

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРЕНЕОПЛАСТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ЖЕЛУДКА

¹Кафедра хирургии № 1 ФПК и ППС ГБОУ ВПО
«Кубанский государственный медицинский университет»,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4;
²МБУЗ городская больница № 2 КМЛДО,
Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6/2,
тел. (861) 252-73-86. E-mail: guchetl@mail.ru, tima-mail@mail.ru

Обобщен опыт выполнения эндоскопической резекции (ЭР) слизистой оболочки желудка (СОЖ) у 34 пациентов с атрофическим гастритом и пренеопластическими изменениями, соответствующими IV категории Венской классификации эпителиальных неоплазий пищеварительного тракта. Продemonстрировано, что ЭРС достаточно безопасна, позволяет точно определить характер очаговых изменений слизистой, степень выраженности дисплазии, распространенность процесса, а также является малоинвазивным методом хирургического лечения предраковых изменений.

Ключевые слова: пренеопластические изменения слизистой оболочки желудка, эндоскопическая резекция слизистой оболочки.

T. A. GUCHE TL¹, A. Ya. GUCHE TL¹, N. V. KOROCHANSKAYA², A. V. ONOPRIEV¹, V. M. DURLESHTER²

ENDOSCOPIC RESECTION OF MUCOSA AS A DIAGNOSTIC METHOD FOR PRE-NEOPLASTIC GASTRIC ALTERATION TREATMENT

¹Department of surgery № 1 Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedina str., 4;
²city hospital № 2, KMLDO,
Russia, 350012, Krasnodar, Krasnikh partisan str., 6/2, tel. (861) 252-73-86. E-mail: guchetl@mail.ru, tima-mail@mail.ru

The experience of endoscopic resection (ER) of gastric mucosa (GM) in 34 patients with atrophic gastritis and pre-neoplastic alterations according to IV category to Vienna classification for digestive tract epithelial neoplasia was summarised. It was demonstrated that ER was rather safe and allowed to reveal accurately the character of local mucosal alterations, the dysplasia extent, spreading of the process. ER is also the low-invasive surgical treatment of pre-malignant alterations.

Key words: pre-neoplastic alterations of the gastric mucosa, endoscopic resection of the mucosa.

Введение

В настоящее время ни у кого не вызывает сомнений положение о том, что наиболее эффективной профилактикой рака желудка являются выявление предраковых изменений слизистой оболочки желудка (СОЖ), своевременное медикаментозное и эндоскопическое лечение, динамическое наблюдение [1, 2]. С этой точки зрения особое значение приобретает унифицированный подход к диагностике пренеопластических изменений. По итогам многочисленных семинаров и дискуссий на Международном конгрессе гастроэнтерологов была принята Венская классификация, в которой предложена тактика лечения предопухолевых изменений и эпителиальных неоплазий.

Основным методом диагностики диспластических образований слизистой желудка является эндоскопический метод. В последние годы применение специальных диагностических и лечебных эндоскопических методов, таких как хромо- и магнитикационная гастроскопия, эндоскопическое ультразвуковое исследование и эндоскопическая резекция (ЭР) слизистой оболочки желудка, позволяет более точно определить характер очаговых изменений слизистой, степень выраженности предопухолевых изменений, распространенность процесса, а также улучшить раннюю диагностику рака желудка.

Очень важно отметить, что традиционный метод забора СОЖ при условии, что не обнаружено признаков предраковых изменений или даже микрофокусов рака при морфологическом исследовании, не позволяет врачу сделать окончательный вывод об их отсутствии, поскольку эти изменения носят ограниченный характер и могут не попасть в область взятия материала [3]. Окончательный диагноз может быть поставлен только после морфологического исследования всего удаленного образования вместе с его основанием. Это можно сделать лишь при применении метода ЭР СОЖ в качестве тотальной биопсии; в зависимости от результатов морфологического исследования определяется дальнейшая лечебная тактика.

Цель исследования – оценить диагностическую и терапевтическую эффективность, возможные осложнения ЭР СОЖ у больных с неинвазивной неоплазией высокой степени согласно Венской классификации.

Материалы и методы исследования

В 2007–2010 гг. при обследовании пациентов с атрофическим гастритом у 224 больных, находившихся на динамическом диспансерном наблюдении, была выявлена дисплазия слизистой оболочки желудка низкой и высокой степени. В результате проспективного динамического

наблюдения и проведения дополнительных методов исследования, включавших хромокопию, магнификационное и ультразвуковое эндоскопические исследования, множественные биопсии, у 34 пациентов были диагностированы пренеопластические изменения СОЖ, соответствующие IV категории Венской классификации эпителиальных неоплазий пищеварительного тракта.

Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Из таблицы 1 видно, что количество мужчин преобладало над числом женщин в обеих группах.

Наиболее часто диспластические изменения слизистой оболочки желудка сочетались с ишемической болезнью сердца (63,4%) и гипертонической болезнью (14,7%). Это связано с преимущественно пожилым возрастом пациентов.

Всем больным с подозрением на диспластические изменения слизистой желудка проводилась магнификационная эндоскопия аппаратом «Olympus» (GIF – Q160Z EVIS EXERA), который позволяет осмотреть слизистую с 115-кратным увеличением. Эндоскопическое ультразвуковое исследование – с помощью системы EU-M30.

Перед диагностическим исследованием местную анестезию ротоглотки выполняли с помощью 10%-ного раствора лидокаина в аэрозольной упаковке.

На втором этапе углубленной диагностики в условиях специализированного эндоскопического отделения с целью премедикации пациентам внутримышечно вводи-

ли диазепам (сибазон) 10 мг. Исследование проводили под общей анестезией с применением пропофола.

Применяемая методика магнификационной эндоскопии включала в себя обязательное использование хромокопии. С целью диагностики и детального эндоскопического осмотра больных с диспластическими изменениями слизистой желудка в качестве красителей использовались контрастные синие растворы метиленовой сини, которые наиболее подходят для хромокопии желудка, потому что синий цвет особенно контрастируется с красной слизистой оболочкой и выдвигает на первый план архитектуру ткани [4, 6]. Перед ирригацией контрастного раствора отмывали слизистую желудка от слизи путем введения в инструментальный канал 20–40 мл 0,5%-ного раствора бикарбоната натрия.

Эндоскопическая резекция слизистой проводилась 19 пациентам с дисплазией высокой степени и 47 пациентам с дисплазией низкой степени (всего 66 пациентам).

Статистическую обработку полученных данных проводили на IBM – персональном компьютере с использованием программ «Microsoft Excel» и «STATISTICA 6,0» для Windows XP (версия 2002). Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Согласно разработанному диагностическому алгоритму пациенты проходили магнификационную гастродуоденоскопию (МГДС) с хромокопией СОЖ для оцен-

Таблица 1

Распределение больных с диспластическими изменениями слизистой желудка по полу и возрасту

Возрастная группа	1-я группа				2-я группа				Всего			
	М		Ж		М		Ж		М		Ж	
	Чел.	%	Чел.	%	Чел.	%	Чел.	%	Чел.	%	Чел.	%
До 20	0	0	1	0,8	0	0	0	0	0	0	1	0,8
20–45	14	10,9	10	7,8	0	0	0	0	14	10,9	10	7,8
46–60	18	14,0	12	9,3	9	7,0	4	3,1	27	20,9	16	12,4
61 и старше	24	18,6	16	12,4	11	8,5	10	7,8	35	27,1	26	20,2
Всего	54	41,9	41	31,8	20	15,5	14	10,9	76	58,9	53	41,1

Таблица 2

Сопутствующая патология у больных с диспластическими изменениями слизистой оболочки желудка

Виды патологии	Количество больных, чел. (%)	Венская классификация эпителиальных неоплазий пищеварительного тракта	
		Группа ДНС, чел. (%)	Группа ДВС, чел. (%)
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	17 (7,6)	16 (8,4)	1 (3)
Язвенная болезнь желудка	9 (4,0)	5 (2,6)	4 (11,8)
Ксантомы желудка	6 (2,7)	3 (1,6)	3 (8,8)
Ишемическая болезнь сердца	142 (63,4)	121 (63,7)	21 (61,8)
Гипертоническая болезнь	33 (14,7)	21 (11,1)	12 (35,3)
Гломерулонефрит	5 (2,2)	4 (2,1)	1 (2,9)
Хроническая обструктивная болезнь легких	4 (1,8)	4 (2,1)	0
Сахарный диабет	10 (4,5)	7 (3,7)	3 (8,8)

Примечание: * – у 68 (52,7%) больных было 2 и более сопутствующих заболевания.

Результаты эндоскопического лечения диспластических изменений слизистой оболочки желудка

Методы лечения	Число пациентов	Частота кровотечений, чел. (%)	Частота перфораций, чел. (%)	Частота повторного удаления, чел. (%)	Летальность, чел. (%)
Петлевая резекция	53 (23,7)	10 (4,5)	0 (0)	16 (7,1)	0 (0)
Колпачковая резекция	105 (46,9)	9 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Эндоскопическая резекция слизистой с диссекцией	66 (29,5)	17 (7,6)	1 (0,4)	6 (2,7)	0 (0)
Итого	224 (100,0)	36 (16,1)	1 (0,4)	22 (9,8)	0 (0)

ки количества, локализации, размеров, цвета, ямочного рельефа патологических образований [10]. Проведение ЭР СОЖ осуществлялось в несколько этапов:

1. Определение границ образования. Использовали метод хромокопии, в качестве красителей применяли контрастные синие растворы метиленовой сини и индигокармина, которые наиболее подходят для хромокопии желудка, потому что синий цвет контрастирует с красной слизистой оболочкой и выдвигает на первый план архитектуру ткани [13]. Перед ирригацией контрастного раствора отмывали слизистую желудка от слизи путем введения в инструментальный канал 20–40 мл 0,5%-ного раствора бикарбоната натрия. Для этого прибегали к помощи ассистента с 20-мл. шприцем.

После хромокопии более детально проявлялась и осматривалась зона перехода типов слизистой с помощью МГДС (рис. 1А, Б). Как только границы были

идентифицированы, их отмечали путем коагуляции в 4–8 точках вокруг образования (закрытой диатермической петлей или зондом для аргон-усиленной коагуляции).

2. Введение жидкости и удаление. Этап заключается в приподнимании слизистой с патологическим очагом путем введения в подслизистый слой раствора, состоящего из раствора NaCl 10% – 10 мл, адреналин 0,1% – 1,0 мл и индигокармин 0,5% – 1,0 мл. Общий объем введенного раствора не превышал 5 мл (рис. 2А). Затем с помощью торцевого папиллотомы чередованием режимов коагуляции и резания производилась диссекция слизистой по подслизистому слою (рис. 2Б). Риск перфорации невисок из-за «подушки» между слизистым и подслизистым слоями, выполненной жидкостью. После проведения ЭРС обязательно осматривались края ЭРС для оценки гемостаза и адекватности удаления. При наличии капилляр-

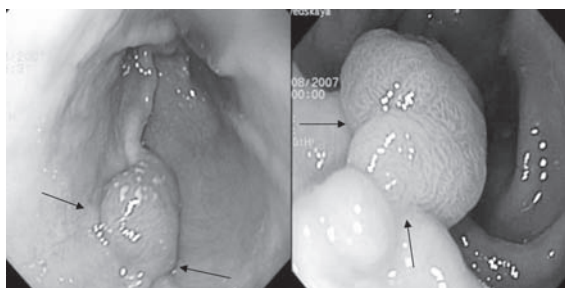


Рис. 1А, Б. А. ФГДС. Полиповидное образование желудка. ПГИ – дисплазия тяжелой степени. IV стадия по Венской классификации неоплазий. Б. МГДС. Полиповидное образование желудка. Четко прослеживается переход слизистой тип CD на полипе в слизистую тип BC

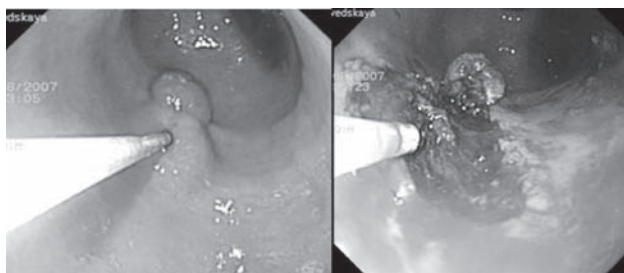


Рис. 2А, Б. МГДС. Инъекция раствора в подслизистый слой с помощью инъектора МГДС – А. Эндоскопическая резекция слизистой с диссекцией подслизистого слоя с помощью торцевого папиллотомы – Б

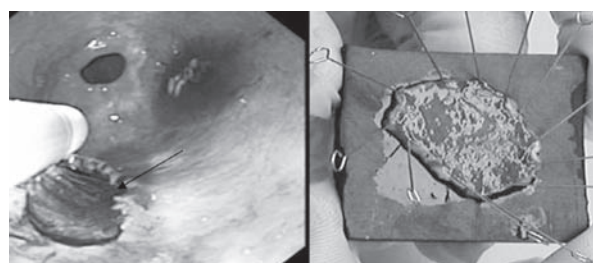


Рис. 3А, Б. А. ФГДС. Осмотр края ЭРС. Стрелкой указано место капиллярного кровотечения. Зондом аргон-усиленной коагуляции произведена обработка края резекции. Б. Макропрепарат. Фрагмент слизистой оболочки желудка с полиповидным образованием

ного кровотечения производилась обработка краев ЭРС методом аргон-усиленной коагуляции (рис. 3А, Б).

3. Извлечение удаленного материала является необходимым этапом данной операции, так как установить истинную стадию процесса позволяет лишь тщательный гистологический анализ макропрепарата, оценивающий глубину инвазии опухоли в стенку желудка [7, 9, 12, 14]. Заключительный осмотр области резекции (обращая внимание на наличие коагуляционных меток за пределами удаленной части) проводится для контроля полноценности удаления новообразования (рис. 4А, Б).

Проведенное исследование продемонстрировало относительную безопасность ЭР СОЖ, так как только у 17 (7,6%) человек возникло кровотечение из краев

язвенного дефекта, которое было остановлено эндоскопически. Перфорация случилась единожды и была устранена конверсией на лапароскопию. Результаты патогистологического исследования (ПГИ) после ЭРС в 100% соответствовали данным, полученным методом «щипковой» биопсии при МГДС.

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о том, что применение хромокопии при стандартных эндоскопических осмотрах позволяет выявлять минимальные диспластические изменения СОЖ, а использование магнификационной эндоскопии и эндоскопического ультразвукового исследования – определять дальнейшую лечебную тактику [7]. Динамическое наблюдение больных в группе риска развития пренеопластических поражений желудка, включающее комплексную диагностику с эндоскопическим ультразвуковым исследованием и магнификационной эндоскопией, индивидуализированный забор материала для патогистологического исследования в зависимости от степени дисплазии, малоинвазивные операции у лиц с дисплазией слизистой оболочки желудка позволяют своевременно диагностировать пренеопластические изменения и осуществлять вторичную профилактику рака желудка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аруин Л. И., Капуллар Л. Л., Исаков В. А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. – М., 1998. – 484 с.
2. Пейти Е. Б., Тесленко Л. Г., Воронова О. А., Цокур И. В. Онкологическая служба края // БК «Группа Б». – Краснодар, 2008. – 444 с.
3. Kim S. G. Endoscopic treatment for early gastric cancer // J. gastric. cancer. – 2011. – Vol. 11 (3). – P. 146–154.
4. Nagahama T., Yao K., Maki S. et al. Usefulness of magnifying endoscopy with narrow-band imaging for determining the horizontal extent of early gastric cancer when there is an unclear margin by chromoendoscopy // Gastrointest endosc. – 2011. – Vol. 74 (6). – P. 1259–1267.
5. Nam K. W., Song K. S., Lee H. Y. et al. Spectrum of final pathological diagnosis of gastric adenoma after endoscopic resection // World j. gastroenterol. – 2011. – Vol. 17 (47). – P. 5177–5183.
6. Sasako M. J. What is reasonable treatment for gastric adenocarcinoma? // Gastroent. – 2000. – Vol. 35. – P. 116–120.
7. Yonishima H., Inoue H., Takeshita K., Hori H., Muraoka Y., Endo M. Endoscopic mucosal resection with a cap-fitted panendoscope for esophagus, stomach and colon mucosal lesions // Gastrointestinal endoscopy. – 1993. – № 39. – P. 58–62.

Поступила 25.01.2012

И. С. ДЖЕРИЕВА, Н. И. ВОЛКОВА, И. Ю. ДАВИДЕНКО

ДИСБАЛАНС СЕКРЕЦИИ МЕЛАТОНИНА КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРИЧИНА НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Кафедра внутренних болезней № 3

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения и социального развития РФ,

Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29,

тел. +79064186315. E-mail: dgerieva@yandex.ru

Изучалась секреция мелатонина (М) у лиц с инсулиновой резистентностью (ИР). Обследована группа мужчин (n=25), средний возраст 44±2 лет, с абдоминальным ожирением (АО) (IDF, 2005). Уровень метаболитов М (6-COMT) определялся при помощи набора «6-Sulfatoxymelatonin ELISA». Статистический анализ проводился при помощи программы «STATISTICA» (StatSoft, версия 8.0, США). Выявлено увеличение дневной, снижение ночной и пиковой концентрации 6-COMT в моче. Получена корреляционная связь между уровнем 6-COMT в моче и показателями ИР. Снижение пиковой секреции М увеличивает риск развития ИР и гипергликемии. При сниженной импульсной секреции М наблюдается высокий риск развития ИР и гипергликемии. Необходимо выявлять и корректировать факторы, ведущие к нарушению секреции М.

Ключевые слова: мелатонин, абдоминальное ожирение, углеводный обмен.

I. S. DZHERIEVA, N. I. VOLKOVA, I. U. DAVIDENKO

AN IMBALANCE OF MELATONIN SECRETION AS AN ADDITIONAL CAUSE OF CARBOHYDRATE METABOLISM DISORDERS

Department of internal medicine № 3, Rostov state medical university,

Russia, 344022, Rostov-on-Don, 29 Nakhichevsky per., tel. +79064186315. E-mail: dgerieva@yandex.ru

The study of melatonin secretion in individuals with insulin resistance (IR). Surveyed a group of men (n=25), mean age 44±2 years, with abdominal obesity (IDF, 2005). The level of melatonin metabolites (6-SOMT) was determined using a set of 6-Sulfatoxymelatonin ELISA. Statistical analysis was performed using the program «STATISTICA» (StatSoft, version 8.0, USA). We have found an increase in the daily concentration and reduce the notural and peak concentration of 6-SOMT in the urine. We obtain a correlation between the 6-SOMT level in the urine and IR indicators. Reduction of peak melatonin secretion increases the risk of IR and hyperglycemia. With reduced pulse melatonin secretion there is a high risk of developing IR and hyperglycemia. Need to identify and correct the factors that lead to a breach of the melatonin secretion.

Key words: melatonin, abdominal obesity, carbohydrate metabolism.