

Первый опыт диспансеризации пациентов с метапластическими процессами слизистой оболочки желудка

А.А. Березняковский, Д.М. Морозов, О.А. Старченко

МУЗ городская больница №1, Рыбинск, Ярославская область

Высокие технологии в эндоскопии сегодня позволяют выявлять ранние формы злокачественных новообразований, когда размер опухоли не превышает 5 мм. Используя витальные красители (раствор индигокарминового и метиленового синего), врач-эндоскопист может визуализировать участки слизистой оболочки желудка, измененные предопухолевыми процессами. Увеличительная эндоскопия (ZOOM) и исследования желудка в узком спектре света (NBI) позволяют поставить диагноз «рак желудка» с очень высокой степенью вероятности во время эндоскопического исследования. Проведение эндоскопических операций на желудке при «раннем» раке позволило в короткие сроки радикально лечить болезнь, которая долгие годы являлась приговором, не снижая качество жизни пациента.

Однако несмотря на достижения прогресса, летальность при раке органов желудочно-кишечного тракта в мире остаётся высокой. В России статистика более удручающая. Причин этому много. Основной является отсутствие целевой государственной программы по ранней диагностике рака желудка.

Эндоскопическое отделение МУЗ городской больницы №1 города Рыбинска Ярославской области имеет район обслуживания, где проживает 34 000 человек. Эндоскопические исследования выполняются фиброволоконными аппаратами 40-й серии фирмы OLYMPUS. Для уточнения диагноза и фотодокументирования полученных данных используется видеоэндоскопический комплекс V-70, Olympus. Консультации и передача фотоматериалов осуществляется по сети Internet. Алгоритм исследований верхних отделов желудочно-кишечного тракта включает в себя детальный осмотр всех отделов пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки с хромоскопией 0,1% раствором индигокармина и забором биопсийного материала.

Согласно приказу департамента здравоохранения и фармации города Рыбинска от 2006 года, все данные гистологических и цитологических исследований анализируются, и при выявлении у пациента метаплазии или дисплазии слизистой оболочки желудка он заносится в диспансерную группу со специальной пометкой на амбулаторной карте. Всем пациентам на-

значается курс эрадикационной терапии и один раз в полгода проводится эндоскопическое исследование с хромоскопией растворами индигокармина и (или) метиленового синего, забором биопсийного материала. В случае выявления очагов, подозрительных на ранние формы рака желудка, пациенты консультируются при помощи интернет-связи со специалистами Ярославской областной клинической онкологической больницы. При необходимости они направляются туда для проведения углублённых исследований (NBI, ZOOM-эндоскопии, эндосонографии), а также проведения высокотехнологичных эндоскопических операций (мукозэктомия, резекция слизистой оболочки и диссекция в подслизистом слое).

С 2006 г. на диспансерный учёт взято 476 человек. В 2009 г. диспансерная группа составила 280 человек. Чаще всего причиной снятия с учёта являлось трёхкратное отсутствие морфологического подтверждения тонкокишечной метаплазии в слизистой оболочке желудка после проведения эрадикационной терапии. За истекший период в отделении выявлено 16 случаев «раннего рака желудка» (диагноз был морфологически подтверждён на уровне отделения). У части пациентов, которые были направлены на консультацию и проведения углублённых исследований в Ярославскую областную клиническую онкологическую больницу, также был установлен диагноз рак желудка T1-T2 стадии.

Динамика увеличения числа ЭГДС в отделении и количества выявленных пациентов с метапластическими процессами слизистой оболочки желудка отображена в таблице 1.

Таблица 1. Динамика роста эндоскопических исследований желудка и увеличения диспансерной группы

	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Число ЭГДС	3211	3530	3764	3926
Диспансер-ная группа	42	124	148	162
Пациенты с «ранним» раком желудка	1	4	6	5

У части пациентов очаги дисплазии определялись на поверхности полипов, которые удаляли при помощи эндоскопических петель для полипэктомии. Ксантомы удаляли щипцами для «горячей биопсии».

В ходе работы определились основные этапы проведения диспансеризации:

1. Постоянный анализ гистологических и цитологических заключений с целью выявления предопухолевых состояний слизистой оболочки желудка и активное включение пациентов в диспансерную группу.
2. Проведение хромоскопии пациентам из группы риска с применением растворов индигокармина и метиленового синего.
3. Эрадикационная терапия.
4. Динамическое наблюдение 1 раз в шесть месяцев.
5. Вторичная профилактика (полипэктомия, электрокоагуляция ксантом желудка).

НАБЛЮДЕНИЕ 1

Пациентка Т. 72 лет находится на диспансерном учёте с 2006 г., когда при эндоскопическом исследовании, были выявлены признаки гиперплазии слизистой оболочки желудка. При гистологическом исследовании биоптатов с очагов, подозрительных на гиперплазию, выявлена дисплазия слизистой оболочки желудка 2-й степени. За время наблюдений проведён курс эрадикационной терапии. Также периодически проводили

лечебные курсы ингибиторами протонной помпы. Однако во время планового эндоскопического исследования желудка в 2009 г. была выявлена незначительная деформация рельефа слизистой оболочки передней стенки в области нижней трети тела желудка (рис. 1). После окраски слизистой оболочки 0,1% раствором индигокармина установлено одиночное плоскокрепидное экзофитное образование с неровным краем до 1,7 см, эластичное, при биопсии подвижное относительно подслизистого слоя – положительный симптом «шатра» (рис. 2). При гистологическом исследовании биоптата – высокодифференцированная аденокарцинома.

НАБЛЮДЕНИЕ 2

Пациент Б. 58 лет направлен для эндоскопического обследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта впервые. Показанием к исследованию явился возраст пациента. Жалоб на момент осмотра не имел. При проведении ФЭГДС в области угла желудка на границе с передней стенкой выявлено углублённое образование с приподнятыми краями до 1,2 см. (рис. 3). При биопсии, образование легко смещается относительно подслизистого слоя. По данным гистологического исследования – тяжёлая дисплазия слизистой оболочки. При повторном эндоскопическом исследовании с проведением хромоскопии 0,1% раствором индигокармина, определены границы образования и выполнена прицельная биопсия. Морфологическое заключение: высокодифференцированная аденокарцинома (рис. 4).



Рис. 1.



Рис. 2.

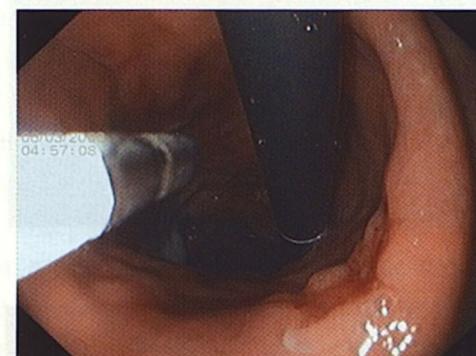


Рис. 3.

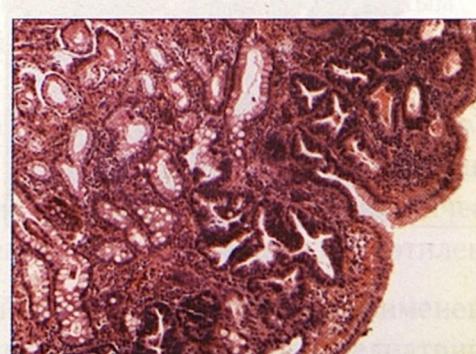


Рис. 4. Danshan A. N. (2011) проведено проспективное, рандомизированное, 3-лучье исследование подготовки к первому колоноскопию у 70-летних в возрасте от 3 до 20

НАБЛЮДЕНИЕ 3

Пациентка К. 64 лет направлена для эндоскопического исследования желудка в плане предоперационной подготовки перед эндопротезированием тазобедренного сустава. При сборе анамнеза, выяснилось, что за полгода до обращения больной при эндоскопическом исследовании установлен хронический гастрит и формирующийся полип желудка. Гистологическое исследование не проводилось. При ЭГДС на фоне признаков умеренного воспаления слизистой оболочки желудка, в антральном отделе на передней стенке выявили полиповидное образование до 2 см на широком основании (рис. 5). При хромоскопии более чётко обозначился рисунок верхушки образования – бархатистый рельеф (рис. 6). При заборе биопсийного материала – «симптом шатра» положительный. Гистологическое заключение: умеренно дифференцированная аденокарцинома.

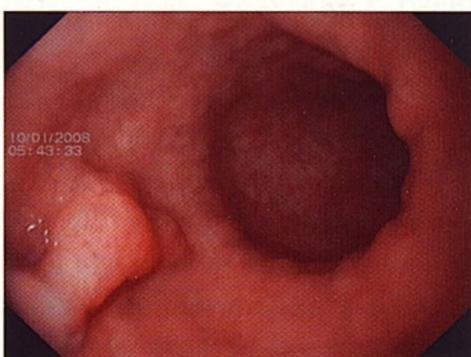


Рис. 5.

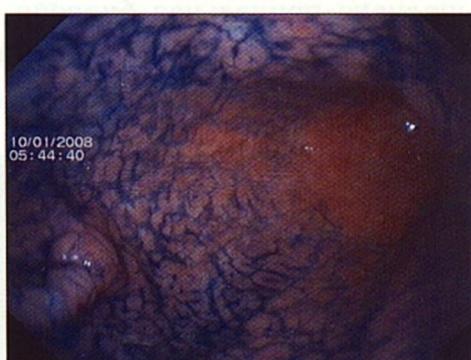


Рис. 6.

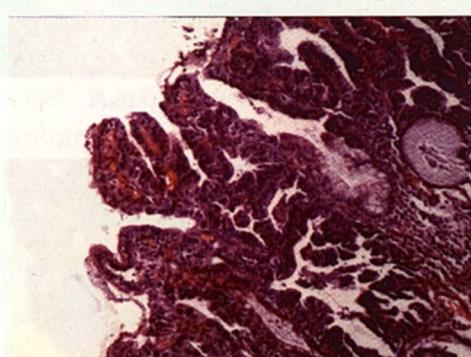


Рис. 7.

Эти пациенты отправлены в Ярославскую областную клиническую онкологическую больницу, где им выполнены высокотехнологичные эндоскопические операции. В послеоперационном периоде больные продолжают находиться на диспансерном учёте. Рекидивного роста опухоли за истекший период не выявили.

За время наблюдения у одной пациентки, через год после резекции слизистой оболочки по поводу «раннего» рака желудка, выявлен очаг тяжёлой дисплазии на расстоянии 3 см от послеоперационного рубца. Она повторно направлена для проведения диагностической операции (резекции слизистой) в ЯООКБ.

В ходе проделанной работы коллективу отделения удалось создать условия для систематического и детального обследования пациентов из группы риска (метапластические процессы слизистой оболочки желудка); освоить и активно применять современные методы диагностики заболеваний органов желудочно-кишечного тракта (хромоскопии и биопсии); проводить первичную и вторичную профилактику развития рака в данной группе больных; выявлять предопухолевые процессы и рак желудка на ранних стадиях; создать алгоритм ведения пациентов с подозрением на злокачественные образования желудка от первичного обращения до проведения высокотехнологичной операции в условиях областного онкологического центра (в том числе и с применением интернет-консультаций сложных случаев).

Метод диспансеризации многие годы работает на территории России. Включение в диспансерную группу пациентов с метапластическими процессами слизистой оболочки желудка позволило восполнить отсутствие государственных скрининг-программ по выявлению рака желудка на ранних стадиях. Данный опыт внедряется нами и для выявления патологии толстой кишки.

КОНТАКТЫ

Березняковский Алексей Александрович,
заведующий отделением эндоскопии МУЗ
городской больницы №1 г. Рыбинска.
152907 Ярославская область, г. Рыбинск,
ул. Солнечная 57. Тел/факс (4855)55-25-57
E-mail: alexendo73@mail.ru icq 446847131