

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабкин О. А. Роль проприорецепторов глазодвигательных мышц в поддержании равновесия и распределении мышечного тонуса / О. А. Бабкин, Д. Е. Мохов // Мануальная терапия. – 2010. – Т. 2. № 38. – С. 52–58.
2. Бадреддин Д. М. Взаимосвязь положения тела в пространстве (постуры) и окклюзии: пути решения проблемы / Д. М. Бадреддин, И. В. Маланьин // Успехи современного естествознания. – 2007. – № 8. – С. 27–28.
3. Гаже П.- М. Постурология. Регуляция и нарушения равновесия тела человека / П.- М. Гаже, Б. Вебер (и др.): Пер. с французского / Под ред. В. И. Усачева. – СПб: изд. дом СПбМАПО, 2008. – 316 с.

4. Жулёв Е. Н. Частичные съёмные протезы (теория, клиника и лабораторная техника): Руководство для врачей. – 2-е изд., испр. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. – 424 с.
5. Петросов Ю. А. Диагностика и ортопедическое лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава. – Краснодар: Совет. Кубань, 2007. – 304 с.
6. Усачев В. И. Стабилометрия в постурологии / В. И. Усачев, Д. Е. Мохов: Уч. пособие. – СПб: изд. дом СПбМАПО, 2004. – 20 с.
7. Хватова В. А. Клиническая гнатология. – М.: ОАО «Изд. «Медицина», 2005. – 296 с.
8. Slavicek R. The Masticatory organ: functions and dysfunction // Klosterneuburg: gamma med. wiss. Fortbildungs-AC, 2002. – 348 p.

Поступила 29.11.2012

Т. А. ГУЧЕТЛЬ¹, А. Я. ГУЧЕТЛЬ¹, Н. В. КОРОЧАНСКАЯ², А. В. ОНОПРИЕВ¹, В. М. ДУРЛЕШТЕР²

СКРИНИНГ ПРЕДРАКОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РАКА ЖЕЛУДКА (ОПЫТ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ)

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

В статье обобщен опыт динамического наблюдения больных в группе риска развития пренеопластических поражений желудка, включающего 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. Продемонстрировано, что такой комплексный подход позволяет своевременно диагностировать пренеопластические изменения и осуществлять вторичную профилактику рака желудка.

Ключевые слова: скрининг рака желудка, эпителиальные неоплазии пищеварительного тракта III и IV категории Венской классификации, эндоскопическое лечение.

T. A. GUCHETL¹, A. Ya. GUCHETL¹, N. V. KOROCHANSKAYA², A. V. ONOPRIEV¹, V. M. DURLSHTER²

SCREENING OF PRE-MALIGNANT ALTERATIONS AND SECONDARY PREVENTION OF GASTRIC CANCER (THE EXPERIENCE IN KRASNODAR KRAI).

¹Department of surgery № 1 Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedina str., 4;
²city hospital № 2, KMLDO,

Russia, 350012, Krasnikh partisan str., 6/2, tel. (861) 252-73-86. E-mail: guchetl@mail.ru

The article presented has summarized the experience of dynamic observation of patients consisted the group of pre-neoplastic gastric injury risk. The experience included the complex diagnostics with endoscopy sonography and magnificate sonography, materials for path histology depended on dysplasia grade, low-invasive surgery for patients with dysplasia. It was demonstrated that complex approach allowed to timely diagnose the pre-neoplastic alterations and to perform the secondary prophylaxis of gastric cancer.

Key words: gastric cancer screening, epithelial naoplasia of digestive tract according to iii and iv cathegories tovienna classification, endoscopic treatment.

Введение

Показатели активного выявления злокачественных новообразований в нашей стране неадекватны современным возможностям медицины и свидетельствуют о необходимости проведения специальных скрининговых программ.

Программы скрининга РЖ официально не приняты ни в одной стране мира, кроме Японии и Кореи. Первичной профилактике РЖ мешают отсутствие четкого специфического причинного фактора и высокая стоимость программ [2, 3]. Вторичная профилактика кроме задачи ранней диагностики злокачественного процесса

включает методы адекватного лечения и контроля за предопухолевыми заболеваниями [6].

Обоснованный отбор лиц в группы повышенного онкологического риска является ключом к решению проблемы ранней диагностики РЖ. Формирование групп лиц, имеющих повышенный риск, позволит за счет более тщательного и расширенного обследования улучшить выявление злокачественного заболевания на ранней стадии [1].

Для улучшения макроскопической диагностики предраковых изменений слизистой оболочки желудка используются различные технологии. Так, Yang и

соавторы исследовали признаки атрофии и кишечной метаплазии при помощи увеличительной эндоскопии. В эндоскопических отделениях крупных медицинских центров в настоящее время в повседневной практике применяется метод хромоэзофагогастроскопии с растворами метиленового синего 0,5%-ного и конго-рот 0,3%-ного, позволяющими с высокой точностью определять новообразования и их границы [4]. Вместе с тем до настоящего времени отсутствуют унифицированные подходы к скрининговой диагностике предраковых изменений слизистой оболочки желудка (СОЖ).

Цель работы – выделить группы риска в отношении диспластических изменений СОЖ для скринингового эндоскопического исследования и осуществить меры вторичной профилактики рака желудка.

Материалы и методы исследования

В 2007–2010 гг. 13 255 пациентов с атрофическим гастритом находились на динамическом диспансерном наблюдении, которое включало хромоэзофагогастроскопию, магнификационное и ультразвуковое эндоскопические исследования, множественные биопсии. Было проведено лонгитудинальное исследование, при котором были выделены 2 группы больных. В 1-ю группу (190 человек) вошли пациенты с диспластическими изменениями СОЖ, по результатам патогистологического

исследования (ПГИ), входящие в III категорию Венской классификации эпителиальных неоплазий пищеварительного тракта. 2-я группа (34 человек) представлена больными, входящими в IV категорию 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 проводились 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-

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.

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. Перед ирригацией контрастного раствора отмывали слизистую желудка от слизи путем введения в инструментальный канал 20–40 мл 0,5%-ного раствора бикарбоната натрия.

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

Результаты исследования

Как видно из таблицы 1, большая часть больных поступала в эндоскопическое отделение с диагнозом «полипы желудка» (40,3%). Для уточнения диагноза была проведена магнификационная эндоскопия с биопсией. На этапе первичного осмотра эндоскопию желудка проводили в соответствии с общепринятыми правилами анестезии и асептики с помощью фиброгастродуоденоскопов GIF-160 фирмы «Olympus». Макроскопическая оценка СОЖ при фоновом гастрите и полиповидных образованиях проводилась в соответствии с принципами Сиднейской системы и ее модифицированного варианта. Эндоскопическая характеристика СОЖ при фоновом хроническом гастрите включала в себя указания на наличие отека, эритемы, разрыхления, экссудации, эрозивных дефектов, атрофии складок, кровоизлияний; отмечались особенности сосудистого рисунка СОЖ.

При выявлении во время гастроскопии очаговых образований, полипов, эрозий обращали внимание на форму, размеры, цвет, консистенцию, локализацию патологических изменений слизистой оболочки желудка, а также их поверхность и основание. Забор материала для морфологического исследования осуществлялся во время гастроскопии путем взятия 3–5 фрагментов СОЖ из подозрительного очага [5].

Для оценки степени контаминации желудка *Helicobacter pylori* (HP) производилось цитологическое исследование отпечатков гастробиоптатов, полученных при эндоскопическом исследовании всех больных с диспластическими изменениями СОЖ. При необходимости проводилась видеозапись эндоскопической картины на DVD, выполнялись фотоснимки, инструментальная пальпация.

Диагностический алгоритм на этапе скрининговой диагностики диспластических изменений СОЖ представлен на рисунке 1.

Далее выполняли второй этап углубленной диагностики в условиях специализированного эндоскопического отделения (рис. 2).

Лечение пациентов с диспластическими образованиями до 0,5 см проводилось в объеме эндоскопической колпачковой резекции. Образований, превышающих размеры 0,5 см и имеющих полиповидную или плоскоприподнятую форму, – с помощью эндоскопической петлевой электроэксцизии с введением физиологического раствора под основание удаляемого участка.

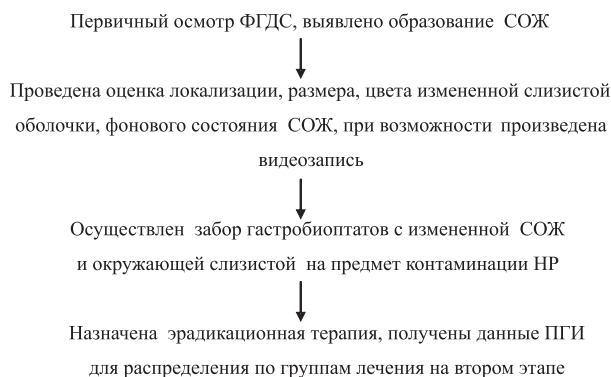


Рис. 1. Диагностический алгоритм на первом этапе диагностики очаговых образований диспластически измененной слизистой оболочки желудка

Распределение пациентов по группам согласно полученным результатам ПГИ, с использованием Венской классификации эпителиальных неоплазий

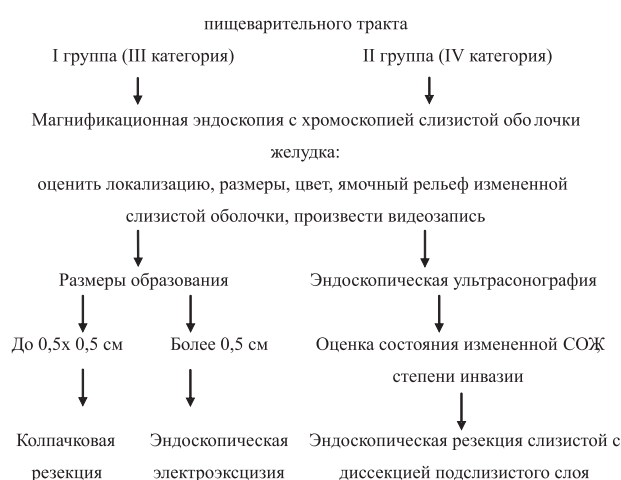


Рис. 2. Диагностический и лечебный алгоритм на втором этапе лечения диспластических образований слизистой оболочки желудка

При плоских поражениях разных размеров применялась эндоскопическая резекция слизистой оболочки желудка. Для плоских поражений с результатами ПГИ, относящимися к IV категории Венской классификации, дисплазии высокой степени эндоскопическая резекция проводилась с диссекцией в подслизистом слое.

Из таблицы 2 видно, что во время эндоскопических операций у 36 человек возникли кровотечения, все остановленные эндоскопически. У одного пациента во время эндоскопической резекции СОЖ с диссекцией подслизистого слоя была диагностирована перфорация стенки желудка, которая потребовала проведения лапароскопического ушивания дефекта и дополнительной антибактериальной терапии. Срок послеоперационного наблюдения составил от 2 до 4 лет, за этот период пациентам проводился эндоскопический контроль 2 раза в год, и за это время 22 пациентам потребовалось повторное проведение эндоскопических малоинвазивных манипуляций. Повторные эндоскопические вмешательства были связаны с неполным удалением очага при первичной процедуре.

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о том, что применение хромокопии при стандартных эндоскопических осмотрах пациентов

Таблица 3

Направительные диагнозы выявленных диспластических изменений слизистой оболочки желудка

Диагноз при поступлении	Число больных, чел. (%)	Диагнозы, верифицированные МГДС и гистологическим исследованием (%)	
		Аденоматозный полип, дисплазия низкой степени	Дисплазия высокой степени
Полиповидное образование желудка	88 (40,3)	71 (27,1)	17 (13,2)
Атрофический гастрит	45 (20,2)	43 (18,6)	2 (1,6)
Доброкачественное образование желудка	43 (16,3)	37 (11,6)	6 (4,7)
Очаговая гиперплазия	27 (15,5)	21 (10,9)	6 (4,7)
Хронические эрозии или единичная эрозия	18 (5,4)	18 (5,4)	-
Тяжелая дисплазия	3 (2,3)	-	3 (2,3)
Всего	224	190	34

Таблица 4

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)

с атрофическим гастритом позволяет выявлять минимальные диспластические изменения СОЖ, а использование магнификационной эндоскопии и эндоскопического ультразвукового исследования – определять дальнейшую лечебную тактику. 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, позволяет своевременно диагностировать пренеопластические изменения и осуществлять вторичную профилактику рака желудка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аруин Л. И., Капуллит Л. Л., Исаков В. А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. – М., 1998. – 484 с.

2. Пефти 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.

Поступила 25.01.2012