

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. Неопухольевые 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 – 1-6*); 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 периневральной инвазии;

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

впервые добавлены другие прогностические факторы (локализация, морфологическое строение, др.).

В соответствии с представленными авторами данными, 5-летняя выживаемость в соответствии с новой классификацией закономерно снижается с 71 % при IIA стадии до 4 % при IV стадии.

Таким образом, из понятия «рак желудка» вычленены кардио- и гастро-эзофагеальные опухоли, которые отнесены к аденокарциноме пищевода. Унифицированы с остальными от-

делами ЖКТ категории pT и pN. Исключена категория MX, при отсутствии морфологического подтверждения отдаленных метастазов, следует обозначать cM₀. Наличие раковых клеток в смывах с брюшины расценивается как M₁. Существенно изменена группировка по стадиям, введен символ Pn для обозначения перинеуральной инвазии. В целом новая классификация предъявляет повышенные требования к предоперационной диагностической программе и существенно влияет на тактику лечения.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАННИМ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫМ РАКОМ ЖЕЛУДКА

В.В. СОКОЛОВ, Е.С. КАРПОВА, П.В. ПАВЛОВ, Г.А. ФРАНК, Т.А. БЕЛОУС

ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена»

В МНИОИ им. П.А. Герцена с 1994 по 2010 г. накоплен опыт эндоскопической диагностики и лечения.

Материал и методы. 13 больных с первично-множественным синхронным и метакронным ранним раком желудка (28 опухолей). Мужчин – 8, женщин – 5, возраст от 45 до 87 лет (средний возраст – 69,8 года). Морфологически: высоко- и умереннодифференцированная аденокарцинома – у 24, перстневидноклеточный рак – у 2, диморфный рак – у 2 больных. Из-за тяжести сопутствующей патологии 11 пациентам отказано в стандартном хирургическом лечении, двое больных категорически отказались (на первом этапе обследования) от стандартной хирургической операции. У 7 пациентов при первичном эндоскопическом исследовании диагностировано по два синхронных рака в разных отделах желудка, у 1 – три синхронных рака. После эндоскопического радикального удаления первого раннего рака желудка, в сроки от 1 до 4 лет, у 4 больных диагностировано и подвергнуто эндоскопическому лечению по 2 метакронных рака, а у одного – 3 метакронных рака верхней, средней и нижней трети желудка.

Перед началом внутрисветного эндоскопического лечения при первично множественном раке желудка всем пациентам проведено

комплексное обследование, включающее: рентгенологическое исследование, эзофагогастродуоденоскопию с высоким разрешением, увеличением и NBI режимом (с 2008), эндосонографию, гистологическое и иммуногистохимическое исследование биоптатов, УЗИ, магниторезонансную томографию или компьютерную томографию органов брюшной полости. По данным обследования у всех больных отсутствовали признаки регионарного и отдаленного метастазирования, а глубина опухолевой инвазии стенки желудка была в пределах слизистого (21 опухоль) или слизистого и подслизистого слоев (7 опухолей). Размеры опухоли (по плоскости) колебались от 0,5 до 2,2 см. Макроскопически преобладал П тип роста опухоли (18 из 28).

Результаты. Для удаления 14 опухолей были применены различные методы (и их комбинации) электрорезекции, петлевой и колпачковой мукозэктомии, мукозэктомии с подслизистой диссекций, а также аргоноплазменная коагуляция (АПК). Метод фотодинамической терапии (ФДТ) был использован для удаления еще 14 опухолей. При этом на первом этапе была проведена электрорезекция с АПК опухоли, а на втором – ФДТ.

В результате проведенного лечения полная резорбция очагов раннего первично множе-