

со стенкой культи желудка на ограниченном участке. Особенностью данного варианта роста опухоли является невыраженная опухолевая инфильтрация стенки желудка и сохранение в ряде наблюдений рельефа слизистой над участком поражения, что значительно затрудняло выявление этих опухолей рентгенологически и эндоскопически. Кроме рецидивных узлов, при УЗИ выявлялись пораженные метастазами лимфатические узлы брюшной полости и забрюшинного пространства. Доступными для визуализации оказались практически все группы регионарных лимфатических узлов. При эхографии брюшной полости и забрюшинного пространства выявлялись лимфатические узлы размерами от 5 мм до конгломератов более 6–9 см, последние визуализировались в виде гипоехогенных образований. При инфильтра-

ции окружающих тканей лимфатические узлы обычно сливались между собой.

Выводы. Анализ возможностей лучевых методов исследования показал, что данные рентгенологического и эндоскопического методов исследования оказались информативными в выявлении рецидива в культе желудка и в зоне анастомоза, чаще при диффузно-инфильтративном характере роста. Ультразвуковое исследование успешно выявляло не только экзогастральный компонент опухоли, инфильтрацию стенок культи желудка, но и поражение лимфатического коллектора. Неблагоприятным прогностическим фактором являются наличие метастазов в лимфатических узлах (средняя продолжительность жизни при метастазах – 25,2 месяца; без метастазов – 56,7), а также опухолевые клетки по линии резекции.

ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

Ю.В. СИНЕВ, О.В. ИВАНОВА, Д.А. ХОМОВ, И.Б. ГРУНИН, В.И. ВОЛОЦКОВ

ФГУ РНЦРР Росмедтехнологий, г. Москва

После аварии на Чернобыльской атомной электростанции прошло более 20 лет. Представляется актуальным проследить состояние желудочно-кишечного тракта в отдаленный период после воздействия комплекса факторов послеаварийной ситуации в Чернобыле, когда наступили сроки реализации канцерогенного эффекта радиации и в желудке и толстой кишке могли быть обнаружены дисплазия (фактор риска рака), рак *in situ*, солидные опухоли. Известно, что онкологические заболевания длительно протекают бессимптомно.

Цель исследования – изучение состояния желудка и толстой кишки с помощью эндоскопического метода у ликвидаторов в отдаленном периоде.

Материал и методы. В нашем центре за период с 2008 по 2009 г. обследовано 134 человека, принимавших участие в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС в 1986 г. Эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией

выполнена 108 ликвидаторам и фиброколоноскопия – 26. У 14 ликвидаторов с эрозивными поражениями гастродуоденальной зоны проводились гистологические, бактериоскопические, морфометрические и иммуногистохимические исследования биоптатов слизистой оболочки антрального отдела желудка.

Результаты. Выявленная патология у ликвидаторов отличалась от популяционной только большей частотой поверхностной деструкции слизистой оболочки желудка – эрозивный гастродуоденит встречался у 38,5 % обследованных, в то время как в группе сравнения – у 28 % (разница статистически достоверна). При изучении механизмов возникновения эрозивных гастритов и эрозивных дуоденитов установлены чаще высокая (111 степень) обсемененность пилорическими хеликобактерами (у 60 % по сравнению с 41,3 % в группе сравнения) и увеличение Ig G и Ig E-продуцирующих клеток. Особенностью патологии толстой кишки у

ликвидаторов являются часто встречающиеся диффузные катаральные изменения слизистой оболочки, составляющие 42 %, что сопоставимо с результатами общепопуляционной группы. При изучении канцерогенного эффекта радиации на желудок и толстую кишку через 22–23 года после воздействия нами не отмечено более частого возникновения злокачественных новообразований ЖКТ, чем в контрольной группе.

Выводы. Неопухолевые формы отдаленных последствий протекают скрыто, на фоне

относительного клинического благополучия, продолжающегося годами, поэтому при контроле состояния здоровья чрезвычайно важное место занимает тщательная диспансеризация, с использованием эндоскопического метода диагностики. При проведении диспансерного обследования данной категории пациентов приоритетное внимание необходимо уделить мониторингу за состоянием здоровья ликвидаторов 1986 г., как группой особого медицинского риска.

НОВАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ЖЕЛУДКА (UICC TNM, 7TH EDITION, 2009): ИЗМЕНЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ?

В.Ю. СКОРОПАД

Медицинский радиологический научный центр РАМН, г. Обнинск

В настоящее время абсолютное большинство исследователей во всем мире применяют классификацию международного противоракового союза и Американского объединенного комитета (UICC/AJCC), то есть TNM (предпоследнее, 6-е издание было выпущено в 2002 г.). В 2009 г. была опубликована 7-я редакция классификации TNM злокачественных новообразований; фрагмент, касающийся рака желудка, был впервые представлен на 8 Международном конгрессе по раку желудка в Кракове, в июне 2009 г.

Основные изменения новой редакции сводятся к следующему:

- опухоли, исходящие из пищеводно-желудочного соединения или из желудка до 5 см от него и распространяющиеся на пищевод, стадируются как аденокарцинома пищевода;

- изменена категория T для унификации с категориями T рака пищевода, тонкой и толстой кишки: опухоли T₁ разделены на T_{1a} и T_{1b}; T₂ – опухоль, прорастающая в мышечный слой (*ранее T_{2a}*); T₃ – опухоль, прорастающая в субсерозный слой (*ранее T_{2b}*); T₄ – опухоль, прорастающая в серозный слой (висцеральную брюшину) или в окружающие структуры (*ранее T₃ и T₄*);

- категория N изменена: N₁ – поражение 1–2 лимфатических узлов (*ранее – I-6*); N₂ – пора-

жение 3–6 лимфатических узлов (*ранее – 7–15*); N₃ – поражение 7 и более лимфатических узлов (*ранее – более 15*);

- наличие раковых клеток в смывах с брюшины расценивается как M₁;

- исключена категория M_x. В настоящее время применимы следующие категории: cM₀ – клинически отдаленные метастазы не определяются; cM₁ – клинически определяемые отдаленные метастазы, например метастазы в печени по данным КТ; pM₁ – отдаленные метастазы, подтвержденные морфологически, например при ТПАБ. Если cM₁ (например, метастазы в печени) при биопсии не подтверждены морфологически, следует расценивать как cM₀, а не pM₀. Таким образом, категория pM₀ исключена из классификации, кроме случаев, подтвержденных на аутопсии;

- изменена группировка по стадиям; следует отметить, что теперь все стадии имеют подразделы: IA и IB; IIA и IIB; IIIA, IIIB и IIIC. К IV стадии отнесены только те случаи, когда имеются отдаленные метастазы (M₁);

- введен символ Pn, отражающий наличие перинеуральной инвазии;

- введено понятие «группировка по прогнозу», в которую наряду с категориями T, N, M