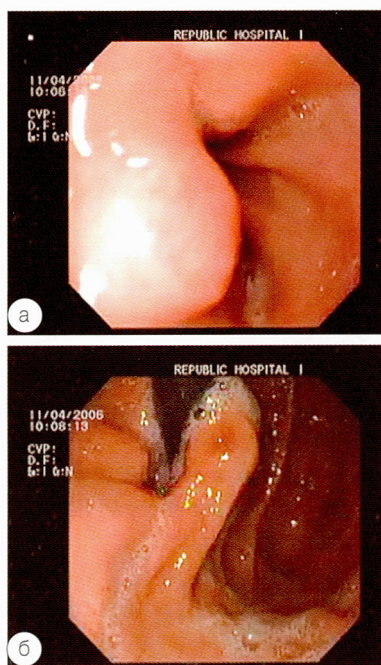


Рис. 2. Полиповидное образование кардиального отдела желудка, на 1–1,5 см ниже пищеводно-желудочного перехода: а) антеградный осмотр; б) осмотр на инверсии.

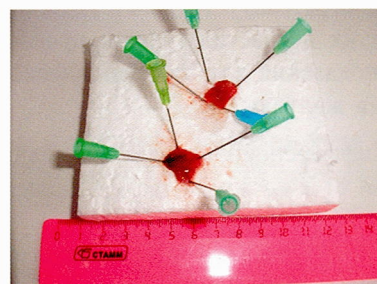
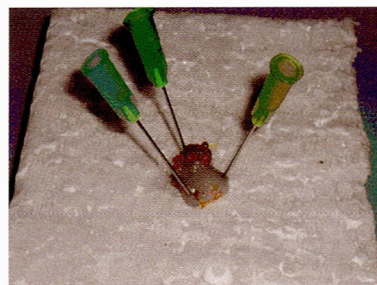


Рис. 3. Резецированный участок слизистой желудка с новообразованием – фиксирован на жесткой поверхности.

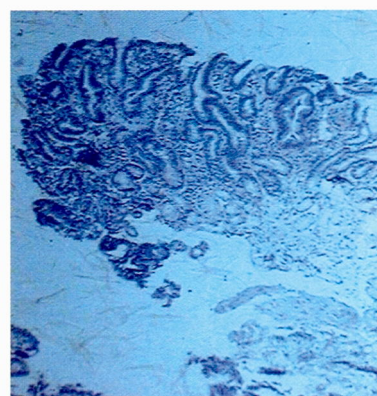


Рис. 4. Гистологический препарат: а) высокодифференцированная аденокарцинома в эпителии; б) препарат – высокодифференцированная аденокарцинома.

в кардии желудка прежних размеров, визуальных признаков роста опухоли нет.

Была выполнена эндоскопическая резекция слизистой с новообразованием желудка (рис. 3). Осложнений не наблюдали. При гистологическом исследовании в краях резекции опухолевой ткани не обнаружено. Подтверждено интраэпителиальное распространение аденокарциномы высокой степени дифференцировки (рис. 4 а,б).

Осложнений после выполненных пяти эндоскопических резекций мы не наблюдали. На протяжении 2 лет у 4 больных признаков рецидива рака желудка не выявлено. Наблюдение за этими больными про-

должается. Одна пациентка отказалась от выполнения гастроскопии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Гастроскопия с соблюдением методики осмотра, с применением хромокопии и прицельной биопсии из минимальных очаговых изменений слизистой оболочки желудка позволила улучшить диагностику опухолей на ранней стадии. По нашим данным, частота выявления рака 1–2 стадии составила 33,3%. В 5 случаях был выявлен ранний (интраэпителиальный) рак желудка, что позволило выполнить радикальную эндоскопическую резекцию слизистой желудка вместе с опухолью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Василенко В.Х., Сальман М.М., Рапопорт С.И., Соколов Л.К., Цодиков Г.В. Рак желудка и его ранняя диагностика // «Медицина», 1972.
2. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2001 году // Под ред. М.И. Давыдова, Е.М. Аксель; ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – с.95–97, 223–224.
3. Ивашкин В.Т. Предраковые заболевания органов пищеварения // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии, 2002, 4, с.42–44.
4. Коган Е.А. Автономный рост и прогрессия опухолей // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии, 2002, 4, с.45–49.
5. «О состоянии здоровья населения Республики Тува в 2005 году» Сборник Министерства здравоохранения Республики Тува, 2006.
6. Черноусов А.Ф., Поликарпов С.А., Годжелло Э.А. Ранний рак и предопухолевые заболевания желудка // М.: ИздАТ, 2002.
7. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2001 году (заболеваемость и смертность) // Москва. 2002.
8. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2002 году (заболеваемость и смертность) // Москва. 2003.
9. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2003 году (заболеваемость и смертность) // Москва. 2004.
10. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2004 году (заболеваемость и смертность) // Москва. 2005.
11. Canto M.I. Staining in gastrointestinal endoscopy // Endoscopy 1999. 31, 479–486.
12. Inoue H., Takeshita K., Hori H., Yoneshima H., Endo M. Endoscopic mucosal resection with a cap-fitted panendoscope for esophagus, stomach, and colon mucosal lesion // Gastrointest Endosc 1993, 39, 58–62.
13. Inoue H. Endoscopic mucosal resection for esophageal and gastric mucosal cancer // Can J Gastroenterol 1998, 12, 355–359.
14. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese classification of gastric carcinoma. 2nd English ed. // Gastric Cancer 1998; 1; 10–24.
15. Leja M. Gastric cancer: epidemiology, diversity and pathogenesis // In R.Arnold, P.Malfertheiner, D.J.Gouma, eds. John Libbey Eurotext, Paris, 2005, p.63–68.
16. Neuhaus H. Gastric cancer treatment: Role of endoscopy // In R.Arnold, P.Malfertheiner, D.J.Gouma, eds. John Libbey Eurotext, Paris, 2005, p.69–71.
17. The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach and colon // Gastrointest endosc. Suppl to vol.58, N 6, 2003.

КОНТАКТЫ

Маады Аяс Сергеевич, кандидат медицинских наук,
Россия, Республика Тува, г. Кызыл,
667000, главпочтамт, а/я 84,
Тел. (34922) 56888 E-mail: mayas72@mail.ru

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

30 ноября 2007 года

Москва

ФГУ «Государственный научный Центр колопроктологии Росмедтехнологий»

Глубокоуважаемые коллеги

Приглашаем Вас принять участие в Научно-практической конференции, посвященной эндоскопическим методам диагностики и лечения в колопроктологии

**ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ
И ЛЕЧЕНИЯ В КОЛОПРОКТОЛОГИИ**

Адрес: г. Москва, ул. Саляма Адиля, д. 2
Тел. (495) 199-2489, 199-5471 www.colonoscopy.ru