

ИЗМЕНЕНИЕ ЗАЩИТНОГО СЛИЗЕВОГО БАРЬЕРА У ПАЦИЕНТОВ С ДИСПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА

В.А. ЕВТУШЕНКО, М.Б. КАРАКЕШИШЕВА, М.В. ВУСИК

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Цель – изучение биохимического состава пристеночной слизи желудка у больных с дисплазией II–III степени.

Материал и методы. Под наблюдением находился 21 пациент, у которых была выявлена дисплазия эпителия II–III степени. Контрольную группу составили 20 условно здоровых лиц. Проводилось измерение парциального состава полимеризованных гликопротеинов (Гп) желудочной слизи биохимическими методами с помощью спектрофотометрии.

Результаты. При исследовании биохимических показателей структурных гликопротеинов пристеночной слизи желудка в группе контроля было выявлено, что моносахариды распределились следующим образом: в порядке убывания – гексозамины ($38,72 \pm 2,93$ ммоль/л) – галактоза ($11,76 \pm 1,31$ ммоль/л) – фукоза ($3,59 \pm 0,18$ ммоль/л), и самая не-

большая часть приходится на долю сиаловых кислот ($0,134 \pm 0,02$ ммоль/л). Анализ данных в группе дисплазии выявил резкое снижение содержания суммарных моносахаров ($17,22 \pm 0,19$ ммоль/л), за счет уменьшения концентрации гексозаминов ($3,09 \pm 0,08$ ммоль/л). При этом показатели содержания галактозы ($11,06 \pm 0,07$ ммоль/л), фукозы ($3,09 \pm 0,08$ ммоль/л) и гексозаминов ($2,66 \pm 0,13$ ммоль/л) находятся на одном уровне по сравнению с аналогичными показателями в группе контроля. Содержание сиаловых кислот увеличилось по сравнению с группой контроля в 3 раза.

Выводы. Диспластические процессы слизистой желудка приводят к изменению парциального состава полимеризованных Гп желудочной слизи за счет снижения корпусных моносахаров и увеличения содержания сиаловых кислот, что является защитным компенсаторным механизмом.

НОВАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИ НЕБОЛЬШИХ ПЛОСКИХ НЕОПЛАЗИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ

С.И. ЗАКИН, Т.В. ЛЕВЧЕНКО

Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров», г. Ленинск-Кузнецкий

В настоящее время отсутствуют методики и устройства для эндоскопической резекции слизистой оболочки толстой кишки, позволяющие эффективно удалять небольшие плоские новообразования до подслизистого слоя с минимальным воздействием электрического тока на субстрат опухоли, поскольку удаление неопластических опухолей менее пяти миллиметров в диаметре путем «горячей» биопсии

позволяет получить не более одного кубического миллиметра ткани с поверхности образования, а метод эндоскопической резекции слизистой для удаления плоских неоплазий от 5 до 10 мм в диаметре с помощью стандартной эндоскопической петли также не дает возможности получить достаточное количество материала для гистологического исследования всего субстрата опухоли в пределах окружаю-

щих неизменных тканей и оценить глубину инвазии.

Цель работы – оценить эффективность применения авторского устройства для эндоскопической резекции слизистой оболочки на примере плоских приподнятых аденом толстой кишки.

Материал и методы. В проспективном клиническом исследовании изучены результаты эндоскопической резекции слизистой у 152 пациентов. В контрольной группе (45 мужчин и 33 женщины, средний возраст $55,6 \pm 9,9$ года) удалены при эндоскопической резекции слизистой с помощью стандартной петли SD-17U («Olympus», Япония) 128 неоплазий Па типа (Парижская классификация эпителиальных неоплазий, 2005). В основной группе (43 мужчины и 31 женщина, средний возраст $55,4 \pm 10,6$ года) в качестве способа удаления 130 неоплазий Па типа использовали эндоскопическую резекцию слизистой с помощью авторского устройства (Патент РФ № 2308902 от 27.10.07), которое проводили в просвет кишки через биопсийный канал эндоскопа CF-V70L («Olympus», Япония). При гистологическом исследовании во всех случаях удаленных неоплазий верифицирована аденома толстой кишки с различной степенью дисплазии. Степень дисплазии эпителия определяли в соответствии с критериями R.H. Riddell (1990). Группы были сопоставимы по исходным размерам аденом, их количеству и расположению в толстой кишке.

Результаты. Средние размеры иссеченной слизистой вместе с аденомой: основная группа – длина $9,4 \pm 1,77$ мм, ширина – $8,2 \pm 1,24$ мм, площадь – $89,4 \pm 27,55$ мм²; контрольная – $4,9 \pm 1,24$ мм, $5,0 \pm 1,17$ мм, $20,6 \pm 10,66$ мм² соответственно ($p < 0,001$). Средняя продолжительность операции (п/инъекция, резекция, извлечение на гистологию) составила $6,2 \pm 2,21$ мин в основной группе, $4,9 \pm 2,74$ мин в группе контроля. Собственная мышечная пластинка слизистой верифицирована в 94,6 % случаев основной группы и в 40,6 % – в контрольной ($p < 0,025$). Высокая степень дисплазии выявлена в 7,7 % случаев аденом из основной группы и в 2,3 % аденом из группы контроля ($p < 0,05$). При удалении 258 аденом отмечено два осложнения (0,8 %) в виде первичного кровотечения после эндоскопической резекции слизистой с использованием авторского устройства. Кровотечение остановлено эндоклипированием культи сосудов. Через 6 мес после эндоскопической резекции слизистой выявлено 3 случая рецидива аденом, все у пациентов контрольной группы (5,8 %, $n=52$).

Выводы. Использование авторского устройства позволяет осуществлять эндоскопическую резекцию слизистой оболочки в пределах окружающих неизменных тканей в 94,6% случаев с малым риском развития осложнений, дает возможность повысить эффективность эндоскопического лечения небольших плоских неоплазий слизистой оболочки толстой кишки и позволяет избежать рецидива.

ЛЕЧЕНИЕ МАЛИГНИЗИРОВАННЫХ АДЕНОМ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ С ВЫРАЖЕННОЙ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННЫМ РИСКОМ

М.Б. КАРАКЕШИШЕВА, М.В. ВУСИК, В.А. ЕВТУШЕНКО

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Показания к эндоскопическому лечению малигнизированных аденом и критерии его радикальности переменны. Метод лечения выбирается на основании тактики, принятой в данном лечебном учреждении. При наличии выраженной сопутствующей патологии, высокого

операционного и анестезиологического риска показания для эндоскопического лечения расширяются.

Цель исследования – выявление значимости эндоскопической полипэктомии как метода лечения малигнизированных аденом.